

XLII Curso de actualización

# Pediatría

Saberes y argumentos compartidos **2026**

Creciendo juntos, cuidando el futuro



**UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA**

Facultad de Medicina

## Fundamentos de la alimentación complementaria: estableciendo las bases para una vida saludable

### **Adriana Patricia Osorno Gutiérrez**

Nutricionista dietista, especialista en nutrición clínica pediátrica,  
docente del Departamento de Pediatría y Puericultura de la Universidad de Antioquia.  
ORCID: 0000-0003-3513-7659. [adriana.osorno@sanvicentefundacion.com](mailto:adriana.osorno@sanvicentefundacion.com)

### **Jhon Fredy López Cuba**

Residente de Pediatría  
Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia

## Guía para el aprendizaje

### ¿Qué debes repasar antes de leer este capítulo?

- Importancia y beneficios de la lactancia materna en la nutrición infantil.
- Grupos alimentarios y su importancia en los requerimientos nutricionales en niños y niñas.
- Impacto de la alimentación en el crecimiento y desarrollo.

### Los objetivos de este capítulo serán:

- Comprender la importancia de la alimentación complementaria en la prevención de deficiencias nutricionales y enfermedades crónicas no transmisibles
- Reconocer el impacto de la introducción oportuna de diferentes alimentos y texturas como mecanismo de prevención de alergias alimentarias y otras dificultades en la alimentación
- Aprender conceptos prácticos de la alimentación complementaria que permitan asesorar a padres y cuidadores durante este proceso

### Viñeta clínica

Adam es un lactante de 5 meses, nacido a término, con crecimiento adecuado (en curvas OMS), está recibiendo lactancia materna exclusiva (LME) hasta la fecha. No ha recibido suplementos de vitaminas. Sin antecedentes personales o familiares de importancia. Es traído al control de crecimiento y desarrollo de niño sano por su madre Linda, quien indica durante la valoración que se encuentra motivada para el inicio de la alimentación complementaria, pero tiene dudas y temores que no han sido resueltos previamente. Indica que su sobrino inició con alimentación complementaria hacia los 5 meses, sin embargo, ella recibió indicaciones de esperar hasta los 6 meses, esto le preocupa por el riesgo de que su hijo pueda desnutrirse. Además, teme que alimentos como el huevo pueda causarle daño ya que al hijo de una amiga le produjo un brote.

### Introducción

Existen diversos factores socioeconómicos que contribuyen a la desnutrición infantil, incluyendo las prácticas culturales de destete e inicio de alimentos. El inicio tardío y el uso de

alimentos caseros con baja biodisponibilidad de nutrientes son prácticas comunes que aumentan el riesgo nutricional (1).

Los padres desempeñan un papel importante en el periodo de implantación de la alimentación complementaria (AC), son responsables de ser modelo de buenos hábitos alimenticios y acompañar al niño en la exposición a diferentes texturas y sabores.

Se ha demostrado que los cuidadores con buen conocimiento sobre AC tienen mejor adherencia a las indicaciones de su implementación, lo que se traduce en experiencias positivas para el cuidador y el niño y mejor respuesta a la introducción de otros alimentos.

En Colombia, menos de la mitad de las madres tienen prácticas adecuadas de alimentación complementaria (1), que asociado a la baja adherencia a la lactancia materna colocan a la población infantil nacional en riesgo de déficit de macro y micronutrientes.

Es por eso que el personal de salud debe estar capacitado en prácticas actualizadas de nutrición y suplementación que les permitan brindar educación a padres y cuidadores.

### Entendiendo la alimentación complementaria

La alimentación complementaria (AC) es un proceso crítico en el desarrollo infantil, esencial para fomentar un crecimiento saludable y sentar las bases de los hábitos alimentarios futuros (2).

Es definida como el suministro de alimentos líquidos, sólidos o semisólidos que contienen nutrientes y energía adicionales a la leche materna o la fórmula y se inicia cuando estas por sí solas ya no son suficientes para cubrir los requerimientos nutricionales del lactante (2).

La ventana de la alimentación complementaria se extiende generalmente desde los 6 hasta los 23 meses de edad. Este periodo, que inicia el segundo semestre de vida, es vulnerable y a menudo se caracteriza por un mayor riesgo de enfermedades, pérdida de peso y, críticamente, la aparición de deficiencias de micronutrientes, especialmente hierro (2,3).

Una AC adecuada está directamente vinculada a objetivos

## Fundamentos de la alimentación complementaria: estableciendo las bases para una vida saludable

globales de salud, incluyendo la reducción en el número de menores de 5 años con retraso en el crecimiento, la disminución de la emaciación infantil, y la prevención del aumento del sobrepeso infantil.

Además de los beneficios nutricionales directos, la introducción oportuna de alimentos influye en el ensamblaje de la **microbiota intestinal**, comunidades microbianas

complejas primordiales para la salud del huésped (4). Los estudios han demostrado que los factores clínicos y nutricionales que interrumpen el ensamblaje del microbioma en los primeros años de vida predisponen a infecciones y enfermedades crónicas no transmisibles (ENT). La estabilidad de la microbiota se establece durante los primeros 1.500 días de vida (3).

**Tabla 1. Métodos de alimentación complementaria.**

Método/Estilo	Descripción clave	Beneficios	Riesgos
<b>Método tradicional</b> o guiado por padres	El cuidador controla la cantidad, frecuencia y velocidad de la alimentación. Los alimentos se ofrecen en forma de purés y papillas.	<b>Control nutricional:</b> Puede garantizar la introducción de alimentos enriquecidos con micronutrientes (p. ej., hierro), siempre y cuando los padres reciban asesoría previa	<b>Inhibición de la autorregulación:</b> Riesgo de <b>alimentación intrusiva o forzada</b> , que interrumpe las señales de saciedad y se asocia a un mayor riesgo de sobrepeso y obesidad.
<b>Baby-Led Weaning (BLW)</b>	<10 % de alimentos que recibe el bebé es en purés o administrado por el cuidador a través de la cuchara. El bebé se alimenta a sí mismo con alimentos en trozos semiblandos ( <i>finger foods</i> ) desde el inicio, decidiendo el ritmo y la cantidad.	<b>Desarrollo motor oral:</b> Fomenta las habilidades motoras finas y gruesas, y la <b>masticación rudimentaria</b> al exponer a grumos y texturas.	<b>Riesgo de deficiencia nutricional:</b> Algunos estudios sugieren mayor riesgo de ingesta insuficiente de <b>hierro y zinc</b> si no se ofrecen alimentos ricos en estos nutrientes de forma consistente.  <b>Riesgo de atragantamiento</b> en ausencia de un cuidador entrenado y falta de supervisión
<b>BLISS (Baby-Led Introduction to Solids)</b>	Una adaptación de BLW. Los cuidadores reciben información sobre el riesgo de atragantamiento, estado del hierro, y falla del crecimiento.	<b>Mitiga riesgos:</b> Mantiene los beneficios de BLW (autorregulación, desarrollo motor) mientras <b>asegura la ingesta diaria</b> de alimentos ricos en hierro, zinc y calorías.	<b>Requiere capacitación:</b> Exige que los cuidadores sigan protocolos estrictos sobre la manipulación segura y la selección nutricional de los alimentos.

Continúa en la siguiente página.

**Tabla 1. Métodos de alimentación complementaria.** (Continuación)

<p><b>Alimentación perceptiva</b>  <i>(Responsive Feeding)</i></p>	<p>El cuidador reconoce e interpreta las señales de hambre y saciedad del lactante y responde de manera inmediata y apropiada. <b>Es la práctica actualmente más recomendada</b></p>	<p><b>Salud conductual y crecimiento:</b> Es independiente del método y es la base de todos ellos. Fomenta la <b>autorregulación</b> (reduciendo el riesgo de sobrepeso) y desarrolla una <b>relación positiva con la comida.</b></p>	
--	--	---	--

Adaptada de referencias (5) (6) (7).

## 1. El momento óptimo para la introducción

### 1.1 Recomendación de Inicio

Existe una ventana de tiempo para el inicio de la AC entre los 4 y 6 meses de edad. La supuesta inmadurez gastrointestinal, renal o dental ya no se considera una limitante para el inicio. Para **lactantes sanos alimentados exclusivamente con leche materna**, se recomienda el inicio de la alimentación complementaria a los 6 meses de edad. Para **lactantes alimentados con fórmula infantil** (parcial o totalmente), la alimentación complementaria puede iniciarse a partir de los **4 meses de edad** (8,9).

### 1.2 Maduración fisiológica y del desarrollo

La progresión de la maduración fisiológica y motora suele alinearse a mediados del primer año de vida. Aunque el tracto gastrointestinal puede digerir y absorber nutrientes eficientemente a los 2 o 3 meses de edad, el desarrollo motor es clave para la seguridad y la autoalimentación (2).

Un bebé está listo cuando posee:

1. **Fuerza y estabilidad troncal** para sentarse erguido con poco o ningún apoyo (generalmente entre 4 y 7 meses).
2. **Disminución de reflejos primitivos**, como el de succión y extrusión.
3. **Emergencia de habilidades motoras orales** para manejar alimentos no líquidos. Los movimientos de la man-

díbula hacia arriba y hacia abajo y la lateralización de la lengua aparecen aproximadamente a los 6 meses, lo que permite manejar purés más espesos.

4. Disminución en el **reflejo nauseoso** permitiendo manejar texturas más complejas.

### 1.3 Riesgo de la introducción inoportuna, Tabla 2.

**Tabla 2. Riesgos de una introducción inoportuna.**

Momento de introducción	Riesgos asociados (Advertencias)
<b>Precoz (antes de 4 meses)</b>	Mayor posibilidad de atragantamiento, aumento de gastroenteritis aguda e infecciones respiratorias, riesgo de sobrepeso posterior, interferencia con la biodisponibilidad de hierro y zinc de la leche materna.
<b>Tardía (después de 9 meses)</b>	Aumento progresivo del riesgo de deficiencia de hierro y anemia, posibles problemas de alimentación a largo plazo si la progresión de texturas se retrasa más allá de los 9 meses.

Adaptado de (2) (8)

## 2. Requerimientos nutricionales críticos

A medida que el bebé crece, la leche materna o fórmula ya no cubren completamente las necesidades de ciertos micronutrientes, lo que debe compensarse mediante la AC.

### 2.1 Micronutrientes problemáticos

Los nutrientes clave que se vuelven limitantes para los lactantes alimentados principalmente con leche materna son el **hierro**, el **zinc** y la **vitamina D** (2,10).

Los alimentos que aportan estos micronutrientes se deberían priorizar en la introducción (**Tabla 3**), la evidencia está a favor de que los cereales fortificados en hierro reducen el riesgo de anemia en un 43 % (RR=0,57) (11).

Si bien las necesidades energéticas son difíciles de medir con precisión para un niño sano, la OMS plantea unas recomendaciones por grupo de edad. Es importante tener en cuenta que estas recomendaciones deben ajustarse de acuerdo con el crecimiento, **Tabla 3**.

**Tabla 3. Fuentes de micronutrientes críticos.**

Micronutriente	Requerimientos	Fuentes dietéticas primarias
<b>Hierro</b>	1 mg/kg/día para lactantes amamantados exclusivamente a partir de los 4 meses, hasta consumir alimentos ricos en hierro. RDA (7-12 meses) de 11 mg/día.	Carnes, vísceras, cereales infantiles fortificados con hierro
<b>Zinc</b>	Disminuye significativamente en la leche materna después de los primeros meses. RDA (7 meses a 3 años) de 3 mg/día.	Carnes, cereales infantiles fortificados.
<b>Vitamina D</b>	Suplementación rutinaria sugerida de 400 UI/día para lactantes amamantados exclusivamente hasta los 12 meses.	Suplementos, fórmula infantil fortificada, leche de vaca fortificada (después del año).

Adaptado de (10,12)

### 3. Prácticas de introducción de alimentos y desarrollo del gusto

#### 3.1 Introducción de variedad y nuevos alimentos

Se recomienda que la alimentación complementaria sea **variada**, que incluya desde el inicio alimentos de **todos los grupos** y asegure la presencia de los cinco sabores básicos (dulce, salado, ácido, amargo y umami).

Es importante presentar en las comidas alimentos de diferentes colores, esto hace que sea visualmente más atractivo para el niño(a), además de que está relacionado con mayor variedad en los nutrientes a ingerir.

Las recomendaciones actuales indican introducir un alimento nuevo cada día, para aquellos potencialmente alergénicos y en niños con antecedente familiar importante puede introducirse en 2 días, pero no se debería retrasar la introducción más allá de 3 días para garantizar una dieta diversa en el menor tiempo posible en ausencia de reacciones alérgicas (13).

La meta sugerida es que a las 4 semanas después del inicio de la AC se haya logrado incorporar al menos dos alimentos de cada grupo (2).

La **exposición repetida** es la mejor manera para que los niños pequeños acepten diferentes sabores y texturas. La neofobia es un comportamiento habitual de los lactantes, por lo que se requieren entre 6 y 15 exposiciones al alimento para favorecer la aceptación. Los lactantes sanos alimentados con leche materna requieren alrededor de 10 exposiciones a un alimento (particularmente verduras) para una aceptación positiva a largo plazo, mientras que los alimentados con fórmula pueden requerir entre 10 y 15 (2,10).

#### 3.2 Progresión de texturas

La progresión de texturas es esencial para el desarrollo motor oral, que incluye movimientos de masticación y lateralización de la lengua.

Se recomienda iniciar con **purés/papillas** y progresar a **texturas grumosas y sólidos blandos antes de los 10 meses de edad** para disminuir el riesgo de aversión a las texturas, esto se puede lograr rayando vegetales o cocinándolos

al vapor para evitar la pérdida de micronutrientes durante la cocción y la fritura. Los lactantes a los que se les introduce alimentos grumosos después de los 9 meses presentan significativamente mayores problemas de alimentación a los 7 años (14).

Es importante reconocer que los niños a sus 3 a 4 años a pesar de que ya han desarrollado molares, aún están aprendiendo a masticar eficazmente por lo que los alimentos de alto riesgo de atragantamiento como caramelos duros, maní, frutos secos, semillas, uvas enteras, zanahorias crudas enteras, manzanas, palomitas, trozos de mantequilla de maní, masmelos, chicles y salchichas no deben ser administrados antes de esta edad en forma entera, y posteriormente debería ser supervisada la ingesta por su cuidador (15).

#### 3.3 Manejo de alimentos potencialmente alergénicos

El momento óptimo para la prevención de la alergia alimentaria parece ser la primera infancia. La introducción temprana y el consumo regular de alérgenos alimentarios se ha demostrado que es seguro y promueve el desarrollo de la tolerancia.

La introducción de alimentos potencialmente alergénicos no debe retrasarse. Alimentos como el **huevo cocido**, el **pescado** y el **maní** (cacahuete), entre otros, pueden introducirse a partir de los **4 meses de edad** en lactantes donde se ha considerado el inicio de la AC. La exposición debe ser frecuente, al menos dos veces a la semana, para mantener la tolerancia inmunológica (2,8,13).

#### 3.4 Restricciones alimentarias y bebidas

Ciertos alimentos y bebidas deben evitarse durante los primeros dos años debido a riesgos de seguridad, desplazamiento nutricional o impacto en las preferencias gustativas a largo plazo, **Tabla 4**.

**Tabla 4. Alimentos y bebidas no recomendados durante los primeros 2 años.**

<b>Azúcar Añadida</b>	Incrementa la preferencia por el dulzor, riesgo de caries, obesidad y otras enfermedades crónicas no transmisibles
<b>Miel de abeja</b>	Potencial contaminación con esporas de Clostridioides botulinum.
<b>Jugos</b> (naturales o industrializados)	Alto potencial de azúcar y riesgo de desplazamiento de alimentos nutritivos.
<b>Sal añadida</b>	La ingesta temprana favorece las preferencias por el sabor salado y puede impactar en la presión sanguínea. Se desaconseja añadir sal antes de los 12 meses
<b>Bebidas de bajo valor nutricional</b> (café, té, infusiones, bebidas carbonatadas, caldos)	Riesgo de desplazar alimentos de mayor densidad nutricional. El té y el café pueden interferir con la absorción de calcio y hierro.
<b>Bebidas vegetales</b> (almendra, avena, arroz, coco)	No son sustitutos adecuados de la leche materna ni de la fórmula, ya que su composición nutricional no se ajusta a las recomendaciones de algunos nutrientes como proteína, calcio, vitamina D. En caso de preferencia por su uso debe asociarse a un plan de seguimiento por nutrición y pediatría.

Adaptado de (2)

La alimentación complementaria basada en plantas (esquemas veganos, crudiveganos y macrobióticos) se **desaconsejan** durante el periodo de lactante por el riesgo de deficiencias de nutrientes críticos (hierro, zinc, B12, calcio, vit. D) (2). Los cuidadores deben tomar la decisión de iniciar este tipo de dieta posterior a una adecuada consejería, bajo una adecuada suplementación de vitamina B12 y D, además del seguimiento por pediatría y nutrición (16).

### 3.5 Ingesta de líquidos

La ingesta de **agua natural** potable puede considerarse desde el inicio de la AC. Para lactantes alimentados adecuadamente con leche materna, no se requiere aporte adicional de agua, ya que la leche materna cubre un volumen promedio de 600 ml/día. Sin embargo, para los lactantes no amamantados, es necesario incluir agua debido a la mayor carga renal de solutos (2).

## 4. Alimentación perceptiva y el entorno alimentario

La alimentación complementaria debe promoverse bajo el esquema de alimentación perceptiva. Este enfoque se basa en la reciprocidad entre el padre/cuidador y el niño, donde el comportamiento del cuidador es rápido, de apoyo emocional, contingente y apropiado para el desarrollo.

### 4.1 Principios de la alimentación perceptiva

La alimentación perceptiva implica interpretar las señales de hambre y saciedad del niño y crear un ambiente correcto.

#### Prácticas recomendadas (2,5):

1. **Establecer rutinas:** Crear horarios predecibles para comidas y refrigerios (generalmente 5 veces al día, con 2-3

horas entre oportunidades).

2. **Fomentar la autoalimentación:** Promover el uso de bocadillos (pequeñas porciones que no requieren cubiertos) a partir de los 9 meses. Las habilidades de agarre de pinza y el deseo de autoalimentarse se desarrollan progresivamente después de los 6 meses.
3. **Ambiente de alimentación:** El contexto de alimentación debe ser agradable, minimizando las distracciones (televisión, pantallas, mascotas).
4. **Limitar el tiempo:** Limitar las comidas a 15-20 minutos, según la capacidad de atención del bebé.
5. **Guiarse por el crecimiento:** Monitorizar la idoneidad del crecimiento como guía para la adecuación de las prácticas de AC, en lugar de centrarse en objetivos calóricos específicos.

### Prácticas por evitar (5):

1. **Alimentación intrusiva o forzada:** Evitar obligar al niño a comer. Esto puede llevar al rechazo de alimentos y trastornos alimentarios persistentes.
2. **Uso de la comida como recompensa o castigo.**
3. **Comportamientos de "pastoreo"** o acceso constante a alimentos/bebidas, sobre todo aquellas de bajo contenido nutricional.

## 4.2 Desarrollo de preferencias alimentarias

El desarrollo de las preferencias alimentarias comienza desde la **gestación** (a través del líquido amniótico) y continúa a través de la leche materna, que transmite sabores de la dieta materna. La primera infancia es un período sensible para el desarrollo de la percepción sensorial y las preferencias (17).

Los niños pequeños tienen una predisposición biológica innata a preferir los sabores **dulces** y a evitar los sabores **amargos**. Sin embargo, estas tendencias pueden modificarse significativamente. La **familiaridad** y el **dulzor** son los dos predictores más fuertes de las preferencias alimentarias de los niños pequeños (17).

Exponer repetidamente a los lactantes a nuevos alimentos y sabores (especialmente verduras y frutas) fomenta la aceptación a largo plazo. La exposición debe ocurrir en un entorno social positivo. El rechazo (aversión a las características sensoriales) parece ser el impulsor más fuerte

de la neofobia (2,17,18).

### Viñeta clínica (desenlace)

Usted, como aprendió acerca de la alimentación complementaria, tranquiliza a la madre, acuerda pautas de alimentación complementaria basadas en evidencia, con énfasis en la seguridad, la diversidad de texturas y sabores (exposición repetida, especialmente a verduras, para generar aceptación y disminuir el riesgo de alergia, incluido el huevo), la necesidad de introducción temprana de los diferentes grupos alimentarios y la suplementación para prevenir deficiencias

### Bibliografía

1. Villacís Martínez LC, Fernández Soto GF. Understanding mother's knowledge about complementary feeding and the anthropometric assessment of infants. *Sapienza Int J Interdiscip Stud.* 3 de mayo de 2025;6(2):e25021.
2. Vázquez-Frias R, Ladino L, Bagés-Mesa MC, Hernández-Rosiles V, Ochoa-Ortiz E, Alomía M, et al. Consenso de alimentación complementaria de la Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica: COCO 2023. *Rev Gastroenterol México.* enero de 2023;88(1):57-70.
3. Ladino L, Vázquez-Frias R, Montealegre L, Bagés-Mesa MC, Ochoa-Ortiz E, Medina-Bravo PG. E-1500: Survey on feeding practices in the first 1,500 days of life, recommended by healthcare professionals in Latin America. *Rev Gastroenterol México Engl Ed.* octubre de 2022;87(4):439-46.
4. Were FN, Lifschitz C. Complementary Feeding: Beyond Nutrition. *Ann Nutr Metab.* 2018;73(Suppl. 1):20-5.
5. Black MM, Hurley KM. Responsive Feeding: Strategies to Promote Healthy Mealtime Interactions. En: Black RE, Makrides M, Ong KK, editores. *Nestlé Nutrition Institute Workshop Series [Internet].* S. Karger AG; 2017 [citado 21 de diciembre de 2025]. p. 153-65. Disponible en: <https://karger.com/chapter/doi/10.1159/000448965>
6. Bergamini M, Simeone G, Verga MC, Doria M, Cuomo B, D'Antonio G, et al. Complementary Feeding Caregivers' Practices and Growth, Risk of Overweight/Obesity, and Other Non-Communicable Diseases: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients.* 26 de junio de 2022;14(13):2646.
7. Matzeller KL, Krebs NF, Tang M. Current Evidence on Nutrient Intakes and Infant Growth: A Narrative Review of

- Baby-Led Weaning vs. Conventional Weaning. *Nutrients*. 23 de agosto de 2024;16(17):2828.
8. Padhani ZA, Das JK, Siddiqui FA, Salam RA, Lassi ZS, Khan DSA, et al. Optimal timing of introduction of complementary feeding: a systematic review and meta-analysis. *Nutr Rev*. 10 de noviembre de 2023;81(12):1501-24.
  9. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Pregnancy and Childbirth Group*, editor. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 15 de agosto de 2012 [citado 21 de diciembre de 2025];2012(8). Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003517.pub2>
  10. Greer FR, Kleinman RE, editores. *Pediatric nutrition*. 8th edition. Itasca, IL: American Academy of Pediatrics; 2020. 1 p.
  11. Indrio F, El Beleidy A, Adel A, Al Enazi B, Bouziane Nedjadi K, Al Khalaf H, et al. Optimizing Weaning Strategies: A Consensus-Based Approach for Complementary Feeding in the Middle East and North Africa Region. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr*. 2025;28(4):201.
  12. Liao SL, Yao TC, Hua MC, Tsai MH, Hsu SY, Chen LC, et al. Trajectory of vitamin D, micronutrient status and childhood growth in exclusively breastfed children. *Sci Rep*. 13 de diciembre de 2019;9(1):19070.
  13. Kalb B, Meixner L, Heller S, Dölle-Bierke S, Roll S, Tissen-Diabaté T, et al. Tolerance induction through early feeding to prevent food allergy in infants and children with sensitization against food allergens (TIFFANI): rationale, study design, and methods of a randomized controlled trial. *Trials*. 19 de abril de 2024;25(1):272.
  14. Cichero JAY. Unlocking opportunities in food design for infants, children, and the elderly: Understanding milestones in chewing and swallowing across the lifespan for new innovations. *J Texture Stud*. agosto de 2017;48(4):271-9.
  15. Committee on Injury, Violence, and Poison Prevention. Prevention of Choking Among Children. *Pediatrics*. 1 de marzo de 2010;125(3):601-7.
  16. Capra ME, Decarolis NM, Monopoli D, Laudisio SR, Giudice A, Stanyevic B, et al. Complementary Feeding: Tradition, Innovation and Pitfalls. *Nutrients*. 4 de marzo de 2024;16(5):737.
  17. Ventura AK, Worobey J. Early Influences on the Development of Food Preferences. *Curr Biol*. mayo de 2013;23(9):R401-8.
  18. Birch LL, Doub AE. Learning to eat: birth to age 2 y. *Am J Clin Nutr*. marzo de 2014;99(3):723S-728S.