

El consejo dietético en Atención Primaria dirigido a la prevención de la obesidad infantil



A. Martínez Rubio¹, Grupo PrevInfad²

¹Pediatra. CS de Camas. Sevilla. España.

²J. García Aguado; M. Merino Moína; C. R. Pallás Alonso; J. Mengual Gil; F. J. Sánchez Ruiz-Cabello; F. J. Soriano Faura; J. Colomer Revuelta; O. Cortés Rico; M. J. Esparza Olcina; J. Galbe Sánchez-Ventura; A. Martínez Rubio.

RESUMEN

El consejo dietético (CD) es una herramienta para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. En apariencia es sencilla de utilizar, pero su eficacia depende de numerosos factores, como la oportunidad y la adecuación al cliente. Al igual que otros tratamientos, debe dosificarse “con arte”. Por esto, en relación con la obesidad infantil, el tipo de recomendación debe adecuarse a la situación concreta del paciente (su edad, si tiene o no patología asociada, etc.), pero especialmente a su momento evolutivo, ya que sabemos que en cada etapa predomina la influencia de diferentes conductas o factores de riesgo.

PUNTOS CLAVE

- El CD debe proporcionarse en los momentos más oportunos, con lenguaje claro, y contenidos concretos y específicos para cada paciente.
- Es útil que se acompañe de instrumentos de refuerzo.
- Debe comenzarse en la etapa prenatal, momento en que las madres son muy receptivas.
- La lactancia materna debe promoverse desde antes de nazca el bebé.
- La alimentación complementaria ha de introducirse con alimentos naturales, propios de la familia, mejor que con alimentos industriales.

- La familia debe aprender a distinguir y respetar las señales de saciedad del bebé.
- En cada edad, las raciones deben ser proporcionadas al tamaño y actividad física de los menores.
- Conviene conocer los riesgos más frecuentes en las diferentes edades.
- El consejo sobre actividad física debe acompañar siempre al CD.

INTRODUCCIÓN

Desde antiguo, una de las tareas de los profesionales de la Medicina consistía en realizar recomendaciones sobre la dieta, palabra que tradicionalmente tenía un significado más amplio que en la actualidad, pues abarcaba no solo los aspectos alimentarios, sino todo el régimen de vida y hábitos, y por tanto incluía la actividad física.

La formación pregrado en Medicina, sin embargo, centrada en el aprendizaje de las múltiples y variadas patologías, la indicación e interpretación de las técnicas diagnósticas, así como en los muy diversos tipos de terapias farmacológicas y quirúrgicas, dedica escasos esfuerzos al conocimiento de la salud, de los procesos naturales, al desarrollo de habilidades de comunicación y al aprendizaje de técnicas de promoción de la salud.

La aparición de la actual epidemia de obesidad (OB) y sobrepeso (SP) entre la población de todas las edades, tanto en países desarrollados como en los que se encuentran en transición, ha obligado a analizar los facto-

res involucrados en este fenómeno. Son muchos y variados, abarcando desde los genes a la complejidad de los sistemas macroeconómicos y políticos.

Dentro de los relacionados con los estilos de vida, los cambios en la forma de alimentación en las sociedades actuales y el grado de actividad física de las personas se consideran factores cruciales, que han cambiado de forma lenta e inexorable pero que al mismo tiempo son aspectos modificables, de cara a revertir la epidemia.

Las consultas de Atención Primaria (AP) son un excelente enclave para proporcionar consejos dirigidos a la prevención de las enfermedades crónicas, que incluyen la OB, pero también otras como la diabetes tipo 2, los procesos cardiovasculares o algunos tipos de cáncer.

El formato más habitual es el consejo unidireccional, cara a cara, con cada paciente, adecuándolo a su necesidad concreta. Sin embargo, resulta más coste-efectiva la realización de intervenciones grupales, tanto en el entorno sanitario como en otros (escuelas, grupos de pacientes...). En la actualidad también se experimentan otras formas de intervención educativa, como es el consejo entre pares y las nuevas tecnologías de comunicación.

¿QUÉ ES EL CONSEJO DIETÉTICO?

Es el conjunto de actividades dirigidas a proporcionar información relacionada con los estilos de vida a pacientes y familias, que tienen como objetivos la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y, en ocasiones, la recuperación de alguna de ellas.

¿ES EFECTIVO EL CONSEJO DIETÉTICO?

Existen controversias sobre la efectividad de las actividades de consejo en AP. Por una parte, se trata de actividades que tradicionalmente se vienen realizando en las consultas, y de las que se asume que se deben continuar haciendo, tanto más cuanto no parecen tener contraindicaciones. Sin embargo, en el momento actual, en el que se busca la máxima eficiencia con unos recursos que sabemos son limitados, conviene analizar la efectividad de esta tarea.

No obstante, resulta difícil analizarlo, ya que el consejo proporcionado por el profesional sanitario no es la única influencia en las conductas; detectar cambios en los

resultados en salud puede demorarse mucho tiempo o estar influenciado por el estado de salud de los sujetos; el cambio en los conocimientos no siempre se convierte en cambio de las conductas y, además, puede existir mucha variabilidad entre distintos profesionales a la hora de dar consejos sobre el mismo tema.

Se ha observado que no parece tener importancia el perfil profesional de la persona que ofrece el CD; puede ser un médico, un pediatra, un enfermero, un endocrinólogo, un dietista... Pero un factor que tiene gran peso es la oportunidad. Es decir, que el consejo tiene más probabilidades de conducir a mejores hábitos si el paciente tiene algún motivo para querer cambiar, como es en el caso de padecer una enfermedad, con el consiguiente deseo de superarla¹.

CONDICIONES PARA MEJORAR LA EFICIENCIA DEL CONSEJO DIETÉTICO

Podrían resumirse en que debe ser diseñado de forma específica para el receptor, teniendo en cuenta su situación concreta de salud, su edad, su nivel intelectual y/o de desarrollo y sus condiciones de vida, pero también sus creencias, valores y necesidades percibidas.

Vamos a analizar algunos de esos aspectos:

- **Oportunidad:** hay momentos en que las personas son más receptivas a los consejos. Por ejemplo, cuando se les acaba de diagnosticar una enfermedad. En la etapa pediátrica, los progenitores son muy receptivos en el primer año de vida del bebé. También las gestantes atienden y obedecen a un gran número de recomendaciones sobre su estilo de vida durante el embarazo.
- **Contenido:** por una parte debe ser breve, ya que una larga serie de recomendaciones se olvida más fácilmente que tres o cuatro frases. Conviene que se antepongan los aspectos más importantes, destacándolos en primer lugar.
- **Claridad:** necesaria para que el mensaje sea comprendido, debe huirse del lenguaje técnico, utilizar frases cortas y poner ejemplos. Puede ser interesante disponer en ese momento de algún soporte físico: la imagen de un libro, un vídeo o una diapositiva explicativa.
- **Especificidad:** aspecto este relacionado con el primero, es decir, que el consejo debe ser adecuado al

momento evolutivo, a la necesidad concreta y a los conocimientos de la persona. También se ha de tener en cuenta sus condicionantes: nivel académico, pertenecer a un grupo de riesgo, etc.

- **Con refuerzos:** será más fácil de recordar si se entrega además por escrito en algún folleto o bien pegatinas, imanes, tarjetones... También se pueden utilizar otras formas de recordatorios (por ejemplo, llamadas telefónicas, mensajes de texto o correos electrónicos).
- **En positivo:** es más efectivo destacar los aspectos beneficiosos de la conducta propuesta, en lugar de hacer prohibiciones o amenazas en relación con la contraria. Por ejemplo, es mejor decir *“Bebe agua, ¡qué rica, fresquita! ¡Qué bien quita la sed!”*, en lugar de decir *“Los zumos envasados son peligrosos, pueden producir caries y dentro de 30 años ¡hasta diabetes llegarás a tener!”*. Las prohibiciones funcionan como acicates ocultos y las amenazas son a tan largo plazo que no se perciben como reales, o bien se niegan de forma inconsciente.
- **Integrales e integradores** para toda la familia: es conveniente que sean dirigidos a toda la familia. Los progenitores siempre son y deben ser modelos de conducta para los menores de casa.

Además, es crucial cuidar aspectos de la comunicación tan esenciales como:

- El **respeto:** se debe evitar la actitud paternalista (yo soy el que sabe) y centrarse en la persona receptora. Hay que indagar en sus conocimientos y preguntar creencias. Para ello, una estrategia recomendable es pedir permiso para abordar un tema cuando se perciben señales de interés. Por ejemplo, *“Veo que Andrés ha ganado mucho peso este último año. ¿Creen que es buen momento para hablar sobre ello?”*.
- El **interés genuino por el otro:** escuchar sus opiniones, averiguar los conocimientos que ya tiene sobre el tema o sobre la cantidad de información que desea. Hay que comprobar, de vez en cuando, que comprende las explicaciones dadas o si desea aclaraciones.

Todos estos aspectos se desarrollan más ampliamente en textos que explican el enfoque de la entrevista motivacional^{2,3}.

PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD INFANTIL Y CONSEJO DIETÉTICO

Entre los numerosos factores que influyen en la ganancia de peso excesivo en la infancia, conviene distinguir aquellos que son modificables de los que no lo son.

Por el momento, no es factible una terapia genética ni tampoco está en las manos de los profesionales sanitarios promulgar leyes que regulen la publicidad y venta de algunos productos.

Aunque es posible participar en otros foros y contribuir a que se pueda ir cambiando el entorno obesogénico de nuestra sociedad, asesorando a las Administraciones, divulgando conocimientos, etc., nuestra actividad cotidiana es la de prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades en un entorno clínico.

Parece que una gran mayoría de profesionales sanitarios prefiere continuar con el formato habitual de dar los consejos en la consulta a cada paciente en concreto. Sin embargo, otros están explorando continuamente nuevos encuadres: el trabajo grupal, como en los cursos de educación prenatal, con grupos de pacientes u otros; intervenciones multicomponentes en la escuela o la comunidad; así como los formatos que proporcionan las nuevas tecnologías de la comunicación: escribir un *blog*, participar en las redes sociales, desarrollar vídeos, etc.

Lo habitual es proporcionar CD en las revisiones del programa de salud infantil⁴, pero pueden surgir oportunidades claras cuando la familia consulta por algún motivo relacionado: caries, dudas sobre si la ganancia de peso es adecuada o excesiva, inapetencia percibida, estreñimiento...

Es importante conocer cuáles son los aspectos que más influyen en el desarrollo de la obesidad en cada etapa de la vida para que el CD sea oportuno y breve y, de ese modo, por una lado, se ahorra tiempo y esfuerzo y, por otro, posiblemente puedan obtenerse mejores resultados.

ETAPA PRENATAL

Los factores prenatales que parecen estar involucrados en el futuro desarrollo de la OB y que deben ser abordados son:

- La obesidad preexistente en alguno de los progenitores o en ambos⁵.

- La nutrición fetal antenatal. Sabemos que tanto el peso bajo para la edad gestacional como el peso elevado se asocian con mayor riesgo de OB. En el caso de la desnutrición intrauterina, sobre todo si se sigue de un incremento rápido del peso, hay más probabilidad de que además el paciente desarrolle síndrome metabólico⁶.
- La lactancia materna. Y esto es importante abordarlo en esta etapa, puesto que la decisión de amamantar se toma durante el embarazo.

Recomendaciones para el consejo dietético en esta etapa

- La madre debe hacer una alimentación sana y variada. A mayor variedad de alimentos, más posibilidades de que se incluyan todos los micronutrientes esenciales.
- Poner énfasis en los alimentos de origen vegetal, ricos en vitaminas y fibra.
- Evitar la ganancia excesiva de peso en la gestación.
- Reducir o evitar alimentos dulces.
- Fomentar el agua como la bebida de elección.
- Informar sobre los beneficios de la lactancia materna. Aclarar dudas y temores. El mensaje debe dejar claro que dar el pecho es fácil, agradable y sano para la madre y para el bebé.
- Conviene realizar actividad física a diario. Como mínimo caminar durante una hora.

EL PRIMER AÑO DE VIDA

En este periodo de la vida, hay dos factores que parecen estar involucrados en el origen de la OB en las etapas futuras: la lactancia artificial y la ganancia rápida de peso^{7,8}.

La alimentación al pecho es y debe ser el modelo natural y deseable. En general se acepta que contribuye a prevenir la obesidad porque tiene una composición diferente, con menor proporción de proteínas, y porque permite la autorregulación. Aunque recientemente se ha puesto en duda tal valor preventivo^{9,10}, los beneficios de la lactancia materna para la salud de madre e hijo a corto, medio y largo plazo siguen justificando que deba ser fomentada de forma clara.

En general se observa que los bebés amamantados engordan más lentamente que los que toman fórmula

artificial (FA). Y así debe ser. Sin embargo, a menudo se toman decisiones para cambiar la alimentación de los bebés basándose en cuánto peso ganan. Se introducen biberones de FA o se comienza a dar otros alimentos, sin tener en cuenta que la lactancia materna a demanda asegura el crecimiento, pero evita la sobrealimentación.

Las gráficas de crecimiento desarrolladas por la Organización Mundial de la Salud para bebés amamantados¹¹ deben ser el patrón para decidir si los bebés se desarrollan dentro de la normalidad. Debe evitarse cuidadosamente la referencia a los percentiles, ya que es un parámetro de tipo estadístico y no de salud.

La introducción precoz de la alimentación complementaria también contribuye a la ganancia rápida de peso^{12,13}. Es difícil saber cuál de todos sus aspectos son los responsables: si algún tipo concreto de alimentos, la cantidad o la frecuencia, o bien la forma de alimentar, respondiendo o no a las señales de saciedad del bebé, lo que puede favorecer la sobrealimentación.

Recomendaciones para el consejo dietético en esta etapa

- Fomentar, reforzar y apoyar la lactancia materna. Esto implica la necesidad de resolver las dificultades, mitos y dudas que pueden aparecer. Se deben ofrecer recursos específicos para ello, como el contacto con personal con formación específica como la de Consultora de Lactancia Certificada (*International Board Certified Lactation Consultant* o IBCLC) o a los grupos de apoyo locales.
- Ofrecer alternativas al destete con la introducción paulatina de la alimentación complementaria respetando la lactancia materna, teniendo en cuenta la maduración y habilidades del bebé y dejando que él mismo tome iniciativas (*baby-led weaning*)^{14,15}, tanto para tomar alimentos como para regular la cantidad que ingiere.
- Favorecer el acceso temprano a alimentos normales propios de la familia y de la cultura, evitando los que son finamente homogeneizados o endulzados, ya que también pueden favorecer una mayor ingesta.
- Estimular las habilidades del bebé relacionadas con la alimentación: beber de un vaso, comer de una cuchara, manipular alimentos con manos y dedos, roer y masticar tan pronto como el bebé demuestre interés¹⁶.

- Señalar la conveniencia de respetar las señales de saciedad del bebé (deja de comer, gira la cabeza, escupe la comida).

DEL PRIMER AL TERCER CUMPLEAÑOS

En esta etapa influyen muchos factores, a los cuales es difícil asignar la parte de responsabilidad en el desarrollo de hábitos que más adelante pueden conducir a la obesidad. Sobre ellos hay menos estudios, pues son difíciles de cuantificar y existen numerosos factores de confusión.

La persistencia de formas de alimentación inmaduras (biberones, triturados) favorece la ingestión de más cantidad de alimento y limita la capacidad de autorregulación del propio niño. Las familias que continúan con esos hábitos pueden hacerlo por varias razones: falta de consejo anticipatorio, expectativas poco realistas sobre cuánto y cómo debe comer un niño de esta edad; la presión de la industria alimentaria (tamaño de los envases y biberones, tablas de recomendaciones).

Existen muchas formas de sobrealimentar a un niño que, por su edad (la etapa de inapetencia fisiológica de los dos años), no desea comer más: darle biberones cuando está dormido, darle alimentos dulces, meterle cucharadas en la boca mientras juega o está distraído, ofrecer lácteos endulzados de postre... Las personas que lo hacen pretenden hacer un bien al pequeño y van guiadas por sus ideas educativas o las expectativas acerca de su propio rol en la alimentación.

La alimentación infantil a menudo se realiza en un contexto distinto del natural (la mesa familiar), con alimentos distintos de los que su familia come (alimentos industriales), de forma coercitiva (una persona enfrente del niño que limita su autonomía). Se convierte en una obligación, en vez de ser una actividad placentera y natural.

Todos estos aspectos favorecen una ganancia de peso que suele pasar desapercibida (incluso es vivida como algo deseable por la familia). Este *catch up* rápido en la curva de peso en esta etapa es un factor de riesgo⁸.

Recomendaciones para el consejo dietético en esta etapa

- Fomentar que el menor participe en la mesa familiar a partir de los 12 meses. Allí podrá acceder a los

alimentos naturales, recibiendo ayuda y ejemplo en un clima más relajado.

- Abandonar cuanto antes los biberones y los purés. Permitir una autonomía progresiva.
- Ofrecer siempre alimentos saludables en porciones pequeñas.
- Dar más importancia a la variedad de alimentos y a la autonomía en la alimentación que a las cantidades.
- Evitar los alimentos y bebidas endulzados, las golosinas y los dulces.
- Respetar las señales de saciedad.
- Estimular el juego activo espontáneo como forma natural de desarrollar actividad física, adquirir habilidades y aprendizajes.

ETAPA PREESCOLAR (3-5 AÑOS)

Además de algunos aspectos comentados en el apartado anterior, en esta etapa solemos encontrar niños con dietas monótonas, pues sus preferencias se han ido decantando. Con frecuencia predominan en ella los lácteos y farináceos en detrimento de las hortalizas, lo que posiblemente supone un balance energético positivo.

La afición por los sabores dulces incluye las bebidas que sus familias les ofrecen, pensando que son buenos sustitutos de otros alimentos (de la fruta, de la leche).

Recomendaciones para el consejo dietético en esta etapa

- Destacar que importa más la variedad que la cantidad de alimentos ingeridos. Así se asegura que el menor recibe todos los micronutrientes.
- El tamaño de las porciones debe ser proporcional al del estómago del niño y a su actividad.
- Fomentar el consumo diario de frutas y verduras.
- Destacar la importancia de beber agua y desmitificar a las bebidas dulces, analizando su composición.
- Todas las comidas del día deben ser saludables, inclusive aquellos alimentos que se toman entre horas.
- Restringir al máximo las golosinas y los dulces, que nunca deben ser usados como recompensa.
- Fomentar actividad física, tanto en la vida cotidiana como de forma planificada, durante al menos una hora al día.

ETAPA ESCOLAR (6-10 AÑOS)

Algunos estudios ya clásicos, como el EnKid, hablan de la importancia del desayuno en la prevención de la obesidad infantil¹⁷; sin embargo, también es un tema sobre el que no se ha comprobado una correlación directa, ya que están en juego otros factores de confusión, como la calidad del resto de la dieta¹⁰. Pero efectivamente en esta etapa el desayuno parece ir perdiendo importancia, debido a las prisas, los horarios y las propias costumbres de los progenitores.

La mayoría de las familias conceden una excesiva autonomía al menor para elegir el menú. Eso afianza hábitos que pueden no ser saludables.

Recomendaciones para el consejo dietético en esta etapa

Además de las de la etapa anterior⁸:

- Fomentar un desayuno en familia, variado, que incluya varios grupos de alimentos (lácteos, cereales, frutas, etc.).
- Favorecer la comida en familia y evitar discusiones durante su desarrollo.
- Fomentar la participación de los menores en las tareas relacionadas con la alimentación: compra, preparación, elección, vajilla, etc.
- El tamaño de las porciones debe ser proporcional al del estómago del niño y a su actividad.
- Evitar almacenar en el hogar alimentos de alto contenido en calorías, grasas y/o azúcares.
- Comidas variadas siguiendo las pautas de la dieta mediterránea. Los alimentos vegetales deben ser los predominantes.
- Utilizar leche y lácteos desnatados.
- Cuidar la cantidad y el tipo de grasa que se usa para comer y cocinar (aceite, margarina, nata, cremas, salsas...).
- Fomentar la participación en deportes que permitan la actividad aeróbica junto con el desarrollo de fuerza, flexibilidad y resistencia, de forma habitual.

ADOLESCENCIA (DE LOS 11 A LOS 16 AÑOS)

En esta etapa, los jóvenes gozan de mucha autonomía para elegir su dieta. Esto se debe a varios motivos: a veces porque sus horarios no coinciden con las comidas fami-

liares; porque disponen de dinero para adquirir alimentos o comer fuera de casa y además se guían por la influencia de modas, publicidad o el comportamiento de los pares. En esta etapa se consideran normales tanto la baja percepción de los riesgos como la dificultad para pensar en consecuencias para la salud a largo plazo. Por tanto, es habitual detectar patrones alimentarios poco saludables e incluso caóticos.

Los horarios de estudio y sueño influyen en que, con la edad, aumente el porcentaje de jóvenes que omiten el desayuno. Es habitual que adquieran y consuman sobre la marcha alimentos ya preparados, los cuales a menudo reúnen alguno de los siguientes factores de riesgo: contener excesiva proporción de grasas, azúcares o calorías; consistir en alimentos industriales, que a menudo contienen grasas poco saludables; ser porciones de tamaño grande; ser ingeridas mientras se realiza otra actividad.

En la adolescencia es habitual un bajo consumo de frutas y verduras, mientras que es bastante alto el de bebidas dulces (zumos, batidos, refrescos, bebidas para deportistas)¹⁸.

En esta edad se añaden otros dos importantes riesgos nutricionales: el deseo de hacer dieta para adelgazar debido a la insatisfacción con la propia imagen y a la presión de las modas, que afecta de forma predominante a las chicas, aunque no en exclusiva, y el inicio del consumo de alcohol que, por una parte, aporta energía y, por otra, contribuye a empeorar el patrón alimentario habitual.

Recomendaciones para el consejo dietético en esta etapa

- Resaltar la importancia del desayuno. Fomentar que sea variado e incluya varios grupos de alimentos (lácteos, cereales, frutas, etc.). Sugerir trucos para facilitar su preparación. Comentar su importancia para el rendimiento académico y el control del peso.
- Intentar que hagan en casa y en familia el mayor número posible de comidas del día. Ajustar horarios. Crear ambiente agradable de conversación. Distribuir responsabilidades.
- Destacar las ventajas del agua frente a otras bebidas.
- Enseñarles a elegir y preparar alimentos saludables.
- Explicar los riesgos del consumo de alcohol.
- Asesorar a quienes desean adelgazar para que lo hagan sin riesgos. Desmitificar modas, valorar el

índice de masa corporal, proponer dietas saludables y equilibradas, destacar que la actividad física contribuye a equilibrar el peso y mejorar la forma, señalar los riesgos de las dietas o productos “milagro”, así como de otras prácticas utilizadas para regular el peso (vómitos, laxantes...).

- Reforzar el valor de la actividad física vigorosa, realizada de forma regular, para mantener la salud y la forma física, destacando sus aspectos lúdicos y relacionales. Esto es esencial en ambos sexos, pero especialmente en las chicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Thompson RL, Summerbell CD, Hooper L, Higgins JPT, Little P, Talbot D, *et al.* Dietary advice given by a dietitian versus other health professional or self-help resources to reduce blood cholesterol. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 3 [en línea]. Disponible en: <http://bit.ly/12StMsa>
2. Barnes AJ, Gold MA. Promoting healthy behaviors in pediatrics: Motivational interviewing. *Pediatr Rev.* 2012;33(9):e57-68.
3. Gold MA, Kokotailo PK. Motivational Interviewing strategies to facilitate adolescent behavior change. *American Academy of Pediatrics. Section on Adolescent Health.* 2007;20(1):1-10.
4. Duelo Marcos M, Escribano Ceruelo E, Fernández Rodríguez M, Hijano Bandera F, Martínez Rubio A, Soriano Faura J. Programa de salud infantil. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Madrid: Exlibris Ediciones S.L.; 2009.
5. Patel R, Martin RM, Kramer MS, Oken E, Bogdanovich N, Matush L, *et al.* Familial associations of adiposity: findings from a cross-sectional study of 12,181 parental-offspring trios from Belarus. *PloS one.* 2011;6(1):e14607 [en línea]. Disponible en: <http://1.usa.gov/13Ektee>
6. Baird J, Fisher D, Lucas P, Kleijnen J, Roberts H, Law C. Being big or growing fast: systematic review of size and growth in infancy and later obesity. *BMJ (Clinical research ed.)*. 2005;331(7522):929 [en línea]. Disponible en: <http://1.usa.gov/13EkmG4>
7. Mhrshahi S, Battistutta D, Magarey A, Daniels LA. Determinants of rapid weight gain during infancy: baseline results from the NOURISH randomised controlled trial. *BMC pediatrics. BioMed Central Ltd.* 2011;11(1):99 [en línea]. Disponible en: <http://1.usa.gov/ZtTouP>
8. Lama More RA, Alonso Franch M, Gil-Campos M, Leis Trabazo R, Martínez Suárez V, Morais López A, *et al.* Obesidad Infantil. Recomendaciones Asociación Española de Pediatría Parte I. Prevención. Detección precoz. *Ann Pediatr (Barc)*. 2006;65(6):607-15 [en línea]. Disponible en: <http://bit.ly/NIMvOD>
9. Gillman MW. Commentary: breastfeeding and obesity—the 2011 Scorecard. *International Journal of Epidemiology.* 2011;40(3):681-4 [en línea]. disponible en: <http://1.usa.gov/10LWzAH>
10. Casazza K, Fontaine KR, Astrup A, Birch LL, Brown AW, Bohan Brown MM, *et al.* Myths, presumptions, and facts about obesity. *N Engl J Med.* 2013;368(5):446-54.
11. De Onis M (Coord) and the WHO Multicentre Growth Reference Study Group. WHO child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development. 2006 [en línea]. Disponible en: http://www.who.int/childgrowth/standards/Technical_report.pdf
12. Burdette HL, Whitaker RC, Hall WC, Daniels SR. Breastfeeding, introduction of complementary foods, and adiposity at 5 y of age. *Am J Clin Nutr.* 2006;83(3):550-8 [en línea]. Disponible en: <http://bit.ly/10LWGw5>
13. Huh SY, Rifas-Shiman SL, Taveras EM, Oken E, Gillman MW. Timing of solid food introduction and risk of obesity in preschool-aged children. *Pediatrics.* 2011;127(3):e544-51 [en línea]. Disponible en: <http://1.usa.gov/14C1bul>
14. Townsend E, Pitchford NJ. Baby knows best? The impact of weaning style on food preferences and body mass index in early childhood in a case-controlled sample. *BMJ.* 2012;2(1):e000298 [en línea]. Disponible en: <http://bit.ly/13EkZJk>
15. Cameron SL, Heath A-LM, Taylor RW. How feasible is baby-led weaning as an approach to infant feeding? A review of the evidence. *Nutrients.* 2012;4:1575-609 [en línea]. Disponible en <http://1.usa.gov/ZceslM>
16. Daniels LA, Magarey A, Battistutta D, Nicholson JM, Farrell A, Davidson G, *et al.* The NOURISH randomised control trial: positive feeding practices and food preferences in early childhood - a primary prevention program for childhood obesity. *BMC public health.* 2009;9:387 [en línea]. Disponible en: <http://1.usa.gov/11O9WNE>
17. Serra Majem L, Ribas Barba L, Aranceta Bartrina J, Pérez Rodrigo C, Saavedra Santana P, Peña Quintana L. Obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del Estudio enKid (1998-2000). *Med Clin.* 2003;121(19):725-32.
18. Curie C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, De Looz M, Roberts C, *et al.* Social determinants of health and well-being among young people. WHO National force for Europe. Health policies for children and adolescents N° 5;2010 [en línea]. Disponible en: <http://bit.ly/ZQ79na>