

Alimentación complementaria

Ana Bertha Pérez Lizaur*

Departamento de Salud, Universidad Iberoamericana, México, D.F.

Resumen

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), la alimentación complementaria (AC) es el proceso que comienza cuando la leche humana es insuficiente para cubrir las necesidades nutrimentales de un lactante y requiere de otros alimentos y líquidos. La AC depende de factores socioeconómicos, fisiológicos, nutricios y psicológicos. La maduración de los sistemas neuromuscular, gastrointestinal y renal influye en el éxito de la AC. Los reflejos y habilidades que en un niño con desarrollo normal se pueden esperar y la consistencia de los alimentos que se pueden ofrecer permiten, por un lado, facilitar la ingestión del alimento, y por otro, que los niños ejerciten los reflejos para acrecentar la maduración neuromuscular. La OMS recomienda promover la lactancia exclusiva hasta los 6 meses de edad, ya que hay varios beneficios para la madre y el niño; en México, la NOM-043-SSA2-2005 la promueve a partir de los 6 meses. El orden de introducción no es definitivo, la literatura actual muestra diferentes patrones de introducción de acuerdo con las necesidades del niño y su ambiente socioeconómico y cultural. Los cuidadores seleccionan los alimentos, modelan y establecen reglas de alimentación. Los factores ambientales actúan modelando sus preferencias y comportamientos alimentarios.

PALABRAS CLAVE: Alimentación complementaria.

Abstract

According to PAHO and WHO, supplementary feeding is the process that begins when human milk is insufficient to meet the nutritional needs of an infant and requires other foods and liquids. The decision to begin complementary feeding depends on socio-economic, physiological, nutritional and psychological factors. The maturation of the neuromuscular, gastrointestinal and renal system influences the chances of success of supplementary feeding. Reflexes and skills in a child with normal development can be expected and the consistency of foods can provide a way to, on one hand allow the ingestion of food and the other to allow the children to exercise their reflexes to enhance neuromuscular maturation. WHO recommends exclusive breastfeeding promotion to six months, as there are several benefits to mother and child; in Mexico, the NOM-043-SSA2-2005 promotes complementary feeding from 6 months. It should be noted that the order of introduction is not definitive and that the literature shows different patterns of input according to the needs of children and their socio-economic and cultural environment. Parents and caregivers select and buy food, model, and establish rules of behavior at home related to food. Evidence suggest that environmental factors acting at an early stage of development of small modeling preferences and eating behaviors.

KEY WORDS: Complementary feeding.

Correspondencia:

*Ana Bertha Pérez Lizaur NC
Departamento de Salud
Universidad Iberoamericana
Prolongación Paseo de la Reforma, 880
Col. Lomas de Santa Fe. C.P. 01219, México, D.F.
E-mail: anabertha.perez@uia.mx

Introducción

La nutrición es fundamental durante todas las etapas de la vida del ser humano, y para el recién nacido hasta los 2 años es primordial para el desarrollo de su potencial tanto físico como intelectual. Varios estudios¹ muestran que la alimentación entre el nacimiento y los 2 años de edad es crucial para mantener las reservas adecuadas de hierro, para el desarrollo neurológico y para un adecuado crecimiento del niño. Asimismo, es difícil revertir las deficiencias de energía, proteínas, vitaminas y nutrimentos inorgánicos que se presentan durante los primeros 24 meses de edad.

Los efectos adversos de la desnutrición, como consecuencia de una alimentación inadecuada e insuficiente en esta etapa de la vida, aumentan la morbilidad y mortalidad y afectan al desarrollo mental y motor del niño. A largo plazo persisten tales efectos que provocan un deficiente rendimiento intelectual, pobre capacidad de trabajo, afectación en la salud reproductiva y favorecen la presencia de enfermedades crónicas degenerativas en la edad adulta². Por ello, vale la pena capacitar a la madre y/o cuidadores del niño en buenas prácticas de nutrición y alimentación y en el cuidado de la salud del niño en esta etapa temprana de su vida.

De acuerdo con la OPS y la OMS³, la AC se define como el proceso que comienza cuando la leche humana ya no es suficiente para cubrir las necesidades nutrimentales de un lactante y, por lo tanto, requiere de otros alimentos y líquidos además de la leche. Los límites de edad óptima para ofrecer AC son entre 6-12 meses.

El término «ablactación» ha dejado de utilizarse, ya que en estricto sentido significa el cese de la lactancia, y no es ése el objetivo que se busca para nutrir al niño, sino lo que se busca es introducir los alimentos sólidos y otros líquidos para complementar la lactancia materna.

En la tabla 1 se puede observar la disminución de la energía proveniente de la leche humana entre los 6-9 meses y el aumento de la energía proveniente de la AC en los niños.

La decisión para iniciar la AC depende de factores:

- Socioeconómicos.
- Fisiológicos.
- Nutricios.
- Psicológicos.

Los determinantes socioeconómicos para iniciar la AC se pueden clasificar como se muestra en la tabla 2.

Tabla 1. Promedio de ingestión de ELH y de alimentos complementarios

Energía	ELH media 6-9 meses	ELH media 9-11 meses
Requerimiento total de energía (kcal/día)	769	858
ELH (kcal/día)	413	379
Energía requerida de alimentos complementarios (kcal/día)	356	479

ELH: energía de la leche humana.
Capacidad gástrica asumida (30 g/kg peso de referencia) de: 249 g/comida a los 6-8 meses, y 285 g/comida a los 9-11 meses.
Adaptada de Dewey²².

Tabla 2. Determinantes socioeconómicos para iniciar la AC

- Nivel regional y nacional
 - Leyes laborales
 - Prácticas corporativas de las empresas
 - Disturbios civiles
 - Desastres naturales
- Nivel comunitario
 - Prácticas religiosas y culturales
 - Situación rural o urbana
 - Servicios para el cuidado del niño
 - Derechos laborales
- Nivel doméstico
 - Ingresos de la familia
 - Autonomía de la madre o cuidador
 - Composición familiar y cuidadores alternos (abuelos, otros familiares, centros de desarrollo infantil)
- Nivel de la madre o cuidador del niño
 - Estado nutricional y de salud
 - Participación laboral
 - Educación
 - Factores psicosociales

AC: alimentación complementaria.

Los determinantes fisiológicos deben ser considerados por el personal de salud para definir el mejor momento para iniciar la AC. La maduración de los sistemas neuromuscular, gastrointestinal y renal influye en las posibilidades de éxito de la AC. El sistema neuromuscular influye de manera importante tanto en la decisión de iniciar la AC como en el progreso de la misma. En la tabla 3 se pueden observar los reflejos y habilidades que en un niño con desarrollo normal se pueden esperar y la consistencia de los alimentos que se pueden ofrecer para, por un lado, facilitar la ingestión del alimento, y por otro, permitir al niño

Tabla 3. Desarrollo neurológico de niños de los 0 a los 24 meses de edad y su relación con el consumo de los alimentos

Edad (meses)	Reflejos y habilidades	Tipo de alimento que puede consumir
0-6	Succionar y tragar	Líquidos
4-7	Apariencia de estar comiendo Fuerza de succión Movimiento del reflejo nauseoso del medio a 1/3 de la lengua	Purés Galletas Cereales tostados
7-12	Sopeo de la cuchara con los labios Mordisquear Masticación Movimientos de la lengua y de la comida a los dientes	Papillas Picados Trozos pequeños que puede tomar con la mano (< 0.5 cm)
12-24	Movimientos rotatorios de masticación Estabilidad de la mandíbula	Alimentación familiar

Adaptado de Stevenson, et al.²³.

ejercitar los reflejos para acrecentar la maduración neuromuscular.

Si se ofrecen alimentos con consistencia inapropiada, es posible que el niño no logre consumir suficiente cantidad de alimento o tarde demasiado tiempo en terminarlo. Northstone, et al.⁴ reportan algunas pruebas que sugieren que existe una «ventana crítica» de tiempo para introducir alimentos sólidos «grumosos»; si éstos no se introducen antes de los 10 meses, es posible que aumente el riesgo de dificultades durante la alimentación en el futuro. Por ello, aunque dar alimentos semisólidos ahorre el tiempo para

alimentar al niño, se recomienda aumentar la consistencia de los alimentos gradualmente como se sugiere en la tabla 4.

Las funciones gastrointestinales se modifican durante el primer año de vida, en especial la concentración intraintestinal de las enzimas pancreáticas como la amilasa, lipasa y tripsina, que al inicio de la vida se encuentran en cantidades escasas, y a lo largo de los meses aumenta su concentración en el intestino delgado⁵. Incluso, se reporta escasa producción de bilis en bebés pequeños y el aumento en la concentración de la misma en el transcurso del primer año. Sin embargo, las concentraciones enzimáticas parecen no tener importancia en la digestión de los alimentos, ya que los cereales cocidos se absorben casi en su totalidad y la flora bacteriana es capaz de metabolizar los hidratos de carbono a ácidos grasos de cadena corta que son fácilmente absorbidos en el colon. La absorción de vitaminas y nutrimentos inorgánicos en niños sanos parece no tener ningún problema, si los alimentos tienen una adecuada densidad nutrimental y no existen infecciones u otros factores que interfieran con la absorción.

El sistema renal en niños sanos y nacidos a término está prácticamente desarrollado al nacimiento, o bien se madura rápidamente en poco tiempo. Por ello, la carga de solutos en los alimentos utilizados durante la AC después de los 6 meses no tiene mayor importancia; en especial, en niños amamantados, ya que la concentración de proteínas y electrólitos de la leche humana es baja. Se sugiere prestar cuidado en ambientes muy cálidos y húmedos, o bien en presencia

Tabla 4. Sugerencia de introducción de AC

Edad	Alimento
6-7 meses	Colados de verduras cocidas, en especial una amarilla o anaranjada, diariamente, y 2-3/semana una de color verde intenso Purés de frutas, en especial una amarilla o anaranjada, diariamente Cereales cocidos (arroz, avena, maíz), adicionados con hierro, cinc
7-9 meses	Leguminosas cocidas y molidas Pollo, pavo, res
9-10 meses	Tortilla, pan, galletas
11-12 meses	Incorporación a la dieta familiar

AC: alimentación complementaria.

Tabla 5. Ejemplo de menú para 7 meses

Desayuno	Leche humana Papilla de cereal sin gluten (3-4 cucharadas) Puré de tejocote o durazno o calabaza de Castilla o plátano (2-3 cucharadas)
Media mañana	Leche humana
Comida o almuerzo	Puré de zanahoria (3-4 cucharadas) Puré de pera o guayaba (3 cucharadas)
Merienda	Leche humana
Cena	Puré de frijol (3 cucharadas) Puré de plátano (2-3 cucharadas)
Antes de dormir	Leche humana

Tabla 6. Ejemplo de menú para 10 meses

Desayuno	Leche humana Cereal fortificado Manzana asada picada
Media mañana	Leche materna
Comida o almuerzo	Calabacitas guisadas picadas Puré de lentejas con arroz Tejocote, guayaba, durazno Tortilla Agua
Merienda	Leche humana
Cena	Puré de pollo con espinaca Plátano en trocitos
Antes de dormir	Leche humana

de diarrea, para asegurar que la carga de solutos de la dieta no exceda la capacidad excretora del riñón.

Edad de introducción de la alimentación complementaria

La OMS recomienda promover la lactancia exclusiva (de preferencia materna) hasta los 6 meses de edad, ya que hay varios beneficios para la madre y el niño. En México, la NOM-043-SSA2-2005, Servicios básicos de salud. Promoción para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar información, promueve la AC a partir de los 6 meses.

Desde el punto de vista nutricional, los requerimientos del lactante nacido a término se pueden cubrir con la leche humana, con excepción del hierro, ya que la concentración de este nutrimento es baja. En madres lactantes con desnutrición, el estado nutricional del niño y las vitaminas A, B₁, B₆ y B₁₂ podría estar disminuido y poner en riesgo a los lactantes alimentados con lactancia materna exclusiva; en ese caso, se recomienda mejorar la alimentación de la madre. En cuanto a la vitamina D, se sugiere que el lactante se exponga al sol, alrededor de 15 min, o bien que reciba un suplemento en gotas.

La OMS recomienda el inicio de la AC a los 6 meses, ya que los estudios utilizados para el consenso muestran que no hay diferencias en el crecimiento entre los niños alimentados con lactancia exclusiva hasta los 6 meses y aquellos que iniciaron la AC antes de esa edad.

La introducción de la alimentación complementaria

Como se observa en la tabla 1, el niño de 6-12 meses alimentado al pecho materno requiere alrededor de 200-500 kcal, respectivamente, extras a la leche, por lo que las cantidades que se le deben ofrecer deben ser adecuadas a su edad⁶. En la tabla 4 se presenta una sugerencia de introducción de la AC que responde a las características de necesidades nutricionales, así como a la madurez neuromotora del niño. Conviene señalar que el orden de introducción no es definitivo y que la literatura actual muestra diferentes patrones de introducción de acuerdo con las necesidades del niño y su ambiente socioeconómico y cultural. En las tablas 5 y 6 se muestran unos ejemplos de menús y cantidades para niños entre 7-10 meses de edad. De acuerdo con Satter⁷, la cantidad que el niño coma es responsabilidad del niño, así como el tipo, la preparación y la consistencia del alimento dependen del adulto que le ofrece la alimentación. A continuación se muestran las responsabilidades de la pareja madre, cuidador/niño.

Responsabilidades de los padres y/o de los cuidadores

- Qué alimento y cómo se le presenta al niño.
- Seleccionar alimentos con textura adecuada para que la lengua y la boca puedan controlarlo y tragarlo con facilidad.

- Mantener al niño en las piernas al iniciar la introducción de alimentos y pasarlo a una silla segura.
- Mantener al niño en posición erguida para que pueda explorar los alimentos.
- Sentar al niño con la carita de frente para que esté atento a la cuchara de alimento que se le ofrece, y el adulto a cualquier señal de asfixia.
- Platicarle con voz tranquila y alentadora.
- No requiere juguetes que lo distraigan.

Responsabilidades del niño

- Cuánto come.
- Poner atención a cada cucharada de alimento que se le ofrece (darle tiempo).
- Permitirle tocar el alimento que va a probar.
- Comer a su tiempo. Permitirle su propio tiempo.
- Permitirle comer cuando se muestre interesado.
- Ofrecer los alimentos que pueda tomar con su mano, cubiertos adecuados.
- Respetar cuando muestre señales de saciedad como:
 - Quita la mano del adulto.
 - Voltea la cara.

Autorregulación de la ingestión de energía

De acuerdo con Plazas y Johnson⁸, se puede definir la autorregulación de la ingestión de energía como la habilidad de consumir suficiente energía para cubrir las necesidades; es decir, la ingestión es igual al gasto energético debido al metabolismo basal y a la actividad física. El mecanismo exacto de autorregulación energética difiere entre los individuos; en el caso de los niños y jóvenes se piensa que se logra al seguir las señales de hambre y saciedad. Se cita con frecuencia que los lactantes son los únicos que realmente se «rigen por la depleción»: lloran cuando tienen hambre y dejan de comer cuando están satisfechos^{9,10}. La primera investigación que apoya la habilidad que tienen los lactantes para autorregularse fue publicada por Fomon, et al.¹¹, quienes demostraron que los lactantes alimentados con fórmula láctea con diferente densidad energética la compensaban alterando la ingestión del volumen de leche durante una comida, lo que daba como resultado un consumo energético constante. Se piensa que el lactante amamantado tiene aún más control sobre su consumo energético, en parte porque para quien le da de comer es difícil

determinar la ingestión total en cada tiempo de comida, y, por otro lado, no tiene la oportunidad de comparar los consumos de varias tetadas. Por lo tanto, es más complicado imponer un control externo. Esta situación explica, al menos en parte, por qué la alimentación al pecho, aparentemente, protege contra la obesidad en etapas más avanzadas de la vida^{12,13}. Se cree que la lactancia materna promueve que la madre esté atenta a las señales del lactante, lo que refuerza el mecanismo de hambre y saciedad del pequeño, así como la relación que establece entre estas sensaciones internas y el inicio y terminación de la ingestión de alimentos¹⁴.

Efecto del medio ambiente sobre la autorregulación de la ingestión energética en niños

El medio familiar, social y alimentario afecta al tipo de alimentos que el niño consume, la forma en la que se ofrecen y la cantidad que come. Los padres y cuidadores seleccionan y compran los alimentos, modelan, y establecen las reglas de comportamiento en el hogar relacionadas con la alimentación. La evidencia sugiere que los factores ambientales actúan desde las primeras etapas de desarrollo de los pequeños modelando sus preferencias y comportamientos alimentarios.

Mennella, et al. han demostrado que la alimentación de las madres durante el embarazo y la lactancia tiene el potencial de influenciar las preferencias de los niños por los sabores y su consumo de alimentos¹⁵. Comprobaron que los sabores aromáticos provenientes de la dieta materna están presentes tanto en el líquido amniótico como en la leche humana, y que los lactantes amamantados tienen una amplia experiencia con los sabores de la dieta de sus madres. Los niños alimentados al pecho, cuando inician la AC, aceptan con mayor facilidad los sabores a los que estaban expuestos por medio de la leche humana y consumen más de los alimentos que poseen sabores previamente conocidos¹⁶⁻¹⁸. Por lo tanto, las madres desde su embarazo y durante la niñez tienen la capacidad de influir en el gusto y consumo de alimentos de los niños.

Los cuidadores también moldean la alimentación de los niños por medio de la interacción que tienen durante las comidas y de las órdenes que dan respecto a la alimentación y los alimentos. El grado de autonomía que se permite a los chicos durante la alimentación es un aspecto de las prácticas alimentarias que

parece tener gran importancia en la autorregulación. Estudios experimentales y de observación han demostrado que, cuando se ejerce demasiado control durante las comidas, paradójicamente, resulta lo opuesto de lo que se busca^{19,20}. Tanto la presión para comer («alimentos saludables» que «son buenos para ellos») como la restricción excesiva (dulces y alimentos de baja densidad nutrimental) puede desajustar la autorregulación de la ingestión energética del niño. De igual manera, las conductas verbales y físicas de la madre para animar al niño a que coma, tales como la cantidad de veces que ofrece el alimento o le «ayuda» a comer, se ha relacionado con la ingestión de energía durante la comida y se sugiere que impacta negativamente en la autorregulación²¹.

Los estudios tienen implicaciones para las estrategias que padres y cuidadores utilizan para promover la aceptación de alimentos, estructurar el ambiente de las horas de las comidas y motivar que los niños coman correctamente. Sugieren que el control excesivo de la alimentación no promueve patrones alimentarios sanos y puede tener efectos negativos en la alimentación del niño. Por otro lado, tomando en cuenta el ambiente actual de excesos, los estilos de vida con poca estructura en la alimentación y la falta de supervisión son tan contraproducentes como las estrategias que reflejan una educación rígida. De acuerdo con la evidencia actual, las estrategias que aparentemente apoyan el desarrollo de hábitos alimentarios saludables y un peso normal incluyen:

- Ofrecer porciones de comida apropiadas a la edad del niño.
- Permitir que los niños decidan cuánto consumir y ayudarlos a estar en contacto con sus señales de hambre y saciedad para poder decidir «cuánto» comer.
- Modelar una alimentación saludable por medio de las comidas familiares, lo que permitirá a los niños aprender por medio de la observación y de las influencias sociales.
- Determinar normas para comer y para las comidas familiares al proveer una estructura física adecuada (comer sentados a la mesa, con sillas y utensilios adecuados a la edad de los niños) y fijar horarios para las comidas. Así, se establece un ritmo que norma la ingestión, particularmente cuando el ambiente es sensible a, y participativo con los niños.
- Tener disponibles alimentos que son apropiados para el consumo diario y evitar tener presentes en la casa alimentos de consumo restringido.

Preparación y seguridad higiénica de la alimentación complementaria

Se recomienda que los alimentos se ofrezcan al niño preparados en forma sencilla para que se les permita degustar los sabores propios de cada alimento y pueda reconocerlos y gustarlos. La preparación de las papillas se sugiere con poca grasa y muy poca sal, y de preferencia sin azúcar añadida, ya que se recomienda que la densidad energética sea alrededor de 107-146 kcal/100 g. En cuanto al azúcar, hay que tener un especial cuidado en habituar al niño a los sabores propios de los alimentos y no al sabor dulce, que a la larga puede convertirse en una adicción y causar problemas de caries, sobrepeso, diabetes, etc. Es importante leer las etiquetas de los productos industrializados (jugos, cereales, yogurts, quesos, papillas) para verificar si contienen azúcares añadidos.

Las frutas maduras se pueden ofrecer crudas en puré o papilla hasta los 7-8 meses, y picadas en trozos pequeños (< 0.5 cm) a partir de los 8-9 meses. Las verduras cocidas en poca agua o al vapor con poca sal y aceite o mantequilla. Ofrecerlas por separado permite que el niño reconozca cuáles prefiere y que el cuidador o quien prepara los alimentos busque maneras diferentes de preparación, ya que se sugiere hasta ocho veces para que un niño aprenda a degustar sabores diferentes. En cuanto a las carnes, se recomiendan los cortes magros en res y cerdo, y las piernas (carne oscura) en pollo y pavo por su mayor contenido de hierro. La preparación higiénica de los alimentos que se van a ofrecer al niño es indispensable para lograr que la AC sea exitosa. Es importante capacitar a quien prepara los alimentos y alimenta al niño en:

- Insistir en el lavado de manos al preparar los alimentos y darle de comer al niño, así como lavar las manitas y cortar las uñas del niño que empieza a comer por él mismo.
- Refrigerar los alimentos que estén preparados.
- Calentar a punto de ebullición los sobrantes para las comidas siguientes y ofrecerlos al niño a una temperatura adecuada.
- Utilizar utensilios y equipo limpios en la preparación y servicio de los alimentos.

Bibliografía

1. Martorell R, Kettel KL, Schoeder DG. Reversibility of stunting: epidemiological findings in children from developing countries. *Eur J Clin Nutr.* 1994;48 Suppl 1:S45-57.

2. Rivera J, Habicht JP. Effect of supplementary feeding on the prevention of mild-to-moderate wasting in conditions of endemic malnutrition in Guatemala. *Bull World Health Organ.* 2002;80(12):926-32.
3. OPS/OMS. Principios de Orientación para la Alimentación Complementaria del Niño amamantado, 2003.
4. Northstone K, Emmett P, Nethersole F; ALSPAC Study Team. Avon longitudinal study of pregnancy and childhood. The effect of age of introduction to lumpy solids on foods eaten and reported feeding difficulties at 6 and 15 months. *J Hum Nutr Diet.* 2001;14:43-54.
5. Lambruschini N, Cruz M. Desarrollo anatómico-funcional del aparato digestivo. En: Lambruschini N, ed. *Tratado de pediatría.* 8.ª ed. Madrid: Ergon; 2001. p. 938-45.
6. Butte NF. Energy requirements of infants and children. En: Rigo J, Ziegler EE, eds. *Protein and energy requirements in infancy and childhood.* Nestlé Nutrition Workshop Series. Vol 58. Basel: Karger; 2006. p. 19-38.
7. Satter E. Division of responsibilities. Consultado el 23 diciembre de 2010. Disponible en: <http://www.ellynsatter.com/ellyn-satters-division-of-responsibility-in-feeding-i-80.html>.
8. Plazas M, Johnson S. La alimentación del niño. En: Casanueva E, Kaufer M, Pérez-Lizaur AB, Arroyo P, eds. *Nutriología médica.* FUNSALUD. 3.ª ed. México, D.F.: Editorial Médica Panamericana; 2008.
9. Birch LL. The control of food intake by young children: En: Capaldi ED, Powley TL, eds. *The role of learning. Taste, experience, and feeding.* Washington, DC: American Psychological Association; 1990. p. 116-35.
10. Westenhoefer J. Establishing good dietary habits – Capturing the minds of children. *Public Health Nutr.* 2001;125:29.
11. Fomon SJ, Ziegler EE, Nelson SE, Edwards BB. Sweetness of diet and food consumption by infants. *Proc Soc Exp Biol Med.* 1983;173:190-3.
12. Arenz S, Von Kries R. Protective effect of breastfeeding against obesity in childhood. Can a meta-analysis of observational studies help to validate the hypothesis? *Adv Exp Med Biol.* 2005;40:48-569.
13. Grummer-Strawn LM, Mei Z. Does breastfeeding protect against pediatric overweight? Analysis of longitudinal data from the Centers for Disease Control and Prevention Pediatric Nutrition Surveillance System. *Pediatrics.* 2004;113:e81-6.
14. Taveras EM, Scanlon KS, Birch L, Rifas-Shiman, SL, Rich-Edwards JW, Gillman MW. Association of breastfeeding with maternal control of infant feeding at age 1 year. *Pediatrics.* 2004;114:e577-83.
15. Mennella JA, Beauchamp G. The human infants' response to vanilla flavors in mother's milk and formula. *Infant Behav Develop.* 1996; 19:13-9.
16. Sullivan SA, Birch LL. Infant dietary experience and acceptance of solid foods. *Pediatrics.* 1994;271:77-93.
17. Mennella JA, Beauchamp GK. Mothers' milk enhances the appetite of cereal during weaning. *Pediatr Res.* 1997;41:188-93.
18. Birch LL, Johnson SL, Andresen G, Peters JC. The variability of young children's energy intake. *N Engl J Med.* 1991;232:353-24.
19. Birch LL. Clean up your plate: effects of child feeding practices on the development of intake regulation. *Learning and Motivation.* 1987; 301:17-8.
20. Fisher JO, Birch LL. Restricting access to foods and children's eating. *Appetite.* 1999;419:32-405.
21. Drucker RR, Hammer LD, Agras WS, Bryson S. Can mothers influence their child's eating behavior. *J Dev Behav Pediatr.* 1999;20:88-92.
22. Dewey KG. Nutrient composition of fortified complementary foods: should age-specific micronutrient content and ration sizes be recommended? *J Nutr.* 2003;133:2950S-2S.
23. Stevenson RD, Allaire JH. The development of normal feeding and swallowing. Development and behavior: the very young child. *Pediatr Clin North Am.* 1991;38:1439-53.