



FUNDACIÓ
UNIVERSITÀRIA
DEL BAGES

Els pares ofereixen, el nen escull: Baby-led weaning

Irene Casals Gavilan
Maialen Moreno Uharte
Treball de final de grau
4t Infermeria
Tutora: Ester Colillas
18.05.2018
FUB

INDEX

RESUM	3
ABSTRACT	4
1. INTRODUCCIÓ I JUSTIFICACIÓ	5
2. OBJECTIUS DEL TREBALL	8
3. MARC TEÒRIC	9
3.1. HISTÒRIA.....	9
3.2. BENEFICIS BLW.....	11
3.3. INCONVENIENTS BLW.....	15
3.4. ACTUALITAT DEL BLW: CONEIXEMENTS.....	19
4. METODOLOGIA	22
4.1. TIPUS DE DISSENY.....	22
4.2. ÀMBIT I TEMPS D'ESTUDI.....	22
4.3. POBLACIÓ I MOSTREIG.....	23
4.4. CRITERIS D'INCLUSIÓ I EXCLUSIÓ.....	24
4.5. DESCRIPCIÓ DE VARIABLES.....	24
4.6. INSTRUMENTS DE RECOLLIDA DE DADES.....	26
4.7. ANÀLISI DE LES DADES.....	26
4.8. CONSIDERACIONS ÈTIQUES I LEGALS.....	27
4.9. PROCEDIMENT DE L'ESTUDI.....	29
5. LIMITACIONS DE L'ESTUDI	30
5.1. VALIDESA.....	31
5.2. BIAIXOS.....	31
6. RECURSOS	32
7. CRONOGRAMA DE L'ESTUDI	33
8. APLICABILITAT I UTILITAT PRÀCTICA DELS RESULTATS	36
9. PLA DE DIFUSIÓ	37
10. CONCLUSIONS	37
11. BIBLIOGRAFIA	41
12. ANNEXES	44
12.1. ANNEX 1.....	44

12.2.	ANNEX 2.....	47
12.3.	ANNEX 3.....	49
12.4.	ANNEX 4.....	51
12.5.	ANNEX 5.....	53
12.6.	ANNEX 6.....	57
12.7.	ANNEX 7.....	61
12.8.	ANNEX 8.....	63
12.9.	ANNEX 9.....	65
12.10.	ANNEX 10.....	69

RESUM

Al voltant dels 6 mesos de edat, la lactància materna o de fórmula no aporta suficients nutrients que són fonamentals pel creixement i desenvolupament adequat dels lactants. Aleshores, es recomana complementar-la adequadament amb altres aliments innocus. Actualment, el mètode més aconsellat pels professionals sanitaris i les guies de salut per a la introducció de l'alimentació complementària a partir dels 6 mesos, és el mètode tradicional o cullera. Aquest consisteix en la introducció progressiva dels aliments en forma de purés, seguidament triturats, fins arribar al menjar dels àpats "normals" que segueixen les famílies.

Al 2008, Gill Rapley va descriure el "Baby-led Weaning" (BLW) com un mètode alternatiu al mètode cullera, que consisteix en proporcionar aliments sòlids i deixar que el nen decideixi si està preparat per apropar-los a la boca i menjar-los, en comptes de que sigui l'adult que li introdueixi amb una cullera l'aliment.

En els darrers anys aquest mètode s'ha fet molt viral a les xarxes socials i entre els pares, fet que fa necessari que els professionals de la salut siguin coneixedors d'aquest mètode.

OBJECTIU. Avaluar els coneixements dels infermers/es de pediatria i els pediatres dels centres d'atenció primària del Bages pertanyents a l'Institut Català de Salut (ICS) abans i un cop realitzada la formació sobre el Baby-led Weaning.

MÈTODE. Es tracta d'una prova pilot de disseny quantitatiu, quasi experimental, pre-post, prospectiu, longitudinal. El nostre treball es centra en els 11 Equips d'Atenció Primària (EAP) que corresponen a la comarca del Bages i pertanyen a l'ICS, i realitzarem una prova pilot als infermers/es de pediatria i pediatres, amb una durada total de 7 mesos (del setembre 2018 fins al març del 2019).

PARAULES CLAU. *Baby led weaning, coneixements, professionals sanitaris, aliments sòlids.*

ABSTRACT

Around six months old, breastmilk or formula-milk is no longer enough to meet the nutritional needs of the breastfed that are required for the correct growth and development. Then, advises says that it should continue complemented by solid food. Nowadays, healthcare professionals and health guides recommend starting complementary feeding with a traditional-spoon approach. This method is to spoon-feed the breastfed with puréed food, progressing to mashed, then chopped foods and finally eating family foods.

In 2008, Gill Rapley described “Baby-led Weaning” (BLW) as an alternative approach in the weaning process. It consists on giving the infant solid food and let the child decide if he/she is ready to bring it to the mouth and eat it, instead of being the adult the one who introduces complementary food with spoon of the child’s mouth.

In the recent years, this method had become more viral in social networks and among parents, due to this, healthcare professionals have to be well documented about this method.

OBJECTIVE: To assess knowledges of paediatric nurses and paediatricians working in the primary health centres from Bages belonging Institut Català de la Salut (ICS), before and after giving some training about BLW.

METHODS: It is a quantitative pilot study, quasi-experimental, pre-post, prospective, and longitudinal. Our study is focused on the eleven primary care team from the region of Bages and belonging to ICS. We will do a pilot test to the paediatric nurses and paediatricians, which will last seven months (from September 2018 to March 2019).

Keywords: *Baby-led weaning, complementary feeding, healthcare professionals’ knowledge, finger foods.*

1. INTRODUCCIÓ I JUSTIFICACIÓ

Els dos primers anys de vida suposen un període fonamental en el desenvolupament físic, psíquic i social del nen, i la forma d'alimentar-se repercutirà directament a l'hora d'aconseguir un creixement, desenvolupament i estat de salut òptims, a més a més, de l'adquisició d'hàbits saludables per a l'edat adulta (1,2).

Tant la Organització Mundial de la Salut (OMS) com nombroses organitzacions científiques nacionals i internacionals (entre elles la Associació Espanyola de Pediatria (AEP)) recomanen iniciar la lactància materna a la primera hora de vida i mantenir-la com a única forma d'alimentació durant els 6 mesos posteriors, per tal d'aconseguir un creixement, un desenvolupament i una salut òptimes; a partir d'aquesta edat es recomana seguir la lactància materna fins als 2 anys, com a mínim, complementada adequadament amb altres aliments innocus (3,4).

Al voltant dels 6 mesos d'edat, l'alimentació exclusiva amb llet materna o de fórmula no aporta els nutrients suficients que són claus per a un creixement i desenvolupament adequat. Quan la llet materna deixa de ser suficient per satisfer les necessitats nutricionals del lactant, es fa necessari afegir suplementes a partir d'altres aliments a la seva dieta. Els aliments complementaris han de complir una sèrie de requisits (3,5):

- Han de ser oportuns, és a dir, s'han d'introduir quan les necessitats d'energia i nutrients sobrepassen els que la lactància materna exclusiva i freqüent pot proporcionar;
- Han de ser adequats, és a dir, han de proporcionar energia, proteïnes i micronutrients suficients per satisfer les necessitats nutricionals d'un nen en creixement;
- Han de ser innocus, és a dir, s'han de preparar i guardar de forma higiènica i s'han de donar amb les mans netes i utilitzant utensilis nets;

- S'han de donar de forma adequada, és a dir, atenent a les senyals de gana i sacietat del nen, i la freqüència dels àpats i el mètode d'alimentació han de ser adequats per a la seva edat.

La transició de la lactància exclusivament materna a l'alimentació complementària engloba generalment el període que va dels 6 als 18-24 mesos d'edat, i s'ha de realitzar en el moment adequat. Aquest moment hauria de sorgir tant per les necessitats nutricionals com per el desenvolupament psicomotor i l'interès que el nen mostri per tastar nous gustos i textures (2,4,6).

Al 2008 va aparèixer per primera vegada el terme “Baby-led weaning”¹ (BLW). Va ser un terme avançat i propugnat per Gill Rapley (matrona i infermera pediàtrica), i descrit com un mètode alternatiu en el que es permet al bebè dirigir i controlar el procés d'introducció de l'alimentació complementària a partir dels 6 mesos d'edat. Consisteix en proporcionar aliments sòlids i deixar que el nen decideixi quan està preparat per apropar-los a la boca i menjar-los, en comptes de que sigui l'adult qui li introdueixi, amb una cullera, l'aliment triturat (1,5).

Malauradament, entre el col·lectiu sanitari aquest mètode encara és poc conegut o està molt estigmatitzat. En diversos estudis s'ha observat que la majoria dels professionals sanitaris ja ha sentit a parlar alguna vegada del BLW, però la majoria afirmen ser poc coneixedors del mètode i tenir una experiència molt limitada amb la seva pràctica. A més, atesa l'escassetat de la investigació actual i la manca d'assaigs aleatoris controlats, els professionals de la salut i els òrgans de govern de salut no recomanen el Baby-led Weaning a la població, encara que l'ús d'aquest mètode estigui en augment en molts països (7–11).

En un primer moment teníem bastant clar que volíem que el nostre treball estigués relacionat amb la infermeria pediàtrica o les cures infermeres en el pacient crític. Durant la cerca de temes per al treball de final de grau vam trobar el terme Baby-led

¹ Traduït com a “alimentació complementària guiada pel bebè”

weaning. Cap de les dues n'havia sentit a parlar mai, així que vam voler-ne llegir una mica més i vam coincidir en que era un tema innovador i d'actualitat, que no estava gaire investigat, i que avui en dia, encara és desconegut per gran part de la població que ens envolta. A més a més, estava relacionat amb la infermeria pediàtrica que era una de les branques de la infermeria en la qual des d'un principi volíem basar el nostre treball.

Els infermers i infermeres tenim la responsabilitat de proporcionar la millor cura possible, és a dir, realitzar una pràctica basada en l'evidència científica. Hem de qüestionar la nostra pràctica i investigar per a donar resposta mitjançant un procés en el qual els problemes reals i potencials que afecten a la salut del usuari es presenten com a preguntes, les quals es responen mitjançant la recerca i avaluació sistemàtica a partir dels resultats de la investigació més recent; i serveix com a base per a la presa de decisions. Tot això, amb l'objectiu de fomentar i millorar la salut de tots els ciutadans (12,13).

Per aquest motiu hem cregut que basar el nostre treball en el mètode Baby-led weaning és interessant, ja que al ser un tema innovador i d'actualitat, que no està molt investigat en el nostre país i, que avui en dia encara és desconegut per gran part de la població que ens envolta, ens brinda l'oportunitat de fer recerca científica i veure si en un futur es podrien canviar les bases de la pràctica infermera en quant a les recomanacions alhora d'introduir l'alimentació complementària en els infants mitjançant la formació al col·lectiu sanitari.

Així doncs, la pregunta que ens fem i que ens servirà com a base de la investigació és: **Si fem formació als equips de pediatria dels centres d'atenció sanitària, milloraran els coneixements que aquests tenen actualment sobre el BLW?**

2. OBJECTIUS DEL TREBALL

- OBJECTIU GENERAL:

- Avaluar els coneixements dels infermers/es de pediatria i els pediatres dels centres d'atenció primària del Bages pertanyents a l'ICS, abans i un cop realitzada la formació sobre el Baby-led Weaning.

- OBJECTIUS ESPECÍFICS:

- Realitzar educació per a millorar els coneixements que els infermers/es i pediatres dels Centres d'Atenció Primària del Bages pertanyents a l'ICS tenen.
- Descriure els coneixements sobre BLW previ i post intervenció dels infermers/es de pediatria i els pediatres dels centres d'atenció primària del Bages pertanyents a l'ICS.
- Esbrinar si els infermers/es de pediatria i els pediatres dels centres d'atenció primària del Bages pertanyents a l'ICS, un cop realitzada la formació, recomanarien aquest mètode en les seves consultes.
- Identificar la relació entre el temps aproximat en que se sent a parlar del mètode BLW al Bages, i quines són les fonts d'informació més utilitzades pels infermers/es de pediatria i els pediatres dels centres d'atenció primària del Bages pertanyents a l'ICS, per a documentar-se.

3. MARC TEÒRIC

En els darrers anys s'ha discutit quina és l'edat adequada en la que s'hauria de començar a introduir l'alimentació complementària en la dieta del lactant. Tradicionalment, l'infant passava de forma abrupta de l'alletament matern al "menjar familiar", sovint quan naixia un nou fill; i en moltes societats aquest patró encara continua. D'altra banda, molts països han adaptat els patrons d'alimentació. Actualment es realitza un període perllongat d'alimentació mixta: passant per diferents graus d'una dieta majoritàriament a base de llet materna a una eventualment sense ella. Tanmateix, l'edat a la qual s'han d'introduir els aliments sòlids en els infants ha passat per diverses fases amb períodes on s'aconsellava la introducció precoç dels aliments, a la actualitat, on es recomana a partir dels 6 mesos o posterior. Actualment, la recomanació de la OMS és que aquesta hauria de començar a ser introduïda a partir dels 6 mesos de vida. Tot i així, els debats actuals es centren en com s'haurien d'oferir aquests primers sòlids (14,15).

3.1.HISTÒRIA

Fins aproximadament l'any 1920 era inusual que la introducció d'aliments sòlids es realitzés abans del primer any d'edat. A mitjans dels anys 30, els pediatres Americans suggerien que els 6 mesos era una edat apropiada per introduir aliments sòlids. Durant les següents dècades es van realitzar nombrosos estudis comparant la introducció d'aquests aliments de forma molt precoç (als primers dies o setmanes de vida) amb una introducció més tardana, però no va haver-hi canvis significatius en el consell (15).

Entretant, en les dècades més recents, el consell sobre quina edat s'ha d'introduir l'alimentació complementària (particularment els sòlids) ha anat fluctuant entre els 3-6 mesos d'edat. Per exemple, al Regne Unit, als anys 80 el govern aconsellava que era desitjable seguir un enfocament flexible i que era probable que alguns infants necessitessin aliments diferents a la llet abans dels 3 mesos d'edat i, que a partir dels

6-8 mesos, pràcticament tots requerien d'una alimentació mixta. En canvi, als anys 90 van canviar el consell: la recomanació era que a la majoria d'infants no se'ls hi hauria de donar cap tipus de menjar sòlid abans dels 4 mesos d'edat, i que a partir dels 6 mesos s'hauria d'oferir una dieta mixta (15).

Abans del 2001, la OMS advertia que els infants havien de ser alletats exclusivament durant els primers 4-6 mesos de vida, amb la introducció complementària d'aliments (qualsevol fluid o menjar diferent a la llet materna) no abans d'aquesta edat. Malgrat això, a partir del 2001, el consell de la OMS va canviar degut al resultat d'una revisió sistemàtica. El consell, que actualment encara es manté, va passar a ser que la lactància materna ha de ser exclusiva fins als 6 mesos d'edat (15).

Durant anys, i encara actualment, el mètode d'elecció per a la introducció de l'alimentació complementària, recomanat per la majoria de guies de la salut, és l'anomenat mètode tradicional o mètode cullera. Aquest mètode consisteix en la introducció progressiva de l'alimentació complementària, començant per purés, seguidament proporcionant aliments triturats, fins a arribar als àpats de menjar de textura "normal" que segueix la resta de la família. A aquesta última etapa s'hi arriba aproximadament als 12 mesos d'edat (16).

En els últims anys, aquest mètode s'ha fet molt popular entre les xarxes socials i els mitjans tecnològics, obtenint fins aproximadament 708.000 resultats introduint les paraules "baby led weaning" a un buscador tipus "Google". També ha augmentat en popularitat a països com el Regne Unit, Nova Zelanda i Canadà, en els quals s'han dut a terme diversos estudis i, els departaments de salut corresponents comencen a fer menció d'aquest mètode en les seves guies. En canvi, si es realitza una cerca del terme a una base de dades científica tipus "Pubmed", tan sols es troben 156 resultats (7,8,17,18).

Aquests diversos estudis sobre el BLW s'han realitzat amb mostres petites de població que no eren representatives, el que fa que els resultats obtinguts no puguin ser extrapolables. Aquests estudis es referenciaran posteriorment.

La informació extreta es pot classificar en: beneficis que comporta seguir el mètode BLW; inconvenients que pot comportar seguir aquest mètode i els coneixements dels professionals de la salut sobre el BLW.

3.2.BENEFICIS BLW

Al contrari del mètode cullera, el moviment BLW recomana que els primers sòlids que s'haurien d'oferir són els anomenats "finger foods" (aliment que el bebè pot agafar per sí sol i portar-lo a la boca per tal d'alimentar-se). A més a més, diu que s'hauria d'encoratjar a l'infant a menjar per sí sol des de l'inici. Els defensors del BLW argumenten que l'ús del mètode tradicional es basa en una adaptació a la introducció de sòlids a una edat no fisiològica i inadequada. També defensen que l'edat proposada per la OMS per a la introducció de l'alimentació complementària coincideix amb un nivell de desenvolupament adequat que permet al nadó agafar el menjar, portar-lo a la boca i empassar-lo (Annex 1)(14).

Estudis publicats presenten el mètode BLW com un mètode segur i aplicable a partir dels 6 mesos d'edat en nadons amb un desenvolupament psicomotor normal. Tot i així, les guies del BLW donen avís en contra de l'ús d'aquest mètode en infants nascuts abans de terme o infants que se sap que tenen un retràs en el seu desenvolupament, tot i que aquest no es sol reconèixer fins als dos anys de vida. No obstant, nens que es troben en un rang de desenvolupament normal poden ser vulnerables si el mètode s'aplica molt severament (Annex 1)(5,14).

En conseqüència, aquest mètode es pot introduir sempre que el lactant hagi adquirit certes competències motores i cognitives (Annex 1)(6,19). Tanmateix, al voltant dels 6 mesos la majoria dels lactants han assolit un grau de maduresa suficient, i per conseqüent, estan preparats per a la introducció d'altres aliments (20):

- Maduració digestiva: la funció digestiva és suficient per digerir la major part dels midons (cuïts o hidrolitzats), les proteïnes i el greix de la dieta no làctia (als 4 mesos l'amilasa pancreàtica és baixa o quasi absent).
- Maduració renal: la filtració glomerular és del 60-80% de la del adult, i les capacitats de concentració i excreció de sodi, fosfats i hidrogenions són majors que en el naixement.
- Maduració immune: la introducció de l'alimentació complementària comporta l'exposició a nous antígens i canvis en la flora digestiva amb repercussió en l'equilibri immunològic intestinal. És un moment de gran influència sobre el patró de resposta immunològica i, els factors específics de tolerància i protectors de l'intestí aportats per la llet materna poden modular i prevenir l'aparició d'al·lèrgies i reaccions adverses.

L'evidència publicada suggereix que la majoria dels infants necessiten de la introducció d'aliments sòlids a partir dels 6 mesos d'edat, edat en la qual els requeriments nutricionals del nadó són majors a la necessitat de protecció immunològica que ofereix la lactància materna continuada (14).

Per a la majoria de lactants alletats, entre els 6 i 12 mesos, la introducció lenta i progressiva de petites quantitats d'altres elements sense forçar, i en el moment que puguin acceptar-los (el nadó sol mostrar interès pels aliments que es troben sobre la taula en els àpats en família), no interfereix amb les preses de pit. Durant el primer any, la llet materna ha de ser l'aliment principal i, és important tenir present que la missió de l'alimentació complementària és oferir energia i nutrients addicionals per complementar la lactància materna, però no per substituir-la (20).

Encara que no s'ha demostrat que la ingesta calòrica total variï al oferir els aliments abans o després de les preses de pit, en general es sol recomanar que, fins als 12 mesos, s'ofereixin els nous aliments després o entre preses de llet per tal de no crear ansietat en el lactant quan té excessiva gana, fet que el podria induir a un rebuig innecessari. A partir de l'any, i sobretot en nens en els que s'observa un rebuig generalitzat d'altres aliments, és aconsellable oferir els aliments sòlids abans del pit, i

assegurar-se que no existeix un dèficit nutricional que condicioni una disminució de la gana (20).

És important que els nens siguin exposats de forma repetida a nous aliments durant el període d'introducció a l'alimentació complementaria, i explicar als pares que el rebuig inicial és normal. S'ha suggerit que es requereixen d'un mínim de 10 intents, amb un clar augment en l'acceptació del nou aliment a partir dels 12-15 intents. Així, els aliments han d'oferir-se repetidament ja que els que han estat rebutjats els primers cops puguin ser acceptats posteriorment (20).

Per últim, esmentar un retall, que ens serveix com a resum de tots els arguments descrits anteriorment, extret del llibre del pediatre Carlos González, "*Mi niño no me come*". En aquest llibre, l'autor referencia a la doctora estatunidenca Clara Marie Davis, la qual a l'any 1982 va realitzar un estudi experimental en el qual va demostrar que els nens poden escollir per sí sols una dieta equilibrada. Va oferir a un grup d'infants d'entre 6-18 mesos d'edat, entre 10-12 aliments diferents. Aquests eren purs i sense barrejar: pastanaga, pollastre, arròs, ou, etc. Els nens menjaven la quantitat d'aliment que volien, sense que cap adult controlés la seva ingesta. Els més grans menjaven sense cap tipus d'ajuda, i els més petits tenien un adult que els hi apropava el menjar per tal de que poguessin arribar-hi i menjar-se'l. Durant mesos, el creixement dels nens va ser normal i la ingesta de nutrients adequada: la quantitat de la ingesta variava segons el gust de cada un, amb períodes on menjaven només un o dos aliments durant el dia. D'una forma o altre, al final es manejaven per consumir una dieta equilibrada. Per tant, la responsabilitat dels pares recau en oferir una varietat d'aliments sans i, la responsabilitat d'escollir entre la varietat i decidir la quantitat a ingerir de cada aliment correspon al nen (21).

El mètode BLW té el mèrit d'introduir un patró alimentari social i variat a una etapa primerenca, a diferència del mètode cullera, que sol requerir d'un àpat separat i amb aliments diferents als de la resta de la família (14).

En resum, s'ha associat el BLW amb un nombre de comportaments relacionats amb la salut que són beneficiosos:

- Més durada de la lactància materna: de mitjana els nadons que segueixen el mètode BLW se'ls hi dona de forma exclusiva el pit durant 8 setmanes més (22.2set BLW vs. 14.4set TSF²). De fet, en un dels estudis, el 44% del grup BLW va donar el pit de forma exclusiva al seu fill fins als 6 mesos, comparat amb cap mare del grup TSF. Un cop iniciada l'alimentació complementària, un 100% dels nadons seguint BLW continuaven consumint llet materna, mentre que els que seguien TSF, només un 42% en continuaven ingerint, tant materna com de fórmula (16).
- Introducció més tardana de l'alimentació complementària: segons un dels estudis, els que segueixen el mètode BLW comencen la introducció d'aliments sòlids 3 setmanes més tard respecte als que segueixen el mètode tradicional (24.6set vs. 21.3set)(16).
- Millor participació en els àpats familiars: s'ha associat el BLW amb una millor involucració de l'infant en els àpats amb tota la família. A més a més, comparats amb aquells alimentats segons el TSF, els àpats que se'ls hi ofereixen són similars o iguals que els que consumeixen la resta de la família. El fet de dur a terme els àpats en família dóna oportunitat per a la comunicació, ja que permet que hi hagi un contacte visual, físic i auditiu amb la figura d'aferrament i/o la resta de familiars(2,16).
- Rol més actiu del nen: afavorint que pugui regular les quantitats d'aliment que ingereix. Els defensors del BLW proposen que aquest mètode permet al nen tenir el control sobre la quantitat de menjar que ingereix, al igual que ja el té durant els primers mesos de vida quan és alletat. Així, el nadó pot mostrar la gana i la sacietat amb gestos, evitant forçar-lo a menjar i, li permet respondre millor a aquestes sensacions (de gana i de sacietat) respecte els

² TSF: Traditional spoon feeding, en català, mètode tradicional o cullera.

nadons que són alimentats per una altre persona. A més a més, inclús, pot ajudar a prevenir el desenvolupament de la obesitat (6,16).

- Promoció d'hàbits saludables en edats primerenques i fomentar el desenvolupament psicomotor del nen: ja que el BLW pot fomentar una major acceptació dels aliments amb una varietat de textures i sabors i, aconseguir un major consum d'aliments més sans. L'educació per part dels progenitors en tot allò relacionat amb l'alimentació i nutrició dels nens és fonamental, per aquest motiu, és important que els pares siguin un model d'hàbits dietètics saludables per als seus fills (6).

Altrament, l'infant va adquirint destreses manuals per alimentar-se sol, beure d'un got o una tassa agafats amb les dues mans i menjar el mateix que la resta de la família. És molt important l'estímul de la masticació i de l'adquisició d'habilitats motores per evitar les dificultats degudes a un inici tardà de la introducció de l'alimentació complementària. El retard de l'alimentació complementària després dels sis mesos pot desencadenar problemes nutricionals per una aportació energètica insuficient, com per exemple l'estancament ponderal i dèficits de micronutrients entre d'altres (2,22).

3.3.INCONVENIENTS BLW

Segons el que s'ha pogut extreure d'un estudi sobre els coneixements, les experiències i actituds dels professionals sanitaris i les mares, alguns professionals de la salut refereixen que el fet de seguir el mètode BLW pot comportar alguns aspectes negatius en els progenitors que poden afectar indirectament al nadó (8):

- Les mares es poden tornar més competitives amb el progrés del seu fill, considerant que el seu fill és més avançat que els altres si consumeix certs aliments o una major varietat d'ells abans que la resta, fet que les pot motivar a oferir al nen aliments considerats com a no segurs i que poden augmentar el risc d'asfíxia (Annex 2).

- Pot incrementar l'ansietat parental en quant al creixement del seu bebè, sobretot en pares primerencs ja que aquests són més aprensius, pel fet de comparar el creixement del nen amb el d'altres nens, tenint en compte que els que segueixen el mètode BLW de forma exclusiva poden tenir un pes més baix. Sumat a això, el fet de que avui en dia es consideri com a un bebè grassonet, quan aquest reflexa un problema de sobrepès, incrementa l'ansietat que poden presentar alguns progenitors.
- Consideren també que és un mètode molt brut, en el qual al principi es desaprofiten molts aliments i aquests s'han d'acabar llençant a les escombraries. Molts progenitors podrien no acabar de tolerar aquest mètode per la quantitat d'aliments desaprofitats i l'elevat cost que això suposa.

Per altra banda, els inconvenients que han referit mares que han seguit aquest mètode d'introducció de l'alimentació complementària són (8,23):

- Genera molt desordre en els àpats ja que el nen agafa el menjar, l'esclafa, el refrega i el llença, el que provoca que sovint sigui necessari haver de banyar al nadó després dels àpats. Alhora, també provoca que a moltes famílies els avergonyeixi haver de menjar en públic o en cases alienes, quan s'espera que l'infant segueixi les "normes socials". Però, s'ha de tenir en compte i explicar als progenitors, que el desordre i brutícia que genera aquest mètode és un problema en les primeres fases, quan l'infant encara no coordina bé els moviments necessaris per portar adequadament el menjar a la boca. Quant més millora la coordinació de l'infant, menys desordre i brutícia es genera en els àpats.
- Provoca impaciència, sobretot al principi, quan els àpats es poden allargar i sentir-se com a interminables ja que el nen està aprenent com menjar i, moltes vegades aquest aprenentatge es converteix en un moment de joc.

- Ocasionalment, els àpats familiars poden no ésser apropiats per al infant i saber que oferir al nen es pot convertir en un repte per a les famílies.
- Les guies d'alimentació actuals no parlen sobre aquest mètode i, si ho fan, és de forma breu i incompleta, aleshores moltes famílies no saben quins aliments poden oferir al nen i a quina edat és aconsellable introduir-los.

A més a més, hi ha dos estudis diferents en els quals es parla sobre les principals preocupacions, un d'ells del personal sanitari(16), i en l'altre, tant dels personal sanitari com de mares que segueien el mètode BLW. En aquest últim, es va trobar que el personal sanitari entrevistat tenia una limitada experiència directe amb aquest mètode(8). Agrupant els dos estudis es conclouen les següents principals preocupacions:

- Risc d'asfíxia: En un dels estudis realitzats només a mares que havien seguit aquesta alternativa amb els seus nadons, un 30% va comunicar com a mínim un episodi d'ennuegament, la majoria d'ells causats per un tros de poma crua. Algunes d'aquestes mares van realitzar prèviament un curs de primers auxilis abans d'iniciar aquest mètode amb el seu nadó i, en conseqüència, el reflex d'arcada i/o l'asfíxia no van suposar cap tipus de preocupació per a elles, sinó que ho consideraven una reacció natural del nen que aprèn a menjar i s'adapta a noves textures. Els defensors del mètode BLW suggereixen que l'asfíxia no és més probable que en els bebès alimentats seguint el mètode cullera, sempre que es compleixin les normes bàsiques de seguretat (per exemple: el nadó ha d'estar assegut en posició vertical i s'ha de controlar el que es posa a la boca). Des de l'Agència de Salut Pública de la Generalitat de Catalunya, amb el seu document: "Preguntes més freqüents" , també afirma que l'alimentació complementària a demanda, segons demostren diversos estudis, no suposa més ennuegaments que una alimentació amb purés i triturats (8,24,25).

- Deficiència de ferro: Aconseguir una ingesta adequada de ferro és un problema que engloba infants d'arreu del món. Les recomanacions actuals d'alimentació infantil aconsellen als pares que ofereixin aliments rics en ferro des de el moment en que s'inicia l'alimentació complementària (26).

Es va realitzar un estudi amb una mostra de 56 infants, dels quals n=26 eren alimentats segons el mètode tradicional, n=25 seguint BLW (n=18 de forma exclusiva i n=7 parcialment, combinant els dos mètodes). Els resultats obtinguts són sempre comparant el mètode tradicional (TSF) i el BLW de forma exclusiva (BLWf³).

Es va observar que en el grup BLWf les ingestes mitjanes de ferro, zinc, vitamina B12, vitamina C, fibra i calci eren menors. També van veure que els infants del grup BLWf se'ls hi va introduir els cereals enriquits amb ferro dins de la seva dieta, aproximadament 5,1 setmanes més tard que aquells que seguien el mètode TSF (TSF: 21.7 setmanes, BLWf: 26.8 setmanes)(16).

En un altre estudi, a vint-i-tres famílies (n= 14 BLISS⁴, n=9 BLW) amb nadons de 5 mesos que tenien intenció de dur a terme el BLW mitjançant diversos qüestionaris al llarg dels mesos, van trobar, a partir de les dades recollides a un qüestionari de 3 dies i del diari d'ingestes, que els participants que seguien el BLISS se'ls hi oferien més vegades al dia aliments que contenien ferro que els participants del grup BLW (2.4 vs 0.8 vegades/dia)(26).

- Ingesta inadequada d'energia: Durant el període de creixement accelerat que suposa el primer any de vida, el percentatge d'energia requerida respecte a les necessitats totals d'energia disminueix del 35% en el primer mes de vida al 3% en acabar el primer any. Entre els 6 i 8 mesos, l'aportació d'energia procedent de l'alimentació complementària ha de ser una cinquena part de l'aportació total d'energia; i entre els 9 i 11 mesos ha d'ascendir a la meitat. La resta ha de ser cobert per la llet. S'ha de tenir en compte que els purés

³ BLWf: Baby-led weaning full.

⁴ BLISS: Baby-led Introduction to SolidS: versió del BLW modificada per adreçar les tres preocupacions principals del BLW: elevat risc d'asfíxia, deficiència de ferro i ingesta inadequada d'energia.

tenen una baixa densitat nutricional, per tant, les petites quantitats de puré que els nadons ingereixen les primeres setmanes, un cop inicien l'alimentació complementària, contribueixen mínimament en la satisfacció dels requisits nutricionals. Al contrari, els “finger foods” contenen una elevada densitat de nutrients, per tant, pot semblar que un nen menja menys seguint el BLW però en realitat està assolint els requisits nutricionals necessaris. En un estudi observacional, els nadons de 15 mesos que menjaven “finger foods” tardaven el doble en menjar la meitat del pes corresponent al que menjaven els nens seguint el mètode cullera, però la mitjana d'energia ingerida als dos tipus era la mateixa. En un altre estudi, la diferència d'energia ingerida entre els dos grups, TSF i BLWf, no era estadísticament significativa, era bastant similar. No obstant, s'ha de tenir en ment que a partir dels 6 mesos, un cop s'introdueix l'alimentació complementària, la llet ha de continuar sent la principal font nutritiva durant el primer any de vida, i que la llet materna aporta la majoria de la energia ingerida en aquells que segueixen BLW (77% de l'energia total) (2,6,14,16,22).

Cal remarcar que, en el estudi realitzat a professionals de la salut i a mares que havien seguit el BLW, aquestes últimes no mostraven majors preocupacions. Consideraven el BLW com la forma d'introducció complementària d'aliments més saludable, més convenient i menys estressant, i recomanaven aquesta alternativa a altres mares (8).

3.4.L'ACTUALITAT DEL BABY LED WEANING: ELS CONEIXEMENTS DELS PROFESSIONALS DE LA SALUT

A Catalunya, l'any 2016, el Departament de Salut de la Generalitat va publicar una guia amb recomanacions per a l'alimentació en la primera infància (de 0 a 3 anys). En aquesta guia es parla per primera vegada de mètodes alternatius o petites adaptacions al mètode tradicional: *“Els infants van adquirint destreses manuals per alimentar-se sols, beure d'un got o una tassa agafats amb les dues mans i **menjar el mateix que la resta de la família**, amb algunes petites adaptacions, com, per*

exemple, tallar els aliments en petites porcions i permetre que agafin el menjar amb els dits, el punxin amb la forquilla o se'l mengin amb la cullera". I inclús fa referència per primer cop al BLW: "És aconsellable incorporar preparacions diferents dels triturats. Oferir els aliments sencers (o a trossets, segons el tipus d'aliment) permet que l'infant pugui menjar de forma autònoma i que gaudeixi dels diferents gustos, textures, olors i colors dels aliments (aquesta pràctica s'anomena alimentació dirigida per l'infant, alimentació amb sòlids o, en anglès, baby-led weaning)" (2).

Ara bé, l'esment d'aquest mètode en la nova guia de recomanacions alimentàries en la infància és molt breu i no explica tots els beneficis que pot comportar utilitzar aquest mètode. Per aquest motiu, és necessari fer una intervenció a nivell territorial per donar a conèixer, no solament els beneficis, sinó també tots els riscos que poden haver-hi associats, les contraindicacions i les possibles preocupacions que es poden derivar de fer un ús exclusiu de l'alimentació autodirigida per l'infant.

D'altre banda, hi ha pocs estudis que parlen sobre els coneixements que tenen els professionals de la salut respecte el BLW, i la majoria referencien a un estudi principal (el de Cameron *et al.*(8)). Destaca també l'estudi de Brown & Lee (23), en el que remarquen que les investigacions que envolten el BLW són escasses i que encara no estan recolzades pels departaments de salut, però que aquestes són necessàries per als professionals de la salut que han d'afrontar les preguntes dels progenitors i, ajudar a aquelles famílies a prendre decisions informades sobre l'alimentació infantil per tal de poder donar suport de qualitat a aquelles que vulguin realitzar BLW.

En un estudi fet a Canadà (7), en el qual es van investigar les pràctiques comuns de BLW i les van comparar amb els coneixements i percepcions de les mares que el duïen a terme i dels professionals de la salut, van concloure que, tot i que molts dels professionals de la salut són conscients del mètode Baby-led Weaning, pocs d'ells estan familiaritzats amb la seva pràctica; i que, els professionals de la salut haurien de tenir una major comprensió d'aquest mètode per tal de proporcionar orientació a

la creixent quantitat de famílies que segueixen aquesta pràctica. Aquests resultats es poden equiparar amb una enquesta on-line realitzada als pediatres d'atenció primària del territori espanyol(9), en la qual es volia saber com aquests orientaven l'alimentació complementària. Amb els resultats obtinguts es va veure que d'un total de 579 pediatres, un 79,4% coneixien el mètode, però d'aquests, només un 6,6% el recomanaven. A tots els pediatres que no el recomanaven se'ls hi va preguntar per quin motiu, el qual un 67,2% va contestar degut a que no tenia suficient informació. A més d'això, a l'hora de preguntar sobre els inconvenients i beneficis d'aquest mètode (per exemple: prevenir l'obesitat, ansietat de les mares, etc.), al voltant d'un 24-35% responien que no tenien prou experiència per a respondre.

A la poca experiència dels professionals sanitaris amb aquest mètode, es suma el fet de que moltes famílies, en el moment d'introduir nous aliments als seus nadons, no s'adhereixen a les recomanacions pediàtriques que esdevenen importants per a dur a terme una bona alimentació. Per tal d'assegurar una adequada introducció d'aquests aliments, les famílies han de ser coneixedores de les recomanacions actuals (10).

S'ha pogut observar que, moltes mares i pares que practiquen o volen practicar el BLW extreuen la informació a partir de pàgines web d'Internet, informació que té una base poc probable de ser una pràctica objectiva. Per tal de que puguin realitzar una pràctica segura basada en l'evidència científica, aquests haurien de consultar a fonts d'informació de confiança. Diversos estudis concorden en que les mares confien en els professionals de la salut per determinar quan i com introduir els aliments complementaris. Així doncs, és necessari que els pediatres i professionals de la salut realitzin una orientació anticipada a les famílies en el moment d'iniciar l'alimentació complementària. Per a fer-ho, han de tenir cura de com donen les recomanacions als cuidadors, ja que s'ha observat que si aquests són receptius i col·laboren amb els pares alhora de donar orientació, aquests últims tenen més probabilitats de recordar les recomanacions i adherir-les (7,10,27).

4. METODOLOGIA

4.1. Tipus de disseny

El nostre treball es tracta d'una prova pilot i es classifica: segons la seva finalitat com a analític ja que pretén avaluar una presumpte relació causa-efecte; com a longitudinal ja que les observacions (enquestes) es realitzen dues vegades al llarg de l'estudi; com a quasi experimental ja que no és aleatori, nosaltres escollim a qui fer els qüestionaris, en aquest cas a infermers/es pediàtriques i pediatres d'una àrea concreta, el Bages; i a més, no hi ha grup control; segons el moment d'inici de l'estudi i la seva relació amb la cronologia dels fets, es classifica com a prospectiu. Dintre dels estudis quantitius quasi experimentals, es tracta d'un estudi no controlat o pre-post.

4.2. Àmbit i temps d'estudi

L'àmbit sanitari de la Catalunya Central comprèn les comarques de l'Anoia, el Bages, el Berguedà, el Solsonès, el Moianès i Osona, a més a més de 4 consultoris municipals de la província de Lleida, un Equip d'Atenció Primària (EAP) de la província de Tarragona i un consultori municipal de la de Girona. En total, dona assistència d'atenció primària a 404.245 habitants (28).

Aquest àmbit el formen 33 EAPs, dels quals 11 d'ells corresponen a la comarca del Bages, comarca en la qual centrarem el nostre treball (28).

L'àrea del Bages dona cobertura a 43 municipis diferents (annex 3) mitjançant 11 EAPs i 1 equip d'atenció primària penitenciària (EAPP) pertanyents a l'Institut Català de la Salut (ICS), a banda de dos Àrees Bàsiques de Salut (ABS) que formen part de la Xarxa assistencial d'Althaia (29,30).

La nostra prova pilot es realitzarà als infermers/es de pediatria i pediatres que treballen en els 11 EAPs de l'ICS, i exclouem les dues ABS d'Althaia per tal de no barrejar dues institucions diferents.

4.3.Població i mostreig

La nostra població de referència són els metges i infermers/es que conformen els equips d'atenció primària del Bages, d'aquests, la població elegible seran els pediatres i infermers/es pediàtriques dels equips d'atenció primària del Bages pertanyents a l'ICS i, la població d'estudi, els infermers/es pediàtriques i pediatres dels equips d'atenció primària del Bages pertanyents a l'ICS que tinguin un contracte entre els mesos de setembre i desembre del 2018 i que acceptin participar en el nostre estudi.

Com que la nostra població d'estudi és petita i la podem estudiar sencera no és necessari calcular la mida de la mostra.

Actualment, a les ABS del Bages pertanyents al ICS hi ha 26 pediatres i 18 infermeres pediàtriques en actiu, segons les dades proporcionades pel Responsable Assistencial de l'Àrea tècnica i suport a la gestió de la Gerència Territorial Catalunya Central de l'ICS). Aquestes dades van ser proporcionades directament mitjançant un correu electrònic.

Com a investigadores, la tècnica de mostreig utilitzada ha estat de tipus no probabilístic per conveniència ja que nosaltres hem escollit la mostra i, per tant, l'atzar no ha intervingut.

Al ser de conveniència i no haver utilitzat cap criteri en concret per escollir la població del Bages, el nostre estudi es tractarà en tot cas d'una prova pilot, i per tant, no serà extrapolable a nivell de tota Catalunya.

4.4. Criteris d'inclusió i exclusió

- Criteris d'inclusió:

- Pediatres i infermers/es de pediatria que formin part dels equips d'atenció primària esmentats anteriorment i que hagin signat el consentiment informat.
- Que sigui un treballador actiu amb contracte entre el setembre i desembre del 2018, ja que els dos qüestionaris es realitzaran entre aquests mesos, i així ens assegurarem que tots els professionals que participen en l'estudi els contestin.

- Criteris d'exclusió:

- Pediatres i infermers/es pediàtriques amb consulta privada i que no formin part dels equips d'atenció primària del Bages pertanyents a l'ICS.

4.5. Descripció de variables (annex 4: taula de variables)

- Variable dependent:

- **Coneixements sobre el BLW:** quantitativa discreta. Per conèixer que saben, prèviament, del BLW i fer-nos una idea de com gestionar la formació. Un cop realitzada l'educació, per saber si els coneixements han augmentat. Recopilació indirecta, obtinguda per l'individu. En desacord/ no tinc suficients coneixements/ d'acord. Per tal d'avaluar els coneixements sobre BLW dels pediatres i infermers/es de pediatria cada qüestionari obtindrà una puntuació entre -20 - +20. Aquesta puntuació s'obté tenint en compte la casella marcada:

A: En desacord, es restarà 1 punt.

B: No tinc suficients coneixements, s'atorgarà 0 punt.

C: D'acord, es sumarà 1 punt.

Es posarà nota tant als primers com als segons qüestionaris i es compararan els resultats obtinguts.

- **Coneixements dels beneficis d'aquest mètode:** Tots s'avaluaran segons el grau d'afirmació. Recopilació indirecta, obtinguda per l'individu. En desacord/ no tinc suficients coneixements/ d'acord.
 - **Coneixements dels inconvenients d'aquest mètode:** Tots s'avaluaran segons el grau d'afirmació. Recopilació indirecta, obtinguda per l'individu. En desacord/ no tinc suficients coneixements/ d'acord.
- Variables independents:
- **Categoria laboral:** qualitativa nominal. Pel nostre estudi és una variable molt important ja que el fet de que sigui treballador de pediatria és un del nostre criteri d'inclusió. Recopilació indirecta, obtinguda per l'individu. Pediatres / infermers/es pediatria.
 - **Sexe:** qualitativa nominal. Recopilació indirecta, obtinguda per l'individu. Home/Dona
 - **Data de naixement:** qualitativa ordinal. Recopilació indirecta, obtinguda per l'individu. Amb aquesta variable podem observar si l'edat de la persona influeix en el fet d'acceptar nous mètodes. DD/MM/AAAA.
 - **Any de graduació:** qualitativa ordinal. Recopilació indirecta, obtinguda per l'individu. Així observem si hi ha diferències entre les promocions més recents respecte a les més antigues. AAAA
 - **Equip d'Atenció Primària:** qualitativa nominal. EAP al que pertany el seu centre de treball, podria ser que depenent de la zona canviï la forma de pensar. Recopilació indirecta, obtinguda per l'individu. Nom del EAP.
 - **Primer cop que es va sentir a parlar del BLW :** quantitativa categoritzada. Per saber el temps aproximat que fa que es parla d'aquest mètode. Recopilació indirecta, obtinguda per l'individu. <1any /entre 1-4 anys />4 anys.

- **Lloc en que ha sentit a parlar del mètode BLW:** qualitativa nominal. Conèixer les fonts d'informació més utilitzades. Recopilació indirecta, obtinguda per l'individu. Altres professionals de la salut/ Revistes científiques/ Articles de divulgació/ Conferències/ Blogs/ Per consulta de pares/mares/ Altres.
- **Recomanació d'aquest mètode en el futur:** qualitativa nominal. Recopilació indirecta, obtinguda per l'individu. Si/No
- **Sentiment de capacitat per ensenyar a les famílies com dur a terme aquest mètode de forma correcte i resoldre els seus dubtes:** qualitativa nominal. Recopilació indirecta, obtinguda per l'individu. Si/No
- **Tractament de forma adequada de tots els mètodes d'introducció a l'alimentació complementària, en les guies actuals d'alimentació en la primera infància.** qualitativa nominal. Recopilació indirecta, obtinguda per l'individu. Si/No.

4.6. Instruments de recollida de dades

- **Qüestionaris/enquestes** (annex 5 i 6): Realitzarem un qüestionari abans de la intervenció per tal de recollir informació sobre el grau de coneixement que tenen els pediatres i els infermers/es de pediatria pertanyents a l'ICS sobre el BLW. I un altre qüestionari, un cop haguem fet la formació, per tal de comprovar si el coneixement d'aquest mètode ha canviat i, si aquest fet el fa més recomanable.

4.7. Anàlisi de les dades

Els resultats de les variables obtinguts mitjançant els qüestionaris s'introduiran en una fulla del Microsoft Excel 2010, ja que ens permetrà transferir-les i llegir-les en qualsevol base de dades, per tant, s'emmagatzemaran a l'ordinador. Nosaltres treballarem amb el programa informàtic G-STAT.

Tindrem en compte una freqüència d'error del 2%, ja que es possible que ens equivoquem en el moment de passar totes les dades a l'ordinador.

Realitzarem l'anàlisi estadístic de la següent manera:

- Variables qualitatives: en tenim de dos tipus (ordinals i nominals) les quals es calcularà la freqüència absoluta i la relativa. De les ordinals també calcularem la freqüència absoluta acumulada, la relativa acumulada i moda.
- Variables quantitatives: calcularem la freqüència absoluta i absoluta acumulada, la freqüència relativa i relativa acumulada, moda, mediana i percentils.

S'utilitzaran per a les variables qualitatives els gràfics següents: diagrama de barres, diagrama de sectors i pictograma. Per altre banda, per a la variable discreta utilitzarem un diagrama de barres, i per a la categòrica un histograma, Boxplot i diagrama de dispersió. Les diferents variables s'analitzaran diferenciant entre les variables dels qüestionaris 1 i 2 (pre i post) i es compararan.

Per a l'anàlisi inferencial s'utilitzaran les proves del Chi-quadrat per a les variables qualitatives de dues categories o més amb dades independents, i per a les quantitatives la correlació Pearson.

Per últim, es realitzaran còpies de seguretat per tal de conservar les dades com a mínim durant 10 anys, tal i com ho requereix la llei.

4.8.Consideracions ètiques i legals

La nostra missió fonamental és mantenir un rigorós respecte als principis de l'ètica científica, per això:

En un primer moment, elaborarem el formulari de sol·licitud del dictamen del comitè de bioètica de la UVic-UCC (FUB - UManresa) (annex 7), per tal de rebre la seva

aprovació per la realització de la prova pilot en concret. En relació amb els qüestionaris realitzats per a la presa de dades dels participants, abans de ser entregats i realitzats pels integrants de la mostra hauran estat observats, objectivats i validats pel comitè de bioètica.

Per tal de garantir els principis ètics recollits en la declaració de Hèlsinki de l'Associació Mèdica Mundial(31), s'enviarà una carta de sol·licitud (annex 8) a la Unitat de Suport a la Recerca (USR) de la Catalunya Central (ja que el seu objectiu és el de promoure, potenciar i millorar la qualitat de la recerca en l'atenció primària a la Catalunya Central) amb informació sobre la prova pilot que voldrem realitzar i sol·licitant suport metodològic i administratiu i permís per poder dur a terme la prova en els Equips d'Atenció Primària esmentats en l'apartat 4.2. d'aquest treball. També farem una prèvia sol·licitud al Comitè Ètic de la Investigació de l'Institut d'Investigació en Atenció Primària (IDIAP) Jordi Gol per tal de sotmetre a valoració el nostre projecte. S'enviarà a aquest comitè, ja que l'any 2009, es va crear la USR com a part de l'estructura de l'IDIAP (32).

S'informarà als participants de l'estudi sobre els objectius del mateix i sobre les intervencions vinculades a la participació en ell: número de sessions, informació dels resultats. Se li entregarà un full informatiu detallant per escrit aquesta informació i, se li sol·licitarà el consentiment informat (annex 9) que caldrà que signi per poder participar en l'estudi. Es garantirà en tot moment l'anonimat i la confidencialitat dels participants tal i com queda recollit en la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades del caràcter personal (BOE 298, de 14 de desembre de 1999), mitjançant un nombre identificatiu que vindrà determinat segons el EAP al que es pertany (cada EAP s'identificarà amb un nombre del 01 al 11), la categoria laboral (A: pediatres i B: infermers/es) seguit de les inicials del nom i cognoms. *Ex: 03BICG//10AMMU* (33).

Al finalitzar l'estudi, els resultats obtinguts seran publicats per aportar una major evidència científica en el cas estudiat.

És important recordar que les sol·licituds de possibles casos que generin dubtes abans o durant la realització de l'estudi, seran portades al comitè de bioètica per tal d'obtenir assessorament, i poder mantenir les consideracions ètiques i socials dels participants en tot moment.

Les investigadores declarem no tenir cap conflicte d'interès en la realització d'aquesta prova pilot.

4.9.Procediment de l'estudi

Un cop haguem obtingut l'aprovació del comitè de Bioètica de la universitat ens posarem en contacte amb la gerència territorial del ICS Catalunya Central, concretament amb la Unitat de Suport a la Recerca de la Catalunya Central, per tal d'explicar en que consisteix el nostre estudi, i per tant, la nostra prova pilot; i sol·licitarem poder dur a terme aquesta prova als infermers/es de pediatria i als/les pediatres dels equips d'atenció primària del Bages pertanyents a l'ICS i sol·licitarem que informin als responsables d'aquestes ABS sobre la realització del nostre estudi. A la vegada, enviarem una sol·licitud al Comitè Ètic de la Investigació de l'Institut d'Investigació en Atenció Primària (IDIAP) Jordi Gol per que aprovin el nostre projecte.

Amb les dues aprovacions, procedirem a dur a terme la nostra prova pilot:

Primer, portarem a tots els centres d'atenció primària del Bages els consentiments informats per tal de que la població a estudi els signi. Automàticament, un cop signats els consentiments, se'ls hi facilitarà el primer qüestionari en format paper, per a que el contestin al moment. Recollirem tots els qüestionaris i farem un anàlisi de les dades obtingudes. Aquest anàlisi durarà dues setmanes i no es farà de forma paral·lela a la formació, ja que previ a aquesta voldrem tenir una idea de quins coneixements tenen.

Seguidament començarem a realitzar la formació. Aquesta estarà estructurada de la següent manera:

- Cada setmana s'anirà a un EAP diferent. L'ordre que seguirem per anar als EAP es basa en la proximitat geogràfica.
- A cada EAP anirem dos dies. El primer dia, la sessió serà més teòrica i es realitzarà mitjançant una presentació en PowerPoint (annex 10) i la possibilitat d'entregar una còpia d'aquest; el segon dia acabarem la part teòrica i farem casos pràctics. Al final de la sessió destinarem un espai a la resolució de dubtes i preguntes que puguin sorgir. Seguidament, donarem el segon qüestionari, també en format paper que es tindrà de respondre al moment. Les sessions tindran una durada de 2h, en total 4h. Les sessions es faran des de la 13:00 fins a les 15:00.
- Nosaltres informarem als EAP la setmana a la qual procedirem a realitzar la formació, i deixarem que siguin ells els qui decideixin quins dos dies, d'aquella setmana, els va bé que anem a impartir la formació.

Per últim, un cop haguem recol·lectat tots els qüestionaris, procedirem a realitzar el buidatge d'aquests i inserir-los dins d'una base de dades per a poder realitzar un correcte anàlisi.

5. LIMITACIONS DE L'ESTUDI

Les limitacions més comuns dels estudis de tipus quasi experimentals sense grup control són: dificultats en la generalització a causa de biaixos, menor validesa externa i en conseqüència, un menor nivell d'evidència ja que al no haver-hi grup control, no es pot afirmar categòricament que és només la nostra intervenció la que produeix el resultat que mesurem. A més a més, alguna variable externa pot influir en els resultats obtinguts.

5.1. Validesa

- **Validesa interna:** Al ser una mostra escollida no probabilística per conveniència, la mida de la mostra queda molt limitada, és a dir, ens podem trobar que alguna part de la població d'estudi estigui de baixa i en el seu lloc hi hagi algú de substitució, i per tant, al no tenir un contracte entre els mesos de setembre-desembre del 2018 quedi exclòs de l'estudi; també ens podem trobar que tinguin el dia lliure i no puguin assistir a la formació. En totes dues situacions, la mida de la mostra quedaria reduïda. Tot i així, són evitables ja que en cas de trobar-nos en alguna d'aquestes situacions, s'oferirà a la persona la possibilitat d'assistir a la formació d'un altre EAP que encara estigui pendent de formació.
- **Validesa externa:** En principi, al tractar-se d'una prova pilot realitzada a una població en concret, amb característiques sociodemogràfiques i culturals pròpies, els resultats obtinguts en aquest estudi no es podran generalitzar a altres poblacions. Si el resultat de la prova pilot és positiu, per tal de poder generalitzar els resultats a altres poblacions, s'hauria de realitzar un nou estudi a una mostra més gran, per exemple a nivell de tota Catalunya, per tal de tenir una població d'estudi amb unes característiques sociodemogràfiques i culturals diferents.

5.2. Biaixos

- **De selecció:** Ja que els individus que participen en l'estudi no han estat escollits de forma aleatòria, sinó per conveniència i, per tant, els resultats que s'obtidran no es podran extrapolar a la resta de la població.
- **D'informació:** Aquest biaix sempre és present ja que no hi ha cap procediment de recollida d'informació 100% vàlid.

És important justificar que alguns dels biaixos són inevitable que es produeixin i que aquests no tenen per què modificar els resultats.

6. RECURSOS

Per a la realització d'aquest estudi necessitem:

- **Material informàtic**
 - 1 ordinador portàtil
 - Programes informàtics per a l'emmagatzematge i anàlisi de les dades (Excel, G-Stat,...)
 - Projector i pantalla de projecció portàtil
 - Impressora
- **Material d'oficina**
 - Folis de paper
 - Bolígrafs.
- **Recursos humans**
 - Les dues investigadores principals que seran les encarregades de la recollida, intervenció i anàlisi de les dades.
- **Recursos materials**
 - Benzina per als desplaçaments
- Disposició d'una sala per a poder realitzar les xerrades de formació (la pròpia dels centres d'atenció primària).

Investigadores principals: Irene Casals Gavilan i Maialen Moreno Uharte	
PRESSUPOST	
1. Despeses d'execució	
a) Adquisició de béns i contractació de serveis	
a. Ordinador portàtil	555€
b. Projector	329€
c. Pantalla de projecció portàtil	182,66€
d. Impressora	189€
e. Folis de paper	2 paq. 500 folis A4 x 5,90€
f. Bolígrafs	4,99€
SUBTOTAL	1272,45€
b) Viatges i dietes	
a. Benzina	200€
SUBTOTAL	200€
TOTAL AJUDA SOL·LICITADA	1472,45€

Taula 1. Pressupost total del projecte. Font: Elaboració pròpia

7. CRONOGRAMA DE L'ESTUDI

	2017				2018												2019		
	S	O	N	D	G	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	G	F	M
FASE CONCEPTUAL																			
Elecció tema																			
Recerca bibliogràfica																			
Objectius del projecte																			
Introducció i justificació																			
Marc teòric																			
FASE METODOLÒGICA																			
Metodologia																			
Limitacions estudi																			
Recursos																			
Cronograma																			
Aplicabilitat i utilitat																			
Pla de difusió																			
Conclusions																			
Lliurament projecte																			
Presentació projecte																			
FASE EMPÍRICA																			
Aprovació prova pilot: permisos del CEIC																			
Realització prova pilot																			
Interpretació i conclusió																			
Difusió resultats																			

Taula 2. Cronograma 1 del treball. Font: elaboració pròpia.

Fase empírica	Setembre '18	Octubre '18	Novembre'18	Desembre'18	Gener'19	Febrer'19	Març'19
Signatura i recollida dels consentiments informats i realització i recollida 1r qüestionari	Del 03 al 07						
Anàlisi dades 1r qüestionari	Del 17 al 30						
Realització educació + 2n qüestionari				Fins el 14			
Anàlisi dades 2n qüestionari							
Interpretació dades i conclusió dels resultats							
Difusió dels resultats							

Taula 3. Cronograma 2: Fase empírica de l'estudi. Font: elaboració pròpia.

Es pot observar en la taula anterior com la prova pilot plantejada consta de diverses activitats. La durada total estimada és de 7 mesos. La primera activitat ocuparà 1 setmana, sense aquesta activitat no es podrà procedir a la realització de les següents, ja que tenir el consentiment informat i el primer qüestionari són requisits primordials.

No es podrà començar cap activitat fins que l'anterior estigui finalitzada, excepte amb la realització de l'educació i la realització del segon qüestionari les quals seran simultànies. L'anàlisi de les dades s'iniciarà a la setmana posterior d'haver recollit els segons qüestionaris.

La difusió dels resultats obtinguts s'iniciarà al març del 2019 però tindrà una durada variable depenent de les dates de les jornades i congressos als quals s'ha planificat assistir.

	Octubre 2018				Novembre 2018					Desembre 2018	
	01-05	08-12*	15-19	22-26	29-02*	05-09	12-16	19-23	26-30	03-07*	10-14
Educació al personal sanitari + 2n qüestionari											
EAP Navàs – Balsareny											
EAP Artés											
EAP Sallent											
EAP Plaça Catalunya											
EAP Sagrada Família											
EAP Navarcles – St fruitós- Santpedor											
EAP Sant Vicenç de Castellet											
EAP Montserrat											
EAP Sant Joan de Vilatorrada											
EAP Súria											
EAP Cardona											

* Els dies 12-oct, 01-nov i 06-des són dies festius els quals no durem a terme la formació.

Taula 4. Cronograma 3: educació al personal sanitari i realització 2n qüestionari. Font: elaboració pròpia.

Tal i com es pot observar en la taula, cada setmana es realitzarà la formació a un EAP diferent juntament amb la realització del 2n qüestionari. L'ordre dels EAP està escollit per localització geogràfica. S'avisarà a cada EAP la setmana a la que anirem a fer la formació, i podran escollir quins dos dies d'aquella setmana els hi va bé que hi anem.

8. APLICABILITAT I UTILITAT PRÀCTICA DELS RESULTATS

La realització d'aquesta prova pilot, als equips d'atenció primària de la comarca del Bages pertanyents a l'ICS, ens permetrà avaluar els coneixements actuals dels pediatres i infermers/es de pediatria del Bages i, veure si amb la formació aquests es modifiquen. Si aquesta avaluació és positiva, en un futur, es podria dur a terme l'estudi a nivell de tota Catalunya i, inclús, a nivell nacional.

D'altre banda, un cop realitzada la prova pilot es podria realitzar en les mateixes àrees bàsiques un estudi amb nadons a partir dels 6 mesos d'edat, per tal de comprovar els riscos i beneficis que la literatura científica citada en el treball refereix tenir aquest mètode, així com també comprovar si és millor que el mètode tradicional. Aquest possible estudi si es realitzés a nivell nacional, juntament amb la realització de la nostra prova pilot a aquest mateix nivell, serviriem per elaborar una nova guia d'alimentació infantil, concretament, en la forma d'iniciar l'alimentació complementària i, a més a més, ampliar l'evidència científica que hi ha actualment sobre el BLW.

També, en un futur seria de gran ajuda per a la societat i en concret, per al col·lectiu mèdic-infermer que actualment s'han d'afrontar a les preguntes de famílies que volen seguir BLW i que degut a l'escassa informació que refereixen tenir, no poden aconsellar, provocant que moltes famílies acabin consultant fonts d'Internet amb poca base científica.

Per últim, la realització d'aquesta prova pilot i amb ella, la publicació dels seus resultats, implicarien més base científica sobre el tema, i en concret, sobre els coneixements del personal sanitari, informació que en l'actualitat és molt escassa.

9. PLA DE DIFUSIÓ

Per tal de donar a conèixer els resultats es planificarà una estratègia de difusió a través de diferents mecanismes un cop s'hagin obtingut i analitzat tots els resultats.

Les principals comunicadores dels resultats, i de tot l'estudi, seran les investigadores principals. Es realitzarà un pòster que serà portat i defensat oralment a diversos congressos i jornades, entre d'altres els organitzats per l'AEP, el COIB, la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria i, per l'Instituto de Formación e Investigación Científica (IFICA).

S'enviarà l'estudi per tal de que es publiqui a les revistes "Anales de Pediatría" i "Evidencias en Pediatría" de l'AEP, i al Butlletí de la Societat Catalana de Pediatria. A més a més, es publicarà l'estudi a la pàgina web de l'ICS, al blog del ICS Catalunya Central i a la pàgina web del COIB. També en diverses revistes científiques i diaris com son, per exemple "ROL de Enfermeria" i "Revista Àgora".

Per últim, es realitzarà un feed-back dels resultats obtinguts, de forma més directe, als professionals que han participat en la prova pilot.

10.CONCLUSIONS

Conclusions de contingut:

El mètode d'introducció a l'alimentació complementària autoguiada pel bebè, també anomenat Baby-led Weaning, és cada vegada de més interès per part de la població, sobretot per aquells que han estat recentment pares. Aquesta popularització, en canvi, no és compartida pels professionals de la salut ni pels òrgans de govern, motiu pel qual en les actuals recomanacions d'alimentació infantil l'esmena d'aquest mètode és molt breu. Aquesta desavinença és deguda a l'escassetat de recerca científica sobre aquest tema, i a la desconfiança que genera aquest fet entre els professionals

sanitaris. A més, sumat amb el factor de desconeixença per part del col·lectiu sanitari, genera que moltes famílies busquin la informació en altres fonts menys fiables com serien blogs, pàgines de Facebook, Youtube..., provocant que el mètode no es realitzi de manera correcta i podent, inclús, comportar riscos per a l'infant (risc nutricional, ennuegament, asfíxia...).

Actualment, en altres països com el Regne Unit, Canadà i Nova Zelanda s'estan duent a terme una gran varietat d'estudis en el que es destaquen els beneficis que comporta el BLW tant per al nadó com per a les famílies. D'altra banda però, hem trobat que hi ha escassa investigació sobre els coneixements dels professionals sanitaris sobre Baby-led Weaning. Per aquest motiu, hem volgut centrar el nostre treball en aquesta temàtica. Creiem que amb els resultats obtinguts en aquest estudi podrem afirmar que si es dóna informació de caire científic als professionals de la salut, aquests tindran un millor coneixement del mètode, i per tant, possiblement el recomanaran com a alternativa a la introducció d'alimentació complementària esdevenint una font d'informació fiable.

Com a conclusió personal, totes dues coincidim que aquest mètode, tenint en compte els inconvenients i riscos associats, és més beneficiós per als infants que el mètode tradicional d'introducció de l'alimentació complementària. No obstant, portar aquest mètode de forma molt estricte i en el moment inadequat, quan el nen no ha adquirit un grau de desenvolupament motor adequat, pot portar a greus problemes de salut per a l'infant. Per això, pensem que l'ideal seria una modificació d'aquest mètode, en el qual no recaigui tota la decisió de què i quina quantitat d'aliment a ingerir en el nadó. És a dir, conscienciant als pares sobre els riscos que comporta seguir BLW de forma molt estricte, i així capacitar-los per a evitar-los.

Conclusions del procés d'aprenentatge:

Si tirem la vista enrere, des de l'inici de la realització del treball de final de grau fins ara, podem veure que l'elaboració d'aquest ens ha aportat moltes coses a nivell personal, tant negatives com positives.

Per un costat, ens ha suposat un petit desavantatge el fet d'haver passat els primers mesos fora, i separades l'una de l'altre. No vam poder acudir als primers seminaris d'introducció al TFG i les primeres tutories havien de ser per via Skype, fet que ens va provocar que comencéssim amb inseguretat el treball. A més a més, el fet de tenir que compaginar els horaris de les nostres pràctiques i el ritme de les nostres vides no ens va ajudar gaire alhora d'avançar fermament amb el treball. En moltes ocasions, la distància i els horaris diferents ens han alentit el procés d'elaboració d'aquest, i juntament amb els diversos canvis de direcció que ha patit, ha fet que haguéssim de renunciar a moltes coses. Hem tingut que fer tants canvis en el treball que els objectius inicials que teníem no s'assemblen en res als actuals. A més a més, hi havia moments en els que era tant gran la confusió que ja no sabíem sobre que fèiem el treball. En conseqüència, ens ha implicat moltes més hores de les que ens esperàvem.

Com a últim inconvenient, ha estat l'idioma dels articles, ja que pràcticament tota la bibliografia sobre el BLW està en anglès i, hi ha escassos articles científics en castellà. Considerem que ha estat un petit handicap ja que el temps destinat a la lectura i comprensió d'aquests articles ha estat major del que hauria estat si tota, o gran part de la literatura, hagués estat en castellà.

Per l'altre costat, també ens ha suposat aspectes positius en quant al procés d'aprenentatge, ja que hem pogut desenvolupar i millorar diverses capacitats, les quals al llarg de la carrera ens havien dit que són molt importants. Creiem que ens ha ajudat a desenvolupar el nostre pensament crític en quant a selecció d'informació i elaboració del marc teòric. Ens ha servit per adquirir habilitats alhora de fer recerca i investigació, i saber escollir aquella informació de confiança. Cal destacar, no solament amb l'anterior dit, que un treball de final de grau és una font de

coneixement, ja que també ens ha servit per a poder resoldre el nostre primer objectiu, que era saber en que consistia el mètode Baby-led Weaning i si aquest era beneficiós i, per tant, recomanable.

El treball en parella ens ha estat útil per al nostre desenvolupament professional, ja que hem de tenir sempre present que com a infermeres no treballarem soles, sinó que ho farem en equip. Haver realitzat entre dos el treball ens ha ajudat a adquirir millors capacitats de distribució i delegació de feines, ens ha ensenyat a treballar en equip, i molt orgulloses podem afirmar que juntes hem sigut capaces resoldre tots els obstacles amb els que ens hem anat trobant al llarg del camí, que de ben segur, si haguéssim fet el treball individual, ens hagués estat més difícil i feixuc.

Per acabar, ens ha fet adonar de la importància que té la investigació científica en l'àmbit de la infermeria, i sobretot, de la salut. Arrel d'aquest tema, ens han sorgit moltes possibles línies d'investigació, i en un futur, amb uns bons estudis, es podria arribar a canviar les recomanacions en l'alimentació complementària, fet que no seria possible sense la investigació.

11.BIBLIOGRAFIA

1. Velasco Manrique MV. Alimentación complementaria guiada por el bebé: Respetando sus ritmos y apoyando su aprendizaje. *Med Natur.* 2014;8(2):64–72.
2. Generalitat de Catalunya. Recomanacions per a l'alimentació en la primera infància (de 0 a 3 anys). 2016;1–32.
3. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. *Organ Mund la Salud.* 2003;36.
4. OMS. Alimentación complementaria [Internet]. 2017 [cited 2017 Nov 6]. p. 1. Available from:
http://www.who.int/nutrition/topics/complementary_feeding/es/
5. Cichero JAY. Introducing solid foods using baby-led weaning vs. spoon-feeding: A focus on oral development, nutrient intake and quality of research to bring balance to the debate. *Nutr Bull.* 2016;41:72–7.
6. AEPap. Los Pediatras De Atención Primaria Consideran Que El Baby Led Weaning Podría Contribuir a La Prevención De La Obesidad [Internet]. 2016. Available from:
https://www.aepap.org/sites/default/files/1mr_3.2_el_paso_de_la_teta_a_la_mesa_sin_guion_escrito_baby_lead_weaning.pdf
7. D'Andrea E, Jenkins K, Mathews M, Roebbothan B. Baby-led Weaning: A Preliminary Investigation. *Can J Diet Pract Res* [Internet]. 2016;77:72–7. Available from: <http://dcjournal.ca/doi/10.3148/cjdpr-2015-045>
8. Cameron SL, Heath A-LM, Taylor RW. Healthcare professionals' and mothers' knowledge of, attitudes to and experiences with, Baby-Led Weaning: a content analysis study. *BMJ Open.* 2012;2.
9. Martínez A. Controversias en la alimentación infantil. Nuevas tendencias: Baby Led Weaning. In: XVIII Jornadas de Pediatría. Pamplona; 2016.
10. Hart CN, Drotar D. Maternal knowledge of nutrition, problem-solving abilities and the introduction of complementary foods into infants' diets. *Early Child Dev Care.* 2006;176(7):693–705.
11. Cameron SL, Taylor RW, Heath ALM. 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):1–10.
12. Generalitat de Catalunya. La recerca infermera en cures de la salut a Catalunya. 2011;1–42. Available from:
http://www.coill.org/Ficheros/Destacado/recerca_infermera_cures_salut_2012.pdf
13. Limón E. Investigación en enfermería. La enfermería basada en la evidencia [Internet]. Vol. 3, *Revistas Eden.* 1999. p. 35–8. Available from:
http://www.revistaseden.org/files/art320_1.pdf
14. 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;7:27–33.
15. Wyness L, Stanner S, Buttriss J. Maternal Nutrition and Infant Feeding: Current Practice and Recommendations. In: British Nutrition Foundation, editor. *Nutrition and Development : Short and Long Term Consequences for*

- Health. First. Blackwell Publishing Ltd.; 2013. p. 53–4, 59–60.
16. Morison BJ, Taylor RW, Haszard JJ, Schramm CJ, Williams Erickson L, Fangupo LJ, 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;6:11.
 17. Fraile G. Alimentación complementaria dirigida por el bebé. Estudio prospectivo sobre implicaciones antropométricas, nutricionales, neurológicas y sociodemográficas. Universidad Miguel Hernández; 2017.
 18. 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.
 19. Sheridan MD. From birth to five years. Children's developmental progress. 3rd ed. Sharma A, Cockerill H, editors. USA and Canada: Routledge; 2008. 12-15, 53-54 p.
 20. Pérez Lizaur AB. Alimentación complementaria. *AEPap* [Internet]. 2006;249–56. Available from: <https://www.aepap.org/sites/default/files/complementaria.pdf>
 21. González C. Mi niño no me come: consejos para prevenir y resolver el problema. 10th ed. Madrid: Temas de Hoy, S.A.; 2003. 216 p.
 22. Tarbal A. Guia per una alimentació infantil saludable i equilibrada. *FAROS* [Internet]. 2016;10:93–9. Available from: <http://faros.hsjdbcn.org/>
 23. 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.
 24. Fangupo LJ, Heath A-LM, Williams SM, Erickson Williams LW, Morison BJ, Fleming EA, et al. A Baby-Led Approach to Eating Solids and Risk of Choking. *Pediatrics* [Internet]. 2016;138(4):8. Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/doi/10.1542/peds.2016-0772>
 25. Generalitat de Catalunya. Preguntes més freqüents Recomanacions per a l'alimentació en la primera infància (de 0 a 3 anys). 2017; Available from: http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/ciudadania/etapes_de_la_vida/infants/documents/pmf_alimentacio_2017.pdf
 26. Cameron SL, Taylor RW, Heath A-LM. 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*. 2015;15.
 27. Arden M. Conflicting influences on UK mothers' decisions to introduce solid foods to their infants. *Matern Child Nutr*. 2010;6(2):159–73.
 28. Gerència territorial Catalunya Central. Institut Català de la Salut Memòria 2015 [Internet]. Sant Fruitós de Bages; 2015. Available from: http://ics.gencat.cat/.content/documents/memoriesICS/CatalunyaCentral/passa_pagines/CatCentral_2015/index.html
 29. ICS Catalunya Central. ICS Bages [Internet]. Available from: <http://icscatalunyacentral.cat/sobre-nosaltres/>
 30. Althaia - Xarxa Assistencial Universitària de Manresa. Atenció primària. El primer contacte amb el pacient [Internet]. Available from: <http://www.althaia.cat/althaia/ca/assistencial/atencio-primaria>
 31. Mundial A mèdica. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos

- para las investigaciones médicas en seres humanos. 2013;1–8.
32. Generalitat de Catalunya, Salut IC de la. Guia de bona pràctica en la recerca en ciències de la Salut de l'ICS. 2015;34.
 33. IDIAP Jordi Gol, SIDIAP. Contingut D'Un Protocol De Recerca. 2016;1:16–7.
 34. Mohammed L. Developmental Milestones [Internet]. C.S. Mott Children's Hospital. 2017. Available from: <https://www.mottchildren.org/posts/your-child/developmental-milestones>
 35. Grove E. Su bebé a los 6 meses [Internet]. 2009. Available from: https://www.cdc.gov/ncbddd/actearly/pdf/other-lang/LTSAE-SPN-Checklist-with-Tip-6meses_1.pdf
 36. Zárate Mondragón F, Toro-Monjaraz EM. actualidades en alimentación complementaria. Acta Pediatr mex. 2017;38(3):182–201.

12.ANEXES

12.1. ANNEX 1: El desenvolupament infantil i les competències motores i cognitives als 6 mesos d'edat.

El desenvolupament infantil és un procés dinàmic a través del qual un nen evoluciona des de la simple reacció a diferents sensacions/estímuls i la dependència dels cuidadors, a donar sentit a la informació i respondre de manera planificada, organitzada i independent. Es refereix a com un nen esdevé capaç de realitzar accions més complexes a mesura que es va fent gran. Aquest procés no només es dona a terme amb la maduració neurològica sinó que està influenciat, positiva o negativament, per interaccions biològiques i mediambientals. Aquestes interaccions resulten en un alt nivell de variabilitat en els resultats de desenvolupament del diferents infants. Quan parlem d'un desenvolupament normal, ens referim al desenvolupament d'habilitats motores, lingüístiques, cognitives i socials (19,34).

Les fites del desenvolupament infantil (developmental milestones) són guies pràctiques per observar la velocitat o l'abast del seu progrés de desenvolupament. Tot i que les seqüències d'aquestes fites són similars en la majoria dels infants, hi ha una àmplia variació, a nivell individual, en la taxa d'assoliment (19).

Segons les guies "Milestones" un infant de 6 mesos d'edat amb un desenvolupament normal ha d'haver adquirit les següents habilitats (35):

- Social i emocional:
 - Reconeix les cares familiars i comença a donar-se compte si algú és un desconegut.
 - Li agrada jugar amb els altres, especialment amb els progenitors.
 - Respon a les emocions dels altres i generalment es mostra feliç.
 - Li agrada mirar-se a sí mateix en el mirall.

- Llenguatge/Comunicació:
 - Respon als sons produint sorolls.
 - Uneix varies vocals quan balbuceja (“a”, “e”, “o”) i li agrada fer sons per torns amb els progenitors.
 - Reacciona quan es menciona el seu nom.
 - Emet sons per a demostrar alegria o descontent.
 - Comença a emetre sons de consonants (balbuceja utilitzant la “m” o la “b”).

- Cognitiu (aprenentatge, raonament, resolució de dubtes)
 - Observa al seu voltant les coses que estan aprop.
 - Es porta els objectes a la boca.
 - Demostra curiositat sobre els objectes i tracta d’agafar aquells que estan fora del seu abast.
 - Comença a passar coses d’una mà a l’altre.

- Motor i desenvolupament físic:
 - Es gira per tots dos costats (es posa en decúbit supí i prono)
 - Comença a asseure’s sense recolzament
 - Quan es para, es recolza sobre les seves cames i inclús pot ser que salti.
 - Es bressola endavant i endarrere, a vegades gateja primer cap endarrere i després cap endavant.

Les competències motores i cognitives (explicades de forma més detallada) d’un nadó de 6 mesos tindrien de ser les següents (6,19):

- Postura i grans moviments:
 - Seu (amb l’ajuda d’algú) amb el cap i l’esquena rectes i gira el cap d’un costat a l’altre per mirar als voltants (entre els 5-9 mesos assoleixen l’habilitat d’asseure’s sense ajuda).

- Percepció visual i desenvolupament motor fi
 - Visualment insaciable: mou el cap i els ulls amb entusiasme cap a totes direccions quan es capta l'atenció. Els ulls es mouen a l'uníson. Vigila intencionadament les activitats d'un adult o infant que es trobi a la mateixa habitació. Mira fixament objectes petits a una distància de 15-30 cm. Mostra consciència de profunditat.
 - Estira les dues mans simultàniament per a agafar. Utilitza les mans de forma competent per arribar a i agafar objectes petits. Normalment utilitza les dues mans per apropar-s'hi però ocasionalment pot utilitzar-ne només una. Ajusta la postura dels braços i les mans en orientació cap a l'objecte. Utilitza el palmell de la mà per subjectar els objectes i els passa d'una mà a l'altra. Deixa caure un objecte si se li ofereix un altre.
 - Quan li cau la joguina/objecte dins del seu camp visual, el mira des de el lloc on està. Quan cau fora del camp visual, el busca lleugerament amb els ulls i els braços, o se n'oblida.

- Comportament social i de joc:
 - Manipula els objectes amb atenció, passant-los freqüentment d'una mà a una altra. S'ho porta tot a la boca.

- Autocura i independència:
 - Comença a prendre semisòlids tous. Inicialment escup el menjar realitzant moviments endavant i endarrere amb la llengua (reflex d'extrusió). A poc a poc, aprèn a xuclar els aliments de la cullera.

12.2. ANNEX 2:Aliments considerats com a no segurs en el mètode BLW

- Aliments que poden formar una “bola”
- Aliments més petit al puny del nen.
- Menjars que no es poden desfer aixafant-los amb la llengua contra el sostre de la boca.
- Aliments petits com nous, raïm, pèsols, blat de moro, caramels, cireres, tomàquet cherry i fruita amb pinyols (excepte que li hagi retirat el pinyol).
- Vegetals crus (p.ex: pastanaga, fulles d'enciam, api, etc.).
- Poma crua (sencera o tallada).
- Cítrics (taronges i mandarines), excepte si s'han pelat primer.
- Nous senceres.
- Crispetes.
- Salsitxes, pastanagues o qualsevol aliment similar tallat a rodanxes.
- Torradetes d'arròs, patates fregides.
- Fruites deshidratades (24,26).

Per altra banda, hi ha altres aliments que es recomana evitar, no només en aquest mètode, sinó en tot els mètodes d'introducció de l'alimentació complementària (36):

- Llet de vaca: es recomana no introduir fins als 12 mesos a causa del seu baix contingut en ferro i la seva relació amb petits sagnats intestinals i anèmia. En conseqüència, augmenta el risc d'induir anèmia ferropènica. A més a més, a causa del seu alt contingut en proteïnes, pot causar detenció de creixement amb base al fenomen de strand (acidosi metabòlica).
- Condiments i edulcorants: no s'ha d'afegir sal ni sucre ni edulcorants en la preparació dels aliments per a lactants durant el primer any de vida, ja que es troben en quantitats suficients de forma natural en la dieta. A més, els edulcorants reforcen la preferència innata pels sabors dolços i suposen un risc afegit de càries dentals i obesitat.

- Mel d'abella natura: pot contenir espores de Clostridium botulinum, i sumant al dèficit d'àcid gàstric del lactant, facilitaria el desenvolupament de botulisme.
- Cafè, te i aigües aromàtiques: és important evitar les begudes excitants, com el cafè, te o infusions (específicament barrejats amb anís), ja que contenen alcaloides que produeixen còlic, no tenen valor energètic, i el te interfereix amb l'absorció del ferro. Per altra banda, les begudes carbonatades (com sucs artificials, gasoses i refrescos) tampoc es recomanen, perquè disminueixen la absorció del calci, proveeixen grans quantitats d'energia, no tenen valor nutricional i afavoreixen l'obesitat.
- Aliments amb soja: el seu contingut de fitats interfereix amb l'absorció del ferro i altres nutrients, a més d'afavorir el dipòsit de alumini.
- Embotits: pel seu elevat contingut de sodi, nitrats i greixos saturats, no s'han de donar abans d'un any de vida; i després, s'aconsella en quantitats mínimes amb supervisió.
- Suplements de vitamines i minerals: per als nen petits, els micronutrients són essencials per al creixement, el desenvolupament i la prevenció de malalties. En algunes situacions, la suplementació amb micronutrients pot ser una intervenció efectiva.

12.3. ANNEX 3: Els EAP i els seus municipis

<p>EAP Navàs - Balsareny</p> <ul style="list-style-type: none"> • Navàs • Balsareny • Gaià • Viver i Serrateix • L’Ametlla de Merola 	<p>EAP Artès</p> <ul style="list-style-type: none"> • Artès • Calders • Monistrol de Calders • Avinyó • Sant Feliu de Sasserra • Santa Maria d’Oló
<p>EAP Cardona</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cardona • La Coromina • Montmajor 	<p>EAP Montserrat</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monistrol de Montserrat • Castellbell i el Vilar • Vacarisses • Rellinars
<p>EAP Navarcles - St Fruitós - Santpedor</p> <ul style="list-style-type: none"> • Navarcles • Sant Fruitós de Bages • Santpedor • Mura • Talamanca • Castellnou de Bages 	<p>EAP Sant Joan de Vilatorrada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sant Joan de Vilatorrada • Aguilar de Segarra • Canet de Fals • Fals • Fonollpsa • Rajadell
<p>EAP Plaça Catalunya + Sagrada Família</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manresa 	<p>EAP Sallent</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sallent
<p>EAP Sant Vicenç de Castellet</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sant Vicenç de Castellet • El Pont de Vilomara i Rocafort • Castellgalí • Marganell 	<p>EAP Súria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Súria • Callús • St Mateu de Bages • Palà de Torroella • Vallmanya • Matamargó • Pinós

Equips Atenció Primària	Nº de Centres d'Atenció Primària	Consultoris locals	Nº de municipis que engloba
EAP Artés	1	5	6
EAP Cardona	1	2	3
EAP Plaça Catalunya (Manresa)	1		1
EAP Sagrada Família (Manresa)	1		
EAPP Lledoners			
EAP Montserrat	3	1	4
EAP Navàs - Balsareny	2		5
EAP Navarcles – St. Fruitós - Santpedor	3	3	6
EAP Sallent	1		1
EAP St. Vicenç de Castellet	1	2	4
EAP St. Joan de Vilatorrada	1	5	6
EAP Súria	1	2	7
Althaia - ABS Les Bases - ABS Barri Antic	2		
TOTAL	18	20	43

12.4. ANNEX 4: Taula de variables

Nom	Tipus	Categories	Recopilació
VARIABLES DEPENDENTS			
Coneixements sobre el BLW	Discreta		Indirecta
Coneixements dels beneficis d'aquest mètode			
Mètode segur i aplicable tenint en compte el grau de desenvolupament	Ordinal	En desacord/ no tinc suficients coneixements/ d'acord	Indirecta
Allargament lactància materna	Ordinal	En desacord/ no tinc suficients coneixements/ d'acord	Indirecta
No interferència amb les preses de pit.	Ordinal	En desacord/ no tinc suficients coneixements/ d'acord	Indirecta
Aliment principal primer any de vida: llet materna	Ordinal	En desacord/ no tinc suficients coneixements/ d'acord	Indirecta
Interès de l'infant pels aliments de la taula: indicador inici BLW	Ordinal	En desacord/ no tinc suficients coneixements/ d'acord	Indirecta
No major risc d'asfíxia comparat amb el mètode tradicional	Ordinal	En desacord/ no tinc suficients coneixements/ d'acord	Indirecta
No provoca dèficit nutricional	Ordinal	En desacord/ no tinc suficients coneixements/ d'acord	Indirecta
L'infant ingereix l'energia necessària	Ordinal	En desacord/ no tinc suficients coneixements/ d'acord	Indirecta
Beneficia al nadó amb un bon control de la gana i sacietat	Ordinal	En desacord/ no tinc suficients coneixements/ d'acord	Indirecta
Patró alimentari social i variat	Ordinal	En desacord/ no tinc suficients coneixements/ d'acord	Indirecta
Millor participació en els àpats familiars	Ordinal	En desacord/ no tinc suficients coneixements/ d'acord	Indirecta
Responsabilitat del nen d'escollir l'aliment i decidir la quantitat	Ordinal	En desacord/ no tinc suficients coneixements/ d'acord	Indirecta
Hi ha millor acceptació d'aliments amb diferent textures i sabors	Ordinal	En desacord/ no tinc suficients coneixements/ d'acord	Indirecta
Pot ajudar a	Ordinal	En desacord/ no tinc suficients	Indirecta

prevenir la obesitat		coneixements/ d'acord	
Fomenta el desenvolupament psicomotor	Ordinal	En desacord/ no tinc suficients coneixements/ d'acord	Indirecta
Coneixement dels inconvenients d'aquest mètode			
Pot crear competitivitat entre mares	Ordinal	En desacord/ no tinc suficients coneixements/ d'acord	Indirecta
Incrementa l'ansietat dels pares per el creixement del nadó	Ordinal	En desacord/ no tinc suficients coneixements/ d'acord	Indirecta
Brut i genera molt desordre	Ordinal	En desacord/ no tinc suficients coneixements/ d'acord	Indirecta
Es desaprofiten i es llencen molt aliments	Ordinal	En desacord/ no tinc suficients coneixements/ d'acord	Indirecta
Limita a les famílies als lloc on poder menjar	Ordinal	En desacord/ no tinc suficients coneixements/ d'acord	Indirecta
VARIABLES INDEPENDENTS			
Categoria laboral	Nominal	Pediatres/infermer/es pediatria	Indirecta
Sexe	Nominal	Home/Dona	Indirecta
Data de naixement	Ordinal	DD/MM/AAAA	Indirecta
Any de gradació	Ordinal	AAAA	Indirecta
Equip d'Atenció Primària	Nominal	Nom del EAP	Indirecta
Primer cop que es va sentir a parlar del BLW	Categoritzada	<1any /entre 1-4 anys />4 anys	Indirecta
Lloc en que va sentir a parlar del mètode	Nominal	Altres professionals de la salut/ Revistes científiques/Articles de divulgació/ Conferències/ Blogs/ Per consulta del mares/Altres	Indirecta
Recomanació d'aquest mètode en el futur	Nominal	Si/No	Indirecta
Sentiment de capacitat per ensenyar BLW de forma correcte i resoldre dubtes	Nominal	Si/No	Indirecta
Tractament adequat mètodes introducció a l'alimentació complementària a les guies de salut	Nominal	Si/No	Indirecta

12.5. ANNEX 5: Qüestionari 1

L'objectiu de la realització d'aquest qüestionari és avaluar els coneixements sobre el mètode Baby-led Weaning, també conegut com a mètode d'introducció de l'alimentació complementària autoguiada per l'infant, dels pediatres i infermers/es de pediatria d'aquest centre d'atenció primària i de la resta de CAPs del Bages pertanyents a l'ICS.

Qualsevol informació proporcionada serà confidencial. Si-us-plau, contesti les preguntes d'acord amb les instruccions donades. Agraïm la seva col·laboració.

Identificació: _____ (inicials del nom +1r cognom + 2n cognom)

PART 1

1. Sexe:

Home.

Dona.

2. Data de naixement (DD/MM/AAAA) _____

3. Categoria laboral:

Pediatra.

Infermer/a de pediatria.

4. Any en què es va graduar? _____

5. EAP/ABS al que pertany?

EAP Artés

EAP Montserrat

EAP Navàs - Balsareny

EAP Plaça Catalunya

EAP Sallent

EAP Navarcles – St Fruitós-

Santpedor

EAP Cardona

EAP Sant Joan de Vilatorrada

EAP Sagrada Família

EAP Sant Vicenç de Castellet

EAP Súria

6. Ha sentit o llegit alguna vegada sobre el mètode Baby-Led Weaning (BLW) o introducció de l'alimentació complementària autoguiada per l'infant?

No, és la primera vegada.

Si.

Si la resposta a la pregunta anterior ha estat si, respon les següents preguntes. En el cas que la resposta hagi estat que no, passi directament a respondre la part 2 del qüestionari.

7. Quan vas sentir a parlar per primera vegada sobre aquest mètode? (aproximadament)

Fa menys d'un any

Entre 1-4 anys

Més de 4 anys

8. On has escoltat/llegit sobre aquest mètode alternatiu?

Altres professionals de la salut

Revistes científiques

Articles de divulgació

Conferències

Blogs

Per consulta de pares/mares

Altres: _____

9. Si algú et pregunta què és el Baby-led Weaning, com el descriuries?

PART 2:

Marqui amb una creueta a la casella que cregui corresponent, les següents preguntes sobre el mètode BLW:

- A: En desacord
B: No tinc suficients coneixements.
C: D'acord

	A	B	C
1. El BLW és un mètode segur i aplicable a partir dels 6 mesos d'edat tenint en compte el grau de desenvolupament psicomotor i cognitiu de l'infant.			
2. El BLW perllonga la lactància materna.			
3. Alimentar a l'infant duent a terme BLW no interfereix amb les preses de pit.			
4. Tot i haver iniciat l'alimentació complementària seguint el BLW, l'aliment principal durant el primer any de vida de l'infant ha de continuar sent la llet materna.			
5. Que l'infant mostri interès pels aliments que es troben sobre la taula durant els àpats en família és un indicador de que es podria iniciar el BLW.			
6. El BLW no té major risc d'asfíxia que el mètode tradicional.			
7. El BLW no provoca un dèficit nutricional en l'infant.			
8. Amb el BLW, l'infant ingereix l'energia necessària requerida a la seva edat.			
9. El BLW beneficia al nadó amb un bon control de la sensació de gana i sacietat.			
10. El BLW té el mèrit d'introduir un patró alimentari social i variat a una etapa primerenca.			
11. Amb el BLW hi ha una millor participació de l'infant en els àpats en família.			
12. En el BLW, la responsabilitat d'oferir aliments sans és dels pares, mentre que la d'escollir l'aliment i decidir la quantitat correspon al nen.			
13. Amb el BLW hi ha millor acceptació d'aliments amb diferents textures i sabors.			
14. El BLW pot ajudar a prevenir el desenvolupament de la obesitat.			
15. El BLW fomenta el desenvolupament psicomotor del nen.			
16. El BLW pot crear competitivitat entre mares respecte el desenvolupament del seu fill.			
17. El BLW incrementa l'ansietat dels pares en quant al creixement del seu fill.			
18. És un mètode brut i que genera molt desordre.			

19. Amb aquest mètode es desaprofiten i es llencen molts aliments a les escombraries.			
20. Aquest mètode limita a les famílies als llocs on poder menjar (ex: per avergonyiment no anar a restaurants o cases alienes)			

1. En les guies actuals d'alimentació en la primera infància es tracta de forma adequada tots els mètodes d'introducció de l'alimentació complementària.

No.

Si.

12.6. ANNEX 6: Qüestionari 2

L'objectiu de la realització d'aquest qüestionari és avaluar els coneixements sobre el mètode Baby-led Weaning, també conegut com a mètode d'introducció de l'alimentació complementària autoguiada per l'infant, dels pediatres i infermers/es de pediatria d'aquest centre d'atenció primària i de la resta de CAPs del Bages pertanyents a l'ICS.

Qualsevol informació proporcionada serà confidencial. Si-us-plau, contesti les preguntes d'acord amb les instruccions donades. Agraïm la seva col·laboració.

Identificació: _____ (inicials del nom +1r cognom + 2n cognom)

1. Sexe:

Home.

Dona.

2. Data de naixement (DD/MM/AAAA) _____

3. Categoria laboral:

Pediatra.

Infermer/a de pediatria.

4. Any en què es va graduar? _____

5. EAP/ABS al que pertany?

EAP Artés

EAP Montserrat

EAP Navàs - Balsareny

EAP Plaça Catalunya

EAP Sallent

EAP Navarcles – St Fruitós-
Santpedor

EAP Cardona

EAP Sant Joan de Vilatorrada

EAP Sagrada Família

EAP Sant Vicenç de Castellet

EAP Súria

PART 2:

Marqui amb una creueta a la casella que cregui corresponent, les següents preguntes sobre el mètode BLW:

- A: En desacord
B: No tinc suficients coneixements.
C: D'acord

	A	B	C
1. El BLW és un mètode segur i aplicable a partir dels 6 mesos d'edat tenint en compte el grau de desenvolupament psicomotor i cognitiu de l'infant.			
2. El BLW perllonga la lactància materna.			
3. Alimentar a l'infant duent a terme BLW no interfereix amb les preses de pit.			
4. Tot i haver iniciat l'alimentació complementària seguint el BLW, l'aliment principal durant el primer any de vida de l'infant ha de continuar sent la llet materna.			
5. Que l'infant mostri interès pels aliments que es troben sobre la taula durant els àpats en família és un indicador de que es podria iniciar el BLW.			
6. El BLW no té major risc d'asfíxia que el mètode tradicional.			
7. El BLW no provoca un dèficit nutricional en l'infant.			
8. Amb el BLW, l'infant ingereix l'energia necessària requerida a la seva edat.			
9. El BLW beneficia al nadó amb un bon control de la sensació de gana i sacietat.			
10. El BLW té el mèrit d'introduir un patró alimentari social i variat a una etapa primerenca.			
11. Amb el BLW hi ha una millor participació de l'infant en els àpats en família.			
12. En el BLW, la responsabilitat d'oferir aliments sans és dels pares, mentre que la d'escollir l'aliment i decidir la quantitat correspon al nen.			
13. Amb el BLW hi ha millor acceptació d'aliments amb diferents textures i sabors.			
14. El BLW pot ajudar a prevenir el desenvolupament de la obesitat.			
15. El BLW fomenta el desenvolupament psicomotor del nen.			
16. El BLW pot crear competitivitat entre mares respecte el desenvolupament del seu fill.			
17. El BLW incrementa l'ansietat dels pares en quant al creixement del seu fill.			
18. És un mètode brut i que genera molt desordre.			

19. Amb aquest mètode es desaprofiten i es llencen molts aliments a les escombraries.			
20. Aquest mètode limita a les famílies als llocs on poder menjar (ex: per avergonyiment no anar a restaurants o cases alienes)			

1. En les guies actuals d'alimentació en la primera infància es tracta de forma adequada tots els mètodes d'introducció de l'alimentació complementària.

No.

Si.

2. En un futur, creus que recomanaries el mètode BLW abans que el mètode tradicional?

No.

Si.

3. Creus que amb el material de suport podràs ensenyar a les famílies com realitzar el BLW de forma correcta i resoldre els seus dubtes?

No.

Si.

PART 3:

Valori les següents preguntes sobre la formació impartida segons el que cregui convenient:

- 0: Totalment en desacord
- 1: En desacord
- 2: Ni d'acord ni en desacord.
- 3: D'acord
- 4: Totalment d'acord

1. La xerrada ha ajudat a augmentar els meus coneixements sobre el tema/adquirir-ne de nous.	
2. La xerrada ha augmentat el meu interès pel mètode.	
3. La informació donada ha estat clara i precisa.	
4. La xerrada em pot ajudar a resoldre possibles dubtes en el futur.	
5. La formació proveeix tota la informació i ajuda necessàries per a	

poder explicar aquest mètode als futurs pacients.	
6. La formació ha estat a l'alçada de les meves expectatives.	
7. En les properes guies de salut d'alimentació en la primera infància hauria de sortir aquest mètode totalment desenvolupat.	
8. Estic satisfet/a amb aquesta formació.	

1. Considera que en les properes xerrades hauríem d'utilitzar el mateix material?

Si

No. Perquè?

12.7. ANNEX 7: Formulari sol·licitud dictamen comitè bioètica UVic-UCC

**COMITÈ D' ÈTICA DE RECERCA DE LA
UNIVERSITAT DE VIC - UNIVERSITAT CENTRAL DE CATALUNYA
FORMULARI DE SOL·LICITUD DE DICTAMEN**

Dades de l'Investigador/a Principal o Responsable:

Nom i Cognoms: IreneCasals Gavilan		DNI/NIE: 39390407 D
Departament: Ciències de la salut	Centre: Fundació Universitària de Manresa (FUB-UManresa)	
Càrrec: Estudiant d'Infermeria		
Telèfon: 658152369	*@irenecg@correu.fub.edu	*ORCID:
Grup de recerca: 1	Investigador principal del grup: 1	
Membres equip investigador: 2		

***Camps obligatoris**

Projecte:

Títol Projecte:	Els pares ofereixen, el nen escull: Baby-led Weaning.		
Durada: 7 mesos	Tesi Doctoral: SI	<input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
Convocatòria (1):	Any: 2018		
<i>(1) I+D, FIS, JA, Pla Propi, projecte UE, contracte directe amb empresa o similar, altres.</i>			
Entitat financeradora: <small>Generalitat de Catalunya, Departament de Salut de la província de Barcelona</small>	Finançament sol·licitat: 1.472,45€		
Idioma del dictamen:	<input checked="" type="checkbox"/> Català	<input type="checkbox"/> Castellà	<input type="checkbox"/> Anglès

Dades de l'Investigador/a Principal o Responsable:

Nom i Cognoms: Maialen Moreno Uharte		DNI/NIE: 45176141R
Departament: Ciències de la salut	Centre: Fundació Universitària de Manresa (FUB-UManresa)	
Càrrec: Estudiant d'Infermeria		
Telèfon: 652148963	*@maialenmu01@correu.fub.edu	*ORCID:
Grup de recerca: 1	Investigador principal del grup: 1	
Membres equip investigador: 2		

***Camps obligatoris**

Projecte:

Títol Projecte:	Els pares ofereixen, el nen escull: Baby-led Weaning		
Durada: 7 mesos	Tesi Doctoral: SI	<input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
Convocatòria (1):	Any: 2018		
<i>(1) I+D, FIS, JA, Pla Propi, projecte UE, contracte directe amb empresa o similar, altres.</i>			
Entitat financeradora: <small>Generalitat de Catalunya, Departament de Salut de la província de Barcelona</small>	Finançament sol·licitat: 1.472,45€		
Idioma del dictamen:	<input checked="" type="checkbox"/> Català	<input type="checkbox"/> Castellà	<input type="checkbox"/> Anglès

INFORMACIÓ SOBRE EL PROJECTE

1. Remetre el projecte complet en format pdf.¹
 2. Adjuntar un resum del projecte en format pdf d'un màxim de 2 pàgines amb lletra arial 10pt que inclogui els següents aspectes:
 - Antecedents, justificació, hipòtesis i objectius.
Descripció del disseny metodològic.(En cas de que no existeixin referències que avalin la metodologia, s'hauria d'incloure una descripció detallada del procediment experimental a seguir).
 - Experiència del grup d'investigació. Indicar fins a 5 referències bibliogràfiques² relacionades amb els antecedents del treball i el mètode, si escau, preferiblement del propi equip investigador.
 - Beneficis esperats.
 - Possibles efectes no desitjables o secundaris.
 - Explicar si existeix algun tipus de contraprestació i/o assegurança pels participants.
 - Aspectes ètics
- I, quan s'escaigui, els documents necessaris referents a:
- Permisos o altres informes de les institucions involucrades.
 - Informació sobre l'adequació de les instal·lacions i dels instruments requerits.
 - Consentiment informat i fulls d'informació als participants(adjuntar el model a emplenar).
 - Com es recull el dret explícit de la persona a retirar-se de l'estudi.
 - Autoritzacions o informes perceptius d'altres institucions col·laboradores en l'estudi.
 - Garanties de confidencialitat.

L'investigador/a principal confirma que aquest projecte compleix amb el *Codi Ètic* i amb el *Document de Bones Pràctiques en Recerca de la UVic-UCC* i garanteix que així serà durant tota la durada d'aquest.

Signatures

Noms i cognoms de l'IP

Vist- i- Plau del Responsable de Recerca del Centre o Director de Tesi si s'escau

Data: 16/02/2018

Enviar a la Secretaria del CER, cer@uvic-ucc.cat

Irene i Maialen

¹ En l'estat d'elaboració en el moment de presentar la sol·licitud.

² Cal fer ús de la guia d'estil APA o qualsevol altra normativa de citació bibliogràfica

12.8. ANNEX 8: Sol·licitud USR de la Catalunya Central

Al Responsable de la Unitat de Suport a la Recerca
Gerència Territorial Catalunya Central / Institut Català de la Salut
Departament de Salut / Generalitat de Catalunya.
C. Pica d'Estats, 13-15
08272 Sant Fruitós de Bages
Tel. 936930058

Benvolgut Sr. O Sra.,

Som dues alumnes de 4t d'infermeria de la Fundació Universitària del Bages. Actualment estem realitzant el nostre treball de recerca i, per aquest motiu ens adrecem a vostè per tal de sol·licitar permís per dur a terme la nostra prova pilot en els Centres d'Atenció Primària de la comarca del Bages.

El nostre projecte té com a objectiu principal: *Avaluar els coneixements dels infermers/es de pediatria i els pediatres dels centres d'atenció primària del Bages pertanyents a l'ICS, abans i un cop realitzada la formació sobre el Baby-led weaning.* El Baby-led Weaning és un mètode alternatiu d'introducció a l'alimentació complementària. Després de fer una recerca en diferents estudis hem pogut observar que aquest mètode té molts beneficis per a l'infant i, que actualment, a Catalunya, encara és en gran part desconegut. A més a més, molts pediatres, infermers/es i els departaments de salut no el recomanen, degut a l'escassa investigació científica i als pocs coneixements que en tenen. Per aquest motiu volem avaluar els coneixements abans i després de realitzar educació sobre el mètode, i veure també, si un cop ampliat aquests coneixements, el fa un mètode recomanable.

Aleshores, volem fer una prova pilot a l'àrea del Bages. Aquesta prova pilot consistirà en la realització d'un primer qüestionari per tal d'avaluar els coneixements dels pediatres i infermers de pediatria d'aquests centres. Posteriorment, realitzarem una xerrada de formació. Al finalitzar, passarem un segon qüestionari per tal de valorar si els coneixements dels pediatres i infermers han canviat.

Esperem que la nostra idea d'estudi sigui adequada per a la vostra institució i sigui del vostre interès. En aquest cas, agrairíem que us possessiu en contacte amb nosaltres per tal de facilitar-vos més informació de l'estudi, enviant un correu electrònic a les següents adreces: irenecg@correu.fub.edu i/o maialenmu01@correu.fub.edu

Manresa, 16 de febrer del 2016.

Atentament,
Irene Casals Gavilan i Maialen Moreno Uharte.

12.9. ANNEX 9: Consentiment informat

Full de consentiment informat

DNI:

Prova pilot als pediatres i infermers/es de pediatria sobre els coneixements de l'alimentació complementària autoguiada per l'infant (BLW).

Vostè és convidat a participar en l'estudi d'investigació que porta per títol: *Els pares ofereixen, el nen escull: Baby-led Weaning*.

Aquest document li aporta informació important i necessària sobre aquest estudi.

És necessari fer-li saber que les investigacions en persones es porten a terme sota els principis següent:

4. Formar part de l'estudi és completament voluntari. Això significa que no ha de participar si ho desitja.
5. Si decideix participar i en un futur canvia d'opinió, té dret a deixar l'estudi sense cap penalització.

2. Informació general sobre l'estudi i investigadors

2.1. Títol de l'estudi: Els pares ofereixen, el nen escull: Baby-led Weaning.

2.2. Institució que participa en l'estudi: ICS Catalunya Central

2.3. Nom de l'investigador/a principal d'aquest estudi: Irene Casals Gavilan i Maialen Moreno Uharte

3. Objectiu de l'estudi

- Avaluar els coneixements dels infermers/es de pediatria i els pediatres dels centres d'atenció primària del Bages pertanyents a l'ICS, abans i un cop realitzada la formació sobre el Baby-led weaning.
 - Realitzar educació per a millorar els coneixements que els infermers/es i pediatres dels Centres d'Atenció Primària del Bages pertanyents a l'ICS tenen.
 - Descriure els coneixements sobre BLW previ i post intervenció dels infermers/es de pediatria i els pediatres dels centres d'atenció primària del Bages pertanyents a l'ICS.
 - Esbrinar si els infermers/es de pediatria i els pediatres dels centres d'atenció primària del Bages pertanyents a l'ICS, un cop realitzada la formació, recomanarien aquest mètode en les seves consultes.
 - Identificar la relació entre el temps aproximat en que se sent a parlar del mètode BLW al Bages, i quines són les fonts d'informació més utilitzades pels infermers/es de pediatria i els pediatres dels centres d'atenció primària del Bages pertanyents a l'ICS, per a documentar-se.

4. Informació sobre els participants:

4.1. Qui pot participar en aquest estudi? els infermers/es de pediatria i els/les pediatres dels equips d'atenció primària del Bages pertanyents a l'ICS que tinguin un contracte entre els mesos de setembre i desembre del 2018.

5. Procediments de l'estudi

5.1. Quina classe de procediments se li realitzaran? Primerament, una vegada signat aquest consentiment informat es passarà un primer qüestionari per tal d'obtenir les variables del treball. Al cap de 3 setmanes, es començaran a realitzar les xerrades de formació en el mètode Baby-led Weaning, aquest període durarà 2 mesos (serà requerit dos dies d'una de les setmanes compreses entre els mesos d'octubre i

desembre d'enguany. Serà informat amb anticipació). Un cop finalitzada la segona sessió es passarà un segon i últim qüestionari tornant a avaluar les variables.

5.2. Quant temps és necessari per a realitzar aquest estudi? En total, l'estudi té una durada de 7 mesos, del qual vostè serà requerit 4h 30 minuts aproximadament distribuïts en 2 setmanes (30 minuts la primera setmana i 4 hores la segona).

6. Informacions sobre riscos i beneficis de l'estudi

6.1. Quins riscos corro si participo en aquest estudi? L'estudi no comporta cap risc per la salut ja que només consisteix en respondre dos qüestionaris i assistir a una xerrada de formació. Aquest estudi garanteix la confidencialitat de les dades.

6.2. Quins beneficis puc obtenir participant en aquest estudi? Poden altres persones beneficiar-se d'aquest estudi? Podrà assessorar de forma adequada a pares/familiars que vulguin seguir aquest mètode amb els seus bebès.

7. Confidencialitat de dades

Les dades de les persones recollides en el present estudi seran manejades per les investigadores principals. Aquestes dades estan sotmeses a la legislació vigent: *Ley Orgánica de Protección de Datos (LOPD) 15/1999, de 13 de diciembre* i *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*.

Els resultats es comunicaran en els mitjans habituals de difusió científica, incloent presentacions orals o en format pòster en Congressos, Jornades o altres reunions d'interès científic; publicacions tècniques i altres mitjans de divulgació professional, salvaguardant sempre la intimitat de la persona, tant pel que fa a les dades com a les imatges que s'obtinguin.

Si necessita més informació sobre aquest estudi, pot contactar amb les investigadores responsables, *Irene Casals Gavilan* i *Maialen Moreno Uharte* al centre *Fundació Universitària del Bages*, Tel. 938745689. Se li recorda que la seva participació en l'estudi és totalment voluntària.

8.Document de consentiment

Amb la present declaro que he estat informat de:

- Els objectius de l'estudi
- La metodologia de l'estudi
- Les conclusions, publicacions i qualsevol divulgació de l'estudi es farà amb dades anònimes.

Que he llegit i comprès la informació anterior. He sigut informat i entenc que les dades obtingudes en l'estudi poden ser publicades o difoses amb finalitat científica.

Per tant, accepto voluntàriament participar en l'estudi i rebré una còpia firmada i datada d'aquest consentiment.

Signatura del participant:

Nom i cognoms del participant:

Data:

12.10. Annex 10: Presentació en PowerPoint

ELS PARES OFEREIXEN, EL NEN ESCULL.

BABY-LED WEANING

Irene Casals Gavilan
Maialen Moreno Uharte
Prova pilot

- Al 2008, Gill Rapley (matrona i infermera pediàtrica) va descriure un mètode alternatiu a la alimentació tradicional:
 - Consisteix en proporcionar aliments sòlids i deixar que el nen decideixi quan està preparat per apropar-los a la boca i menjar-los.

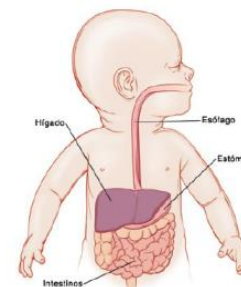


PRESENTACIÓ

- 2 primers anys de vida → un període fonamental en el desenvolupament físic, psíquic i social del nen.
- OMS, AEP, ect. recomanen iniciar la lactància materna (LM) a la 1^a hora de vida i mantenir-la exclusiva fins als 6 mesos.
 - A partir d'aquí, seguir la LM fins als 2 anys, com a mínim, completada amb aliments innocus.



- Al voltant dels 6 mesos han assolit un grau de maduresa suficient:
 - Maduració digestiva: és suficient per digerir la major part dels midons, proteïnes i greix de la dieta no làctia.



- **Maduració renal:** les capacitats de concentració i excreció de sodi, fosfat i hidrogenions són majors que en el naixement.



- **Maduració immune:** l'exposició a nous antígens i canvis en la flora digestiva repercuteix en l'equilibri immunològic intestinal.



- < 12m, oferir els nous aliments després o entre preses de llet per no crear ansietat en el lactant que té excessiva gana.
- >1a, oferir els aliments sòlids abans del pit, i assegurar-se que no existeix un dèficit nutricional que condicioni una disminució de la gana.
- Exposar de forma repetida als nous aliments (mínim 10 intens).
 - Els aliments rebutjats poden ser acceptats posteriorment.



CONSIDERACIONS PRINCIPALS



- Els aliments han de complir uns requisits:
 - **Ser oportuns:** necessitats d'energia i nutrients > nutrients de la LM o de fórmula (LF).
 - **Ser adequats:** que proporcionen energia, proteïnes i micronutrients suficients.
 - **Ser innocus:** preparar i guardar-los de forma higiènica, i donar-los amb les mans i utensilis nets.
 - **Donar de forma adequada:** atenent a les senyals de gana i sacietat del nen.

BENEFICIS

- Més durada de la lactància materna.
- Introducció més tardana de l'alimentació complementària.
- Millor participació en els àpats familiars.
- Rol més actiu del nen.
- Promoció d'hàbits saludables en edats primerenques i fomentar el desenvolupament psicomotriu.



PRINCIPALS PREOCUPACIONS

- Risc d'asfíxia: Els nadons BLW no tenen més probabilitat d'asfíxia que els que realitzen el mètode tradicional.
- Deficiència de ferro: s'aconseja oferir aliments rics en ferro des del primer moment.



- Ingesta inadequada d'energia:
 - Entre els 6-8 mesos l'alimentació complementària ha de satisfer una cinquena part de l'aportació total d'energia, i entre 9-11 mesos ascendir a la meitat.
 - Els aliments del BLW contenen una elevada densitat de nutrients; sembla que menja menys però està assolint els requisits nutricionals necessaris.



INCONVENIENTS

- Pot comportar aspectes negatius en els progenitors, i indirectament al nadó:
 - Es poden tornar més competitius amb el progrés del seu fill.
 - Augment de l'ansietat amb el creixement del fill.



- Mètode brut, al principi es desaprofiten molts aliments.
- Genera molt desordre. Quan millora la coordinació, menys desordre i brutícia.



- Al principi, provoca impaciència=àpats interminables.
- Alguns àpats familiars inapropiats per al infant.
Manca informació en les guies d'alimentació actuals.



CASOS PRÀCTICS

CAS 1:

Nadó de 6 mesos, que fins ara ha fet lactància materna exclusiva. La mare fa 2 setmanes que ha començat a donar-li purés de fruita, però comenta que no vol obrir la boca i, que quan aconsegueix introduir-li la cullera, li escup tot el puré ja que no li agrada.

- Què faries en aquest cas?

CAS 2:

Acut un pare a la consulta i comenta que a casa segueixen el mètode BLW amb el nadó. Fins ara tot anava molt bé, però just quan han començat a introduir verdures i carn, acaben tot els àpats amb plors desesperats, però quan li donen el pit, es calma i s'adorm. Creuen que pot ser degut a que té molta gana i son.

Ens demana quan la dona li ha de donar el pit, si abans o després dels àpats.

- Què li explicaries?

CAS 3:

Acut una mare amb una nena de 6 mesos prematura (34SG) i de baix pes. Encara no es manté asseguda i comença a subjectar bé els objectes i a portar-los a la boca.

Té un altre fill de 2 anys i mig amb el que va realitzar BLW des de que tenia 5 mesos i mig.

Ens demana si pot iniciar ja el mètode BLW?

- Què li responderies?

CAS 4

Acut un pare d'un bebé de 7 mesos amb el que fan BLW. Ens pregunta si pot menjar el mateix que ells, és a dir, aliments fregits o condimentats. En el cas que no es pugui, li agradaria saber com li ha de donar la carn, si en trossos grans per a que els pugui xuclar, o en trossos petits per a que no s'ennuegui.

- Què diries en aquest cas?

