

## REVISIÓN

# Alimentación complementaria dirigida por el bebé («baby-led weaning»). ¿Es una aproximación válida a la introducción de nuevos alimentos en el lactante?

J.M. Moreno Villares<sup>1</sup>, M.J. Galiano Segovia<sup>2</sup>, J. Dalmau Serra<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Pediatra. Unidad de Nutrición Clínica. Hospital Universitario «12 de Octubre». Madrid. <sup>2</sup>Pediatra. Centro de Salud «María Montessori». Leganés (Madrid). <sup>3</sup>Pediatra. Unidad de Nutrición y Metabolopatías. Hospital Universitario «La Fe». Valencia

## Resumen

Tradicionalmente, la introducción de la alimentación complementaria pasa por un periodo de alimentación triturada, hasta que el lactante adquiere las habilidades para tomar comida en trocitos. En la práctica, el momento de la introducción de alimentos no triturados se ha ido retrasando, lo que ha llevado a una mayor frecuencia de problemas en la alimentación en esa edad.

La alimentación complementaria guiada por el bebé (*baby-led weaning*) se basa en que sea el propio lactante quien se alimenta llevándose la comida a la boca, en vez de ser alimentado con una cuchara por un adulto. En esta práctica, el lactante se incorpora pronto a la comida familiar y comparte su menú, manteniendo la lactancia materna. Algunos estudios observacionales de pequeño tamaño sugieren que esta técnica favorece los patrones de alimentación, aunque no se ha podido demostrar si se plasma en efectos beneficiosos para la salud. Su difusión surge a raíz de la recomendación de la Organización Mundial de la Salud de retrasar la introducción de la alimentación complementaria hasta los 6 meses, en un momento en que el lactante ha alcanzado hitos importantes en su desarrollo, lo que haría posible que se alimentara por sí mismo. Algunos de los aspectos contenidos en esta filosofía serían válidos para la mayoría de los lactantes, aunque es difícil aceptarlo en su radicalidad (oposición a las comidas con cuchara).

Las principales dudas que se plantean respecto a esta técnica son saber si el lactante recibe suficiente variedad de nutrientes y en una cuantía suficiente (p. ej., el hierro), si existe riesgo de atragantamiento y si la técnica es aplicable en todos los niños.

A fecha de hoy, parece importante que los pediatras conozcamos en qué consiste esta técnica de alimentación y podamos responder a las preguntas de los padres sobre su eficacia y seguridad.

©2013 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

## Palabras clave

Lactante, alimentación complementaria, lactancia materna, atragantamiento

## Abstract

*Title:* Baby-led weaning, a valid approach to complementary feeding?

Usually complementary feedings include, at least temporarily, pureed foods or spoon foods until infant is able to grasp food and feed herself. In daily practice time for chewable foods has delayed is this a cause of eating problems in late infancy.

Baby-led weaning (BLW) is an alternative approach for introducing complementary foods that emphasises infant self-feeding rather than adult spoon-feeding. In this way infants early joins family meals and share familial menu. Some small observational studies suggest that this approach enhances eating patterns, although benefits for health are still to be probed. Its diffusion is according to the recommendations from the WHO to delay complementary feedings till 6 months of age. Many of the considerations of these philosophy could be applied to most infants, although it is difficult to agree in some radical aspects (opposition to pureed foods).

Main unanswered questions are: do infants following BLW obtain sufficient nutrients, including energy and iron? Are iron deficiency, choking and growth faltering real concerns for those following BLW approach? Is the technique suitable for all infants?

Up to date, it seems important that pediatricians know about BLW approach, its benefits and risks.

©2013 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

## Keywords

Infant, complementary feeding, breastfeeding, choking

## Introducción

Algunos aspectos relacionados con la introducción de la alimentación complementaria (AC) han sido objeto de reciente revisión. En las últimas décadas se han producido dos fenómenos interesantes: por una parte, se ha intentado flexibilizar el consejo alimentario para los lactantes y, por otra, se ha procurado basar esas recomendaciones en datos científicos cuando los hubiere. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la lactancia materna exclusiva en los 6 primeros meses de vida<sup>1</sup>. A esta recomendación se han adherido un gran número de sociedades científicas pediátricas nacionales (Asociación Española de Pediatría y Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, entre otras) e internacionales. Sin embargo, todavía pocas familias esperan a los 6 meses para comenzar a introducir alimentos distintos de la leche<sup>2</sup>. Disponemos de escasos datos en nuestro país: Santamaría, en una encuesta a 997 madres de niños españoles realizada en 2005, encontró que la media de edad de introducción de la AC fue de  $4,4 \pm 2,2$  meses (<http://www.tdx.cat/handle/1083/242>, consultado el 8 de marzo de 2013).

La cronología de introducción de los distintos alimentos que constituyen la AC tiene más que ver con tradiciones culturales y con la disponibilidad de alimentos que con razones fisiológicas o hitos del desarrollo.

Forma parte también de la tradición considerar que existe un periodo crítico para la introducción de alimentos no homogeneizados y que, superado éste, podía condicionar la presencia de dificultades a la hora de avanzar en texturas y aptitudes masticatorias. Ese periodo ventana se sitúa en torno a los 7 meses de edad. Coulthard et al., en un estudio realizado en 7.821 madres que formaban parte del Avon Longitudinal Study of Parents and Children, encontraron que los niños en quienes se introdujeron los alimentos grumosos (*lumpy* o *chewy*) en la dieta después de los 9 meses comían una variedad menor de frutas y verduras a la edad de 7 años y presentaban una frecuencia mayor de problemas de alimentación a esa edad<sup>3</sup>.

En los últimos años se ha desarrollado un movimiento, conocido como *baby-led weaning* (BLW), que propone como alternativa a la alimentación con cuchara (alimentos triturados, purés, tarritos comerciales) el uso de alimentos en su forma natural, que el lactante se lleva a la boca<sup>4,5</sup>.

Existen pocos datos sobre la seguridad y la eficacia de esta técnica de alimentación, por lo que consideramos de interés para el pediatra revisar sus fundamentos, beneficios y riesgos.

## Desarrollo madurativo del lactante relacionado con la alimentación

El primitivo reflejo de prensión de los primeros 2-3 meses desaparece antes de que empiece la prensión voluntaria. A las 4 semanas, los recién nacidos todavía suelen tener las manos cerradas, pero a las 12 semanas casi siempre están abiertas.

En esta fase se puede observar que el niño mira el objeto como si quisiera cogerlo. Cogerá un objeto si se le coloca en la mano. A las 16 semanas bate palmas jugando y se quita la ropa. Intenta alcanzar un objeto, pero sobrepasa sus posibilidades. A las 20 semanas coge un objeto voluntariamente.

Cuando alcanza la sedestación, el niño aumenta la movilidad y desarrolla nuevas habilidades para explorar el mundo a su alrededor. Los lactantes de 6-12 meses muestran avances en la comprensión cognitiva y la comunicación, y aparecen nuevas tensiones alrededor de temas de conexión y separación.

En cuanto al desarrollo cognitivo, el lactante de 6 meses ha descubierto sus manos y pronto aprenderá a manipular objetos. Al principio, el niño se lo lleva todo a la boca. Con el paso del tiempo, coge los nuevos objetos, los inspecciona, los pasa de una mano a otra, los entrechoca, los deja caer y luego se los lleva a la boca.

Su pinza tiene que pasar varias etapas, desde la pinza ulnar a la radial, y después a la elaborada (con el índice y el pulgar) en los últimos 3 meses del primer año. Entre las 40 y las 50 semanas es capaz de coger un objeto entre los pulpejos de los dedos y el pulgar. La madurez de la pinza también se valora por la rapidez con la que deja caer los objetos (si se le caen con frecuencia, es poco probable que sea una pinza elaborada). Al principio es atáxico y sobrepasa los objetos, pero pronto es capaz de cogerlos con precisión.

A los 4-5 meses, los niños aproximan los labios al borde de una taza y pueden alimentarse más rápidamente que con un biberón. La masticación también se inicia alrededor de los 6 meses, y pueden comer una galleta.

Pueden comer solos desde los 9-10 meses, aunque el uso de la cuchara se adquiere, como media, a los 15 meses. Primero, el niño mete los dedos en la comida, y vierte mucha, de forma accidental o deliberada. En el estudio de Carruth et al., realizado con anterioridad al cambio en la recomendación de la OMS sobre la duración de la lactancia materna exclusiva<sup>6,7</sup>, el porcentaje de niños capaces de sujetar la comida con la mano fue del 68% a los 4-6 meses, del 85% a los 6-7 meses, y del 96% a los 7-8 meses. A los 2,5-3 años manejan el tenedor y el cuchillo<sup>6</sup>.

Los niños desarrollan la capacidad de masticar antes de que tengan la posibilidad de mantener la comida en la boca o de empujarla hacia atrás para deglutirla<sup>8</sup>. Alrededor de los 6 meses, los lactantes desarrollan un movimiento masticatorio que, junto con su capacidad de permanecer sentados por sí solos, promueve la deglución de trozos de comida mayores y más espesos<sup>9</sup>.

El desarrollo de preferencias por los alimentos se fundamenta, sobre todo, en la exposición repetida a los alimentos nuevos, con el fin de superar la neofobia, o rechazo a los alimentos nuevos, propia de los omnívoros, entre ellos el ser humano. Se necesitan entre 5 y 10 exposiciones a un nuevo alimento para que se aumente su apetencia hacia él. Las oportunidades repe-

tidas de oler o ver nuevos alimentos favorecen también su aceptación. Sólo cuando el lactante aprende que la comida es segura y no le causa enfermedad se reduce ese rechazo inicial. Una excelente revisión de cómo se adquieren las preferencias por los alimentos se puede encontrar en el estudio de Birch<sup>10</sup>.

## ¿Qué es la alimentación dirigida por el bebé (BLW)?

La filosofía del BLW propone que, cuando se introduzca la AC, debe favorecerse que el niño se autoalimente, en oposición a los purés clásicos, administrados con cuchara.

Este movimiento surge con fuerza en el Reino Unido y Nueva Zelanda en los últimos años, y preconiza el uso de alimentos para comer con los dedos (*finger foods*). Los propulsores de esta técnica consideran que el uso de alimentos triturados y el empleo de una cuchara es una forma inadecuada y poco fisiológica de introducir los alimentos en la dieta del lactante.

El fundamento de este consejo se basa en que, mientras que a los 4 meses (momento en que previamente se sugería la introducción de la AC) un lactante es incapaz de comer por sí solo, después de los 6 meses su desarrollo neurológico le permite hacerlo y, por tanto, no precisaría modificaciones importantes en la textura ni que alguien le diese de comer. Como la adquisición de habilidades para comer solo en cantidades suficientes no se alcanza hasta los 8 meses, la cobertura de esas necesidades se realizaría con la lactancia materna.

Permitir que los lactantes mayores de 6 meses puedan llevarse algunos alimentos a la boca no es una novedad, y muchas sociedades pediátricas ya los contemplan en sus recomendaciones sobre la introducción de la AC. Lo que realmente marca la diferencia—su radicalidad— es que el BLW sólo considera la alimentación que el niño pueda llevarse a la boca, señalando como obsoletos los alimentos triturados o el empleo de la cuchara. En general, se les ofrece a los lactantes trozos de comida entera con un tamaño y una forma que les permita cogerlos y llevárselos a la boca (generalmente formas alargadas y estrechas). Los padres deciden qué ofrecer, y el niño cuánto y a qué ritmo. Muchos de los alimentos que formarían parte del BLW son los mismos que se introducen actualmente en la AC: fruta, verduras, carne, queso, pan, pescado... Pero algunos de ellos no, y son casi proscritos, como es el caso de los cereales.

Tampoco es la única de las tendencias relacionadas con la introducción de la AC que pretenden dotar de mayor naturalidad a la alimentación. Una de ellas es la administración de alimentos premasticados, práctica frecuente en la historia de la humanidad pero desaparecida de Occidente hace más de un siglo. Sin embargo, se emplea en algunas sociedades más pobres y ha contribuido, y todavía lo hace, a favorecer que los lactantes reciban una nutrición adecuada. De hecho, en un tercio de razas en el mundo la premasticación es todavía una práctica habitual<sup>11</sup>. En Estados Unidos, el 14% de los cuidadores, principalmente en la población afroamericana, premasti-



Figura 1. Entrada a uno de los portales sobre «baby-led weaning»

caban alimentos para sus bebés. La Academia Americana de Pediatría alertó del riesgo de transmisión de infecciones a los lactantes con esta práctica, en especial del virus de la inmunodeficiencia humana<sup>12,13</sup>.

## ¿Cuándo podría comenzarse esta práctica?

Existen pocos estudios publicados sobre BLW, generalmente en muestras pequeñas y muy seleccionadas, aunque ha alcanzado una gran notoriedad, sobre todo en algunos foros y blogs en internet (figura 1). A ello ha contribuido el término elegido para esta técnica o, más bien, esta filosofía de cómo alimentar al lactante y su alineación con la práctica de una lactancia materna prolongada y sin restricciones. Otro aspecto que es causa de confusión es si sólo se entiende por BLW la práctica de no usar la cuchara (los alimentos que se administran con ella), o si los niños pueden consumir un mínimo porcentaje con ella (<10%, según sugieren Brown y Lee<sup>14</sup>) o si se puede hablar de ella con una perspectiva más amplia.

Una cuestión clave es saber cuántos niños pueden llevar a cabo este empeño (comer por sí solos) desde los 6 meses de edad. Según los datos obtenidos por Wright et al. del estudio Gateshead Millennium<sup>15</sup>, sobre 602 lactantes, sólo el 56% de ellos habían sido capaces de comer algún alimento por sí solos, mientras que el 6% no lo había conseguido a los 8 meses. Los lactantes que no consiguieron llevarse algún alimento a la boca a los 6 meses tenían menos probabilidades de caminar sin ayuda al año, en comparación con los que lo consiguieron (el 38 frente al 54%;  $p < 0,001$ ). En general, ese primer alimento era pan o galletas. De las 604 encuestas respondidas por los padres se dedujo que a la edad de 8 meses todos, excepto 58 (9,6%), usaban algún alimento para comer con los dedos (*finger foods*) al menos una vez al día, pero sólo 309 (51%) lo hacían varias veces al día. Es probable que, aunque el BLW sea posible en una gran mayoría de niños, pueda ocasionar problemas nutricionales en niños con algún retraso relativo en su desarrollo.

## ¿Es seguro que tomen alimentos por sí solos a partir de los 6 meses de edad?

Disponemos de pocos estudios realizados sobre esta práctica, y se recogen en la revisión de Cameron et al.<sup>16</sup>. Se trata de una población de madres muy seleccionada y que puede no ser representativa de la población. En la revisión citada se encontró que la mayoría de madres que siguen el BLW dan el pecho a sus hijos, han cursado más años de estudios y con menos probabilidad se reincorporan al trabajo antes de los 12 meses después del parto.

En una encuesta realizada a familias de niños que habían seguido esta técnica de alimentación, en el 57% de los casos el BLW no implicaba cambios en el menú familiar habitual, lo que podría suponer que se ofrezca a los niños alimentos demasiado ricos en sodio<sup>17</sup>. Algunos autores han sugerido que esta forma de alimentación ocasiona menos ansiedad en las madres, es menos restrictiva y ejerce menor presión sobre el niño<sup>18</sup>.

Cuando se compara la actitud de las madres y la de los profesionales respecto a la técnica, se observan diferencias notables. Para los profesionales, las ventajas de esta aproximación radicarían en disminuir la presión sobre los niños y en hacer los momentos de la comida familiar más agradables; también significaría potenciar la autorregulación y el control del apetito por el propio niño, y mejoraría sus habilidades para la masticación y la deglución. Junto a estas ventajas potenciales también se encontrarían algunos motivos de preocupación, sobre todo la posibilidad de atragantamientos, pero también que la cantidad de comida no sea suficiente y repercuta en el crecimiento del niño, y la posibilidad de que los aportes de hierro sean insuficientes. A algunos profesionales les preocupa que, si no existe una oferta variada, el BLW conlleve la toma de un número reducido de alimentos que limite a la larga la variedad de una dieta equilibrada.

Para las madres entrevistadas que practicaron el BLW predominaban los aspectos positivos, entre los que destacan su capacidad de responder adecuadamente a las claves de hambre y saciedad, y poder compartir la comida familiar. Aunque la mayoría de ellas (19 de una muestra de 20) reconocía algún episodio de dificultad con algún trozo (*gagging*), lo consideraban como parte natural del aprendizaje de comer y manejar texturas nuevas. También muchas de las madres reconocían que la hora de la comida era un verdadero lío, y muchas veces ignoraban si el niño estaba jugando con ella o comiendo<sup>19</sup>.

## ¿Qué enseñanzas podemos extraer de la introducción temprana de alimentos enteros en la alimentación del lactante?

Una alimentación basada sólo en alimentos triturados y en papillas exige, sin duda, una participación menos activa por parte

del lactante, y pasa a depender más del cuidador que del propio niño. Si el cuidador es poco permisivo —o muy intrusivo—, optará por hacer que el niño termine el plato. En muchas ocasiones esto significa ir más allá de lo que el niño necesita («más allá de su saciedad»). Una de las consecuencias de esta práctica es un exceso de aporte calórico y/o proteico. Parece haber una relación directa entre una ingesta proteica más elevada en el periodo de lactante y una ganancia de peso mayor. Numerosos estudios epidemiológicos han encontrado una asociación entre la ganancia de peso durante el periodo de lactante, la infancia y la adolescencia y el desarrollo de obesidad y síndrome metabólico en la edad adulta<sup>20,21</sup>.

Se ha observado que obligar a comer o el excesivo intrusismo sobre la comida de los niños en los 2 primeros años se asocia a una mayor adiposidad<sup>22</sup>.

La transición de la alimentación láctea a la comida familiar que se produce en el primer año de vida se fundamenta en el nuevo diálogo que se establece entre el lactante y su cuidador. No existe un único patrón. En algunas ocasiones, esta relación se consolida rápidamente y permanece estable, mientras que en otros es más variable<sup>23</sup>. Sin embargo, la mayoría de interacciones (díada cuidador-niño) tienden a autoorganizarse y a estabilizarse de una forma consensuada<sup>24</sup>. Cuanto más activa es la participación del lactante, más satisfactoria es la relación. Que un niño pueda dirigir el acto de comer o, al menos, participar activamente llevándose la comida a la boca, facilita la adecuada estabilización de esta relación.

Hemos podido observar en los últimos años un aumento en el número de padres que experimentan dificultades en la transición desde la alimentación láctea a la AC. En muchas ocasiones se ha debido al retraso en la introducción de alimentos sólidos con el temor de no conseguir que los niños comieran una cantidad determinada de alimentos, o por malinterpretar las dificultades que pueden experimentar los niños al manejar comida en trozos. La rigidez en el consejo alimentario para el lactante ha podido contribuir a estas dificultades. También otros consejos encaminados a prevenir riesgos de aspiración (p. ej., la advertencia de señalar que determinados objetos puedan contener piezas pequeñas, no autorizados en menores 3 años) se han trasladado a los alimentos, en especial aquellos que se puedan fraccionar en trozos pequeños (p. ej., manzana, salchichas).

Una apuesta decidida por favorecer antes la autonomía del lactante en su alimentación o su participación más activa puede contribuir a normalizar esa situación. En esta línea, algunos de los aspectos contenidos en el BLW son bienvenidos. Convertirlo en una alternativa excluyente a la alimentación con cuchara llevaría a las mismas rigideces y problemas que encontramos con el consejo contrario. La escasez de estudios y el pequeño tamaño muestral de los ya publicados nos lleva a ser cautelosos a la hora de modificar pautas de alimentación bien establecidas. Se precisan más datos que permitan garantizar la eficacia y la seguridad de esta técnica de alimentación. Asimismo, no hay datos sobre cómo influiría el tipo de lactancia en el éxito del BLW.

Podemos resumir las cuestiones todavía abiertas de la siguiente manera:

- ¿Es un patrón excluyente o permite tomar cierta cantidad de alimentos con cuchara?
- ¿Recibe el niño suficiente cantidad de nutrientes, como hierro? ¿Toma una mayor variedad de alimentos?
- ¿Ayuda a la prevención de la obesidad por la vía de la autorregulación?
- La deficiencia en hierro, los atragantamientos y el fallo de medro ¿son verdaderas preocupaciones en el BLW?

## Conclusiones

Aunque la técnica del BLW sigue siendo casi una desconocida en España, la rapidez de su instauración en países próximos y la inmediatez de la transmisión de la información hacen necesario que los pediatras dispongamos de conocimientos sobre esta práctica, sus posibilidades y sus riesgos. En general, pocos son partidarios radicales del BLW, aunque sí de la filosofía que subyace en esta técnica: hacer que el lactante participe más activamente en su alimentación, quitar presión a la comida y conseguir que participe antes en la comida familiar. Sin embargo, decidir cuándo un lactante puede ser capaz de comer por sí solo sin riesgos de aspiración debe ser una decisión individualizada, y dependerá de la capacidad de cada niño en concreto y de las habilidades que haya adquirido. ■

## Bibliografía

1. World Health Organization. Report of the expert consultation on the optimal duration of exclusive breastfeeding. Department of Nutrition for Health and Development. Ginebra: WHO, 2002.
2. Bolling K, Grant C, Hamlyn B, Thornston A. Infant feeding 2005. Londres: NHS Information Centre for Health and Social Care, 2007.
3. Coulthard H, Harris G, Emmett P. Delayed introduction of lumpy foods to children during the complementary feeding period affects child's food acceptance and feeding at 7 years of age. *Matern Child Nutr.* 2009; 5: 75-85.
4. Rapley G, Murkett T. *Baby-Led Weaning*. Londres: Vermilion, 2008.
5. Rapley G. Baby-Led Weaning: transicioning to solid foods at the baby's own pace. *Community Pract.* 2011; 84: 20-23.
6. Illingworth RS. *Desarrollo del lactante y el niño*. Madrid: Churchill Livingstone, 1992.
7. Carruth BR, Ziegler PJ, Gordon A, Hendricks K. Developmental milestones and self-feeding behaviours in infants and toddlers. *J Am Diet Assoc.* 2004; 104: 51S-59S.
8. Naylor A, Morrow A. Developmental readiness of normal full term infants to progress from exclusive breastfeeding to the introduction of complementary foods: reviews of the relevant literature concerning infant immunologic, gastrointestinal oral motor and maternal reproductive and lactational development. Washington, DC: Wellstart International, LINKAGES Project Academy for Educational Development, 2001.
9. Pridham KF. Feeding behaviour of 6- to 12-month-old infants: assessment and sources of parenteral information. *J Pediatr.* 1990; 117(2 Pt 2): 174S-180S.
10. Birch LL. Development of food preferences. *Annu Rev Nutr.* 1999; 19: 41-62.
11. Pelto GH, Zhang Y, Habicht JP. Premastication: the second arm of infant and young child feeding for health and survival? *Matern Child Nutr.* 2010; 6: 4-18.
12. Gaur AH, Domínguez KL, Kalish ML, Rivera-Hernández D, Donohoe M, Brooks JT, et al. Practice of feeding premasticated food to infants: a potential risk factor for HIV transmission. *Pediatrics.* 2009; 124: 658-666.
13. Maritz ER, Kidd M, Cotton MF. Premasticating food for weaning African infants: a possible vehicle for transmission of HIV. *Pediatrics.* 2011; 128: e579-90.
14. Brown A, Lee M. A descriptive study investigating the use and nature of Baby-Led Weaning in a UK sample of mothers. *Matern Child Nutr.* 2011; 7: 34-47.
15. 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.
16. Cameron SL, Heath ALM, Taylor RW. How feasible is Baby-Led Weaning as an approach to infant feeding? A review of the evidence. *Nutrients.* 2012; 4: 1.575-1.609.
17. Rowan H, Harris C. Baby-led weaning and the family diet. A pilot study. *Appetite.* 2012; 58: 1.046-1.049.
18. Brown A, Lee M. Maternal control of child feeding during the weaning period: differences between mothers following a baby-led or standard weaning approach. *Matern Child Health J.* 2011; 15: 1.265-1.271.
19. Cameron SL, Heath ALM, Taylor RW. Healthcare professionals' and mothers' knowledge of, attitudes to and experiences with, Baby-Led Weaning: a content analysis study. *BMJ Open.* 2012; 2: e001542.
20. Kahlan SC. Optimal protein intake in healthy infants. *Am J Clin Nutr.* 2009; 89: 1.719-1.720.
21. Ong KK, Loos RJF. Rapid infancy weight gain and subsequent obesity: systematic reviews and hopeful suggestions. *Acta Paediatr.* 2006; 95: 904-908.
22. Lumeng JC, Ozbeki TN, Appugliese DP, Kaciroti N, Corwyn RF, Bradley RH. Observed assertive and intrusive maternal feeding behaviors increase child adiposity. *Am J Clin Nutr.* 2012; 95: 640-647.
23. Van Dijk M, Hunnius S, Van Geert P. Variability in eating behaviour throughout the weaning period. *Appetite.* 2009; 52: 766-770.
24. Van Dijk M, Hunnius S, Van Geert P. The dynamics of feeding during the introduction to solid food. *Infant Behav Dev.* 2012; 35: 226-239.