ENCICLOPEDIA
sobre el Desarrollo de
la Primera Infancia

Ayudar a los(as) niños(as) a desarrollar hábitos saludables de alimentación

Maureen M. Black, PhD, Kristen M. Hurley, PhD

University of Maryland School of Medicine, EE.UU.

Septiembre 2013, 2e éd. rév.

Introducción

El primer año de vida se caracteriza por cambios rápidos del desarrollo que se relacionan con la alimentación. A medida que los(as) bebes obtienen un control del tronco, progresan desde chupar líquidos en posición supina o semi-reclinada hasta comer alimentos sólidos en posición sentada. Las habilidades motoras progresan de un mecanismo básico de chupar- tragar con la leche materna o de fórmula a un mecanismo de masticar- tragar con semi-sólidos, progresando a texturas complejas.[1,2] A medida que los(as) bebes adquieren control de motricidad fina, pueden progresar a ser alimentados por otras personas, a una auto-alimentación parcial. La dieta se extiende desde la leche materna o de fórmula a purés y especialmente a la comida preparada de la dieta familiar. Para finalmente, al primer año de vida los(as) niños(as) puedan sentarse independientemente, masticar y tragar una gama de texturas, pues están aprendiendo a alimentarse y están haciendo la transición a la dieta familiar y los patrones de comida.

A medida que los(as) niños(as) transitan a la dieta familiar, las recomendaciones no solo se refieren a la alimentación, sino también al contexto alimentario. Una variedad de alimentos

saludables para promover la calidad de la dieta, junto con la aceptación de una sostenida y temprana alimentación. Los datos recogidos en lactantes y niños(as) pequeños(as) de 6 a 23 meses de edad sobre 11 países han demostrado una asociación positiva entre la variedad dietética y el estado nutricional.[3] La exposición a frutas y verduras en la infancia y para los bebes mayores, se ha asociado con la aceptación de estos alimentos en edades posteriores.[4-6]

Los patrones de alimentación de los(as) niños(as) y las preferencias de las comidas son establecidos temprano en la vida. Cuando los(as) niños(as) rechazan alimentos nutritivos como frutas o verduras, los horarios de las comidas pueden volverse estresantes o conflictivas, así es posible que sean privados de los nutrientes saludables que necesitan, en respuesta a la interacción con las personas que les cuidan. Las personas que cuidan carecen de experiencia o están estresadas, y quienes tienen hábitos alimenticios pobres en sus prácticas, pueden necesitar más apoyo para facilitar un comportamiento saludable con sus niños(as).

Materia

Los problemas asociados con la alimentación ocurren de un 25 a 45% en todos los(as) niños(as), particularmente cuando están adquiriendo nuevas habilidades y tienen nuevos desafíos con nuevos alimentos o expectativas de los tiempos de las comidas.[7] Por ejemplo, la infancia y la niñez son caracterizadas por ofertas de autonomía e independencia, como consecuencia del esfuerzo de los niños(as) para hacer cosas por si mismos(as). Cuando estas características son aplicadas a los comportamientos alimenticios, niños(as) pueden tener neofobia (vacilantes en probar nuevos alimentos) e insistir en un repertorio limitado de alimentos,[8] lo que les lleva que se les considere como quisquillosos(as).

La mayoría de los problemas son temporales y se resuelven fácilmente con poca o ninguna intervención. Sin embargo, los problemas de alimentación que persisten pueden socavar el crecimiento, el desarrollo y las relaciones con quienes les cuidan provocando problemas de salud y desarrollo en el largo plazo.[9] Los(as) niños(as) con problemas de alimentación persistente y que quienes les cuidan, si no buscan asesoramiento los problemas se vuelven más severos, pueden estar en riesgo de desarrollar problemas de crecimiento o problemas de comportamiento.

Problemas

Los patrones de alimentación tienen influencias de desarrollo, familiares y ambientales. A medida que los(as) niños(as) llegan a ser capaces de hacer la transición a la alimentación familiar, sus

pautas regulatorias internas para el hambre y la saciedad pueden ser superadas por patrones familiares y culturales. A nivel familiar, es probable que los(as) niños(as) de cuidadores(as) que cuentan con un modelo de alimentación saludable consuman más frutas y verduras, que quienes cuentan no cuentan con un modelo, mientras que los(as) niños(as) de cuidadores(as) con un modelo menos saludable consumen bocadillos como patrones de comportamiento alimenticios y preferencias de comidas que incluyen cantidades excesivas de grasa y azúcar.[10] A nivel ambiental, la frecuente exposición de niños(as) a la comida rápida y otros restaurantes ha llevado a un mayor consumo de alimentos altos en grasas, como las papas fritas, en lugar de opciones más nutritivas, como frutas y hortalizas.[11] Además, los(as) cuidadores(as) pueden no darse cuenta que muchos de los productos comercializados para niños(as), como las bebidas endulzantes, pueden satisfacer el hambre o la sed, pero no proporcionan beneficios nutricionales mínimos.[12]

Las encuestas nacionales han reportado una ingesta excesiva de calorías durante la infancia,[13,14] y muchos(as) niños(as) continúan consumiendo cantidades alarmantes bajas de frutas y verduras, y micronutrientes esenciales.[15] En la escuela primaria muchos(as) niños(as) reciben más de la mitad de su consumo de bebidas azucaradas,[16] un patrón que sin duda comienza durante la infancia y los años prescolares. Estos pobres patrones nutricionales (alto contenido en grasa, azúcar y carbohidratos refinados, bebidas azucaradas, y frutas y verduras limitadas) aumentan la posibilidad de deficiencias de micronutrientes (por ejemplo, anemia por deficiencia de hierro) y el exceso de peso de niños(as) pequeños(as).[17]

Contexto de la investigación

A menudo la alimentación es estudiada a través de estudios de observación o informes de cuidadores(as) del comportamiento a la hora de comer. Algunas personas que investigan se basan en muestras clínicas de niños(as) con problemas de crecimiento o alimentación, mientras que otras reclutan niños(as) en norma.

Preguntas directrices de la investigación

Las preguntas directrices incluyen el progreso de los comportamientos desde los primeros años de la infancia y a través de ésta, los métodos que utilizan los(as) niños(as) para señalar hambre y saciedad, y por qué algunos(as) niños(as) (les llaman quisquillosos(as) de la comida) tiene preferencia selectiva de alimentación. Las preguntas directrices para cuidadores(as) y familia son cómo promover comportamientos de alimentación saludable en niños(as) pequeños(as), cómo

animar a los(as) niños(as) pequeños(as) a comer comida saludable y cómo evitar problemas en la alimentación y el crecimiento.

Resultados de investigaciones recientes

Apego y alimentación

El comportamiento saludable de la alimentación comienza en la infancia, ya que los(a) bebes y sus cuidadores(as) establecen una asociación, en la que reconocen e interpretan las señales de comunicación verbal y no-verbal entre sí. Este proceso recíproco constituye una base para el vínculo emocional o el apego entre niños(as) y sus cuidadores(as) que es esencial para el funcionamiento social saludable.[18] Si hay una interrupción entre niños(as) y cuidadores(as), es caracterizada por el inconsciente, interacciones no reactivas, el vínculo del apego puede no ser seguro, y puede volverse una ocasión para una batalla improductiva y perturbadora sobre la comida.

Los(as) bebes que no proporcionan señales claras a sus cuidadores(as) o no les responden' para ayudarles a establecer rutinas predecibles en comer, dormir y jugar, están en riesgo para regular problemas que puede incluir la alimentación.[9] Los(as) bebes prematuros(as) o enfermos(as) pueden ser menos sensibles que los(as) saludables y tener menor capacidad para comunicar hambre o saciedad. Los(as) cuidadores(as) que no reconocen las señales de sus bebes, les pueden sobre alimentar y generar frustración y conflicto.

El contexto de alimentación cuidador(a)-niño(a)

La variabilidad del contexto de alimentación en el(a) cuidador(a)-niño(a) está relacionada con el comportamiento alimentario y el crecimiento.[19] Las dimensiones de la estructura parental y la nutrición, que incorpora sus percepciones sobre el comportamiento de sus hijos(as) y que se han aplicado en el contexto de la alimentación (Figura 1).[20,21,22] La recepción de la alimentación refleja un patrón recíproco en el que cuidadores(as) proporcionan orientación y respuestas apropiadas para el desarrollo de señales de hambre y saciedad en bebes. La falta de recepción de la alimentación es marcada por una falta de reciprocidad entre el(a) cuidador(a) y el(a) niño(a), que a menudo es caracterizada por el excesivo control del(a) cuidador en el contexto de la alimentación (forzar/presionar o restringir la ingesta de alimentos), el(a) niño(a) controla el contexto de la alimentación (por ejemplo, exigiendo un limitado repertorio de comida, alimentación permisiva), o el(a) cuidador ignora las señales del(a) niño(a) o no establece rutinas

de comidas (alimentación poco involucrada).[23,24]

Figura 1. El contexto de alimentación del(a) Cuidador(a): Patrones Parentales y Alimentación

	SENSIBILIDAD	
	ALTA	**BAJA**
ALTA	**AUTORITARIO** • Involucrado • Reconfortante • Estucturado **Estilo alimentario receptivo**	**AUTOCRÀTICO** • Constriñe Restrictivo • Estructurado **Estilo alimentario controlador**
BAJA	**INDULGENTE** • Involucrado • Reconfortante • No estructurado **Estilo alimentario indulgente**	**INDULGENTE** • Involucrado • Reconfortante • No estructurado **Estilo alimentario indulgente**

Un estilo de alimentación controlada, en una nutrición de estructura alta y alta, representa que los(as) cuidadores(as) usan fuertes o restrictivas estrategias para controlar las comidas. El control de la alimentación está arraigado en un patrón autoritario general de la educación de los(as) hijos(as) y puede incluir comportamientos sobre estimulados, como hablar en voz alta, forzar los alimentos u otra forma de dominar al(a) niños(a).[27] El control de cuidadores(as) puede anular las señas internas para el hambre y la saciedad.[28] La capacidad innata que los(as) niños(as) tienen de auto-regular su consumo de energía disminuye durante la primera infancia en respuesta a los patrones familiares y culturales. El control de cuidadores(as) puede anular las señas internas para el hambre y la saciedad.[28] La capacidad innata que los(as) niños(as) tienen de auto-regular su

consumo de energía disminuye durante la primera infancia en respuesta a los patrones familiares y culturales.[29] Un modelo de alimentación receptivo, con un alto nivel de nutrición y estructura, un derivado de la autoridad parental, representan a los(as) cuidadores(as) que forman parte de una relación con sus niños(as), que implica demandas claras y la interpretación de señales, y ofertas para la interacción entre las comidas. La recepción de la alimentación es caracterizada por las interacciones que son rápidas, contingentes del comportamiento en el(a) niño(a) y el desarrollo apropiado con un fácil dar y recibir.[22,25,26]

Un modelo de alimentación condescendiente o indulgente, es alto en nutrición y bajo en estructura, está inserto en un estilo generalmente indulgente de la crianza de los(as) hijos(as) y ocurre cuando los(as) cuidadores(as) permiten que los(as) niños(as) tomen sus propias decisiones sobre las comidas, como cuándo y qué quieren comer.[23] Sin pautas parentales, los(as) niños(as) es probable que tengan atracción a alimentos con alto contenido de sal y azúcar, en lugar que una variedad más balanceada incluyendo vegetales.[23] Por lo tanto, un modelo de alimentación condescendiente puede ser problemático, dada la predisposición de infantes de preferir gustos dulces y salados.[30] Los(as) niños(as) de cuidadores(as) que muestran un modelo de alimentación condescendiente suelen tener más peso que quienes no tienen este modelo.[24]

Un modelo de alimentación no involucrado, bajo tanto en nutrición como estructura, a menudo representa que los(as) cuidadores(as) tienen un limitados conocimientos e implicación en el comportamiento de las comidas de sus hijos(as).[23] La falta de participación en los modelos alimenticios puede estar caracterizada por poca o ninguna ayuda de actividad física o verbalización durante la alimentación, falta de reciprocidad entre cuidador(a) - niño(a), un ambiente de alimentación negativo y falta de una estructura o una rutina alimentaria. El poco involucramiento de quienes alimentan a menudo ignoran las recomendaciones de alimentación infantil y las señales de hambre y saciedad pueden ser desconocidas de qué o cuándo sus bebes mayores van a comer. Egeland y Sroufe[31] encontraron que los(as) niños de cuidadores(as) sin implicación o psicológicamente indisponibles tenían una mayor probabilidad de tener ansiedad del apego, cuando se les comparó con niños(as) de cuidadores(as) disponibles. Un modelo de alimentación no involucrado está generalmente incrustado en un modelo parental.[23]

Varias revisiones sistemáticas reportan la asociación entre el control de la alimentación parental y el aumento de peso o estado de peso de los bebes y niños(as).[24,32,33] La alimentación controlada ha sido asociada con el aumento de peso (por ejemplo, niños(as) de cuidadores(as) que tienen prácticas restrictivas de alimentación tienden a comer en exceso)[34] y el aumento de peso

disminuido (por ejemplo, niños(as) que se les presiona a comer más no lo hacen).[35] Sin embargo, el diseño transversal de la mayoría de los estudios, la tendencia a lo largo es depender exclusivamente en el comportamiento de cuidadores(as), en lugar de considerar las interacciones recíprocas de la naturaleza de la alimentación. Un reciente ensayo aleatorio controlado en infantes de Australia encontró que proporcionar la dirección anticipada con respecto al comportamiento alimentario de bebes ayudó a aumentar de peso saludable y elevar los índices de comportamientos auto-informados de alimentación.[36] Además se necesitan ensayos para mejorar las estrategias, para promover las interacciones de alimentación saludable y el crecimiento saludable.

Preferencias de comidas

Los(as) niños(as) que se les educa con un modelo de comportamiento de alimentación saludable por parte de sus cuidadores(as), como una dieta rica en frutas y verduras, establecen preferencias alimentarias que incluyen frutas y verduras.[4]

Las preferencias de las comidas también están influenciadas por las condiciones asociadas. Los(as) niños(as) que evitan las comidas es probable que las asocien a síntomas físicos desagradables, como nauseas o dolor. Igualmente, ellos(as) pueden evitar las comidas lo que se ha asociado a la ansiedad o angustia que a menudo ocurre en las comidas caracterizado por argumentos y confrontaciones.

También, los(as) niños(as) aceptan o rechazan las comidas en base a las cantidades de alimentos, como el sabor, la textura, el olor, la temperatura o la apariencia, además de factores ambientales, tales como el entorno, la presencia de otras personas y las consecuencias anticipadas de comer o no comer. Por ejemplo, las consecuencias de no comer pueden incluir un alivio del hambre, la participación en una función social o atención de cuidadores(as). Las consecuencias de no comer adicionalmente pueden incluir un tiempo adicional para jugar, convirtiéndose en el foco de atención o conseguir meriendas en lugar de comidas.

Aumentar la familiaridad con el sabor de un alimento extiende la probabilidad de aceptación[37,38] Los(as) cuidadores(as) pueden facilitar la introducción de nuevos alimentos, emparejando nuevos alimentos con los preferidos y presentando el Nuevo alimento repetidamente hasta que ya no sea “nuevo”.

Conclusiones

Los patrones de alimentación son establecidos tempranamente en la vida en respuesta a las señales regulatorias internas, las interacciones entre cuidador(a)-niño(a), las rutinas de alimentación y los alimentos ofrecidos desde el modelo familiar. La exposición de los(as) niños(as) a las frutas y vegetales tempranamente en la vida, establece un patrón de preferencia de frutas y vegetales, y su consumo a lo largo de la vida. Se necesitan investigaciones para indagar los determinantes individuales, interactivos y ambientales del contexto cuidador(a)- niño(a), las relaciones entre la alimentación que responde/no responde y el comportamiento de alimentación de niños(as) y el aumento de peso y las herramientas específicas de la población validadas para medir la repuesta/no respuesta de la alimentación.[24]

Los comportamientos de la alimentación tempranamente en la infancia son fuertemente influenciados por cuidadores(as) y son aprendidos a través de experiencias tempranas con los alimentos y las comidas. La Educación y el apoyo que es bridado por profesionales de salud (por ejemplo, enfermeras(os) de la salud pública, médicos(as) de familia y pediatras) y programas de nutrición necesitan ser fortalecidos para asegurar que los(as) cuidadores(as) tengan poder para abordar los problemas de conducta alimentaria durante la infancia.

Los(as) cuidadores(as) deben comer con los(as) niños(as) para que puedan seguir un modelo y la hora de las comidas sean vistas como ocasiones sociales agradables. Las comidas junto a los(as) niños(as) permite observar a sus cuidadores(as) probar nuevos alimentos y ayudarles en su comunicación de hambre y saciedad, así como el disfrute alimentos específicos.[39]

Los(as) cuidadores(as) controlan los alimentos que ofrecen y la atmósfera de los horarios de las comidas. Su trabajo es asegurar que a los(as) niños(as) se les ofrezca una alimentación saludable en un horario predecible dentro de un ambiente agradable.[39] Al desarrollar las rutinas de los horarios de las comidas, los(as) cuidadores ayudan a los(as) niños(as) a aprender a anticipar cuándo van a comer. Los(as) niños(as) aprenden rápidamente que los sentimientos del hambre son rápidamente aliviados y no hay necesidad de sentir ansiedad o irritabilidad. Los(as) niños(as) no deben picotear o comer durante el día, por lo que deben desarrollar una expectativa y un apetito en torno a la hora de las comidas.[39]

Las comidas deben ser placenteras y con orientación familiar, con las personas parte de la familia comiendo en conjunto y compartiendo las actividades del día. Cuando los horarios de las comidas son muy breves (menos de 10 minutos), puede que los(as) niños(as) no tengan suficiente tiempo para comer, particularmente cuando están adquiriendo las habilidad de auto-alimentación y

puede que lo hagan lentamente. Por otra parte, sentarse por más de 20 o 30 minutos es a menudo difícil para un(a) niño(a) y las comidas pueden volverse aversivas.

Cuando las comidas están caracterizadas por distracciones de televisión, los argumentos familiares o las actividades competitivas, los(as) niños(as) pueden tener dificultades para concentrarse en comer. Los(as) cuidadores(as) deben separar los horarios de la comida del tiempo del juego y evitar el uso de juguetes, juegos o televisión, ya que les pueden distraer durante la comida. Los instrumentos orientados a los(as) niños(as), tales como las sillas, baberos y pequeños utensilios, pueden facilitar la alimentación y que los(as) niños(as) sean capaces de adquirir las habilidades de auto-alimentación.

Implicaciones

Las implicaciones pueden ser dirigidas a niveles ambientales, familiares e individuales. En el nivel ambiental, alentar ir a restaurantes de comida rápida y otros restaurantes que también ofrezcan opciones saludables y agradables, que sean atractivas para los(as) niños(as); ello puede reducir algunos problemas de alimentación que ocurren cuando se exponen repetidamente a alimentos altos en grasas como las papas fritas, en vez de opciones nutritivas, como frutas y verduras. En el nivel familiar, las pautas de nutrición para niños(as) deben incluir información sobre sus necesidades nutricionales y las estrategias para promover un comportamiento alimenticio saludable, incluyendo el reconocimiento de las señales de hambre y saciedad y el uso de interacciones apropiadas de alimentación, la asignación de los horarios de las comidas, la programación de comidas en tiempos relativamente consistentes, la promoción de nuevos alimentos a través de modelo y evitar el estrés y los conflictos durante las comidas. En el nivel individual, los programas que ayudan a los(as) niños(as) a desarrollar patrones de alimentación al comer alimentos nutritivos y satisfacer el hambre, en vez de satisfacer las necesidades emocionales, pueden prevenir problemas subsecuentes de salud y desarrollo.[40]

Referencias

1. Bosma J. Development and impairments of feeding in infancy and childhood. In: Groher ME, ed. *Dysphagia: Diagnosis and management*. 3rd ed. Boston, MA: Butterworth-Heinemann; 1997:131-138.
2. Morris SE. Development of oral motor skills in the neurologically impaired child receiving non-oral feedings *Dysphagia* 1989;3:135-154.
3. Arimond M, Ruel MT. Dietary diversity is associated with child nutritional status: Evidence from 11 demographic and health surveys. *The Journal of Nutrition* 2004;134:2579-2585.

4. Skinner JD, Carruth BR, Bounds W, Ziegler P, Reidy K. Do food-related experiences in the first 2 years of life predict dietary variety in school-aged children? *Journal of Nutrition Education and Behavior* 2002;34(6):310-315.

5. Schwartz C, Scholtens PA, Lalanne A, Weenen H, Nicklaus S. Development of healthy eating habits early in life. Review of recent evidence and selected guidelines. *Appetite*. 2011;57(3):796-807.

6. Mennella JA, Nicklaus S, Jagolino AL, Yourshaw LM. Variety is the spice of life: strategies for promoting fruit and vegetable acceptance during infancy. *Physiol Behav*. 2008;22;94(1):29-38.

7. Linscheid TR, Budd KS, Rasnake LK. Pediatric feeding disorders. In: Roberts MC, ed. *Handbook of pediatric psychology*. New York, NY: Guilford Press; 2003:481-498.

8. Birch LL, McPhee L, Shoba BC, Pirok E, Steinberg L. What kind of exposure reduces children's food neophobia? Looking vs tasting. *Appetite* 1987;9(3):171-178.

9. Keren M, Feldman R, Tyano S. Diagnoses and interactive patterns of infants referred to a community-based infant mental health clinic. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2001;40(1):27-35.

10. Palfreyman Z, Haycraft E, Meyer C. Development of the Parental Modeling of Eating Behaviours Scale (PARM): links with food intake among children and their mothers. *Maternal and Child Nutrition*. 2012 [Epub ahead of print].

11. Zoumas-Morse C, Rock CL, Sobo EJ, Neuhouser ML. Children’s patterns of macronutrient intake and associations with restaurant and home eating. *Journal of the American Dietetic Association* 2001;101(8):923-925.

12. Smith MM, Lifshitz F. Excess fruit juice consumption as a contributing factor in nonorganic failure to thrive. *Pediatrics* 1994;93(3):438-443.

13. Ponza M, Devaney B, Ziegler P, Reidy K, Squatrito C. Nutrient intakes and food choices of infants and toddlers participating in WIC. *Journal of the American Dietetic Association* 2004;104(1 Suppl 1):71-79.

14. Devaney B, Kalb L, Briefel R, Zavitsky-Novak T, Clusen N, Ziegler P. Feeding infants and toddlers study: overview of the study design. *Journal of the American Dietetic Association* 2004;104(1 Suppl 1):8-13.

15. Picciano MF, Smiciklas-Wright H, Birch LL, Mitchell DC, Murray-Kolb L, McConahy KL. Nutritional guidance is needed during dietary transition in early childhood. *Pediatrics* 2000;106(1):109-114.

16. Cullen KW, Ash DM, Warneke C, de Moor C. Intake of soft drinks, fruit-flavored beverages, and fruits and vegetables by children in grades 4 through 6. *American Journal of Public Health* 2002;92(9):1475-1477.

17. Brotanek JM, Gosz J, Weitzman M, Flores G. Secular trends in the prevalence of iron deficiency among US toddlers, 1976-2002. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 2008;162:374-81.

18. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. New York: Psychology Press, 1978.

19. Rhee K. Childhood overweight and the relationship between parent behaviors, parenting style, and family functioning. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science* 2008;615:11–37.

20. Baumrind D. Rearing competent children In: Damon W, ed. *Child development today and tomorrow.* San-Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers; 1989:349-378.

21. Maccoby EE, Martin J. Socialization in the context of the family: parent-child interaction. In: Hetherington EM, ed. *Handbook of child psychology: Socialization, personality, and social development. Vol 4*. New York, NY: John Wiley; 1983:1-101.

22. Black MM & Aboud FE. Responsive feeding is embedded in a theoretical framework of responsive parenting. *Journal of Nutrition* 2011;141(3):490-4.

23. Hughes SO, Power TG, Fisher JO, Mueller S, Nicklas TA. Revisiting a neglected construct: Parenting styles in a child-feeding context. *Appetite* 2005;44(1):83-92.

24. Hurley KM, Cross MB, Hughes SO. A systematic review of responsive feeding and child obesity in high-income countries. *Journal of Nutrition* 2011;141:495-501.

25. Leyendecker B, Lamb ME, Scholmerich A, Fricke DM. Context as moderators of observed interactions: A study of Costa Rican mothers and infants from differing socioeconomic backgrounds. *International Journal of Behavioural Development* 1997;21(1):15-24.

26. Kivijarvi M, Voeten MJM, Niemela P, Raiha H, Lertola K, Piha J. Maternal sensitivity behaviour and infant behaviour in early interaction. *Infant Mental Health Journal* 2001;22(6):627-640.

27. Beebe B, Lachman F. *Infant research and adult treatment: Co-constructing interactions*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press; 2002.

28. Birch LL, Fisher JO. Mothers' child-feeding practices influence daughters' eating and weight. *American Journal of Clinical Nutrition* 2000;71(5):1054-1061

29. Birch LL, Johnson SL, Andresen G, Peters JC, Schulte MC. The variability of young children's energy intake. *New England Journal of Medicine* 1991;324(4):232-235.

30. Birch LL. Development of food preferences. *Annual Review of Nutrition* 1999;19:41-62.

31. Egeland B, Sroufe LA. Attachment and early maltreatment. *Child Development* 1981;52(1):44-52.

32. DiSantis KI, Hodges EA, Johnson SL, Fisher JO. The role of responsive feeding in overweight during infancy and toddlerhood: a systematic review. *International Journal of Obesity* 2011;35:480-92.

33. Faith MS, Scanlon KS, Birch LL, Francis LA, Sherry B. Parent-child feeding strategies and their relationships to child eating and weight status. *Obesity Research* 2004;12(11):1711-1722.

34. Birch LL, Fisher JO, Davison KK. Learning to overeat: maternal use of restrictive feeding practices promotes girls' eating in the absence of hunger. *American Journal of Clinical Nutrition* 2003;78(2):215-220.

35. Fisher JO, Mitchell DC, Smiciklas-Wright H, Birch LL. Parental influences on young girls' fruit and vegetable, micronutrient, and fat intakes. *Journal of the American Dietetic Association* 2002;102(1):58-64.

36. Daniels LA, Mallan KM, Battistutta D, Nicholson JM, Perry R, Magarey A. Evaluation of an intervention to promote protective infant feeding practices to prevent childhood obesity: outcomes of the NOURISH RCT at 14 months of age and 6 months post the first of two intervention modules. *International Journal of Obesity (Lond)*. 2012 Oct;36(10):1292-8.

37. Birch LL. Children’s preferences for high-fat foods. *Nutrition Reviews* 1992;50(9):249-255.

38. Birch LL, Marlin DW. I don’t like it; I never tried it: effects of exposure on two-year old children’s food preferences. *Appetite* 1982;3(4):353-360.

39. Satter E. *Child of mine: Feeding with love and good sense*. Palo Alto, CA: Bull Publishing; 2000.

40. Black MM, Cureton LA, Berenson-Howard J. Behaviour problems in feeding: Individual, family, and cultural influences. In: Kessler DB, Dawson P, eds. *Failure to thrive and pediatric undernutrition: A transdisciplinary approach*. Baltimore, Md: Paul H. Brookes Publishing Co.; 1999:151-169.