

Detección de síntomas de alimentación problemática en la infancia: Utilidad del cuestionario PediEAT en poblaciones con y sin discapacidad

Detection of problematic feeding symptoms in childhood: Utility of the PediEAT questionnaire in populations with and without disabilities

María Elisabeth Cieri^{a,b,c}, Ana Laura Condinanzi^{a,b}, Carla Gil^{a,b}, Gabriela Macagno^a,
Eduardo Cuestas^{a,b,d}, María de las Mercedes Ruiz Brunner^{a,b,c}

^aInstituto de Investigaciones Clínicas y Epidemiológicas (INICyE), Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba, Argentina.

^bCentro de Investigación en Medicina Traslacional Severo Amuchástegui (CIMETSA), Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Instituto Universitario de Ciencias Biomédicas de Córdoba (IUCBC). Córdoba, Argentina.

^cCentro de Investigaciones en Nutrición Humana (CenINH), Escuela de Nutrición, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba, Argentina.

^dHospital Nuestra Señora de la Misericordia. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba. Argentina.

Recibido el 05 de junio de 2025; aceptado el 22 de octubre de 2025

¿Qué se sabe del tema que trata este estudio?

Existe una alta prevalencia de problemas de alimentación en niños/as, especialmente en aquellos con discapacidad, pero su identificación puede ser difícil sin herramientas específicas.

¿Qué aporta este estudio a lo ya conocido?

Este estudio muestra la utilidad del PediEAT como herramienta para detectar problemas de alimentación en niños/as, especialmente en aquellos con discapacidad. Se identificó mayor preocupación en las dimensiones síntomas fisiológicos, alimentación selectiva y procesamiento oral, destacando la asociación entre percepción familiar y los resultados del instrumento de tamizaje como el PEdiEAT.

Resumen

Las dificultades alimentarias son comunes en la infancia. El cuestionario PediEAT permite identificar problemas de alimentación hasta los 7 años. **Objetivo:** Evaluar los síntomas asociados a la alimentación problemática observables por las familias y/o cuidadores de niños/as argentinos/as de 6 meses a 7 años que consumen alimentos sólidos a través de la herramienta PediEAT, con y sin discapacidad reportada. **Sujetos y Método:** Estudio observacional, analítico y transversal. Se realizó un muestreo secuencial. Se utilizó el cuestionario autoadministrado PediEAT previamente adaptado y validado, en familias y/o cuidadores de niños/as de 6 meses a 7 años que consumieran alimentos sólidos. Se analizó

Palabras clave:

Discapacidad Alimentaria; Nutrición; Trastornos de Alimentación e Ingestión en la Infancia; Tamizaje; Alimentación

edad, estado nutricional, características socioeducativas y dimensiones del PediEAT. Se compararon las dimensiones del cuestionario según aquellos que sus cuidadores percibían una alimentación problemática y aquellos que no. Las variables categóricas se evaluaron con la prueba Chi² con corrección de Fisher con un valor de $p < 0,05$. **Resultados:** Ingresaron al estudio 310 sujetos cuya edad promedio fue de 3 años 8 meses \pm 1a y 8m. El 13,2% presentó discapacidad reportada y el 41,3% (IC95% [35,8-47,0]) de los cuidadores de los niños/as mencionaron que sí percibían alimentación problemática o no estaban seguros de percibirla. El 39% (IC95% [33,5-44,7]) tenía malnutrición por exceso y por déficit. En comparación con el grupo sin discapacidad reportada, el grupo con discapacidad mostró más preocupación en las dimensiones síntomas fisiológicos ($p = 0,009$), alimentación selectiva/restrictiva ($p = 0,033$) y procesamiento oral ($p < 0,0001$). La percepción de problemas alimentarios, según lo reportado por las familias, se asoció significativamente con la detección de preocupación de alimentación problemática según PediEAT ($p < 0,001$). **Conclusiones:** El grupo con discapacidad muestra mayor prevalencia de problemas de alimentación, y el PediEAT ayudó a identificar las áreas específicas de estos problemas percibidos por las familias.

Abstract

Feeding difficulties are common in childhood. The PediEAT questionnaire helps in identifying feeding problems in children up to 7 years of age. **Objective:** To assess symptoms associated with problematic feeding observed by families and/or caregivers of Argentine children aged 6 months to 7 years who consume solid foods through the implementation of the PediEAT tool, with and without reported disabilities. **Subjects and Method:** Observational, analytical, cross-sectional study. Sequential sampling was conducted. The self-administered PediEAT questionnaire, previously adapted and validated, was used with families and/or caregivers of children aged 6 months to 7 years who had started consuming solid foods. Age, nutritional status, socio-educational characteristics, and PediEAT dimensions were analyzed. The dimensions of the questionnaire were compared between those whose caregivers perceived problematic feeding and those who did not. Categorical variables were evaluated using the Chi-square test with Fisher's correction, with a significance level of $p < 0.05$. **Results:** 310 children were evaluated. The average age was 3 years and 8 months (± 1 year and 8 months). 13.2% had a reported disability and 41.3% (95% CI 35.8–47.0) of the children's caregivers stated that they perceived problematic feeding or were unsure about it. Additionally, 39% (95% CI 33.5–44.7) showed malnutrition, either due to excess or deficiency. Compared to the group without reported disabilities, the group with disabilities showed greater concern in the dimensions of physiological symptoms ($p = 0.009$), selective/restrictive eating ($p = 0.033$), and oral processing ($p < 0.0001$). The perception of feeding problems, as reported by families, was significantly associated with the identification of problematic feeding concerns according to the PediEAT ($p < 0.001$). **Conclusions:** The group with disabilities shows a higher prevalence of eating problems, and the PediEAT helped identify the specific areas of these problems perceived by families.

Keywords:

Feeding Disabilities;
Nutrition;
Feeding and Eating
Disorders in
Childhood;
Screening;
Feeding

Introducción

La alimentación es un proceso fundamental en el desarrollo y crecimiento infantil. Sin embargo, tanto en niños/as con y sin discapacidad reportada, uno de los diversos factores que pueden afectarla es la presencia de dificultades para alimentarse durante la hora de la comida (dificultad de aceptar texturas, tiempos prolongados de ingesta, náuseas y/o malestar durante el proceso de alimentación, conductas de rechazo a ciertos alimentos)^{1,2}. En cuanto a la prevalencia de la alimentación problemática, se estima que entre el 25% y 50% de los niños/as pequeños sin discapacidad reportada tienen dificultad para alimentarse^{1,2}. En los niños/as con discapacidad esta cifra asciende a 80% debido a

las alteraciones en el tono muscular, la dificultad oral o sensorial¹. Aunque todavía no hay consenso sobre la definición de los problemas de alimentación debido a su complejidad, multicausalidad y heterogeneidad, en general, se entiende que una alimentación problemática se identifica cuando un niño/a no progresa en la ingesta de alimentos en los pasos esperados para su edad y desarrollo². Los problemas de la alimentación incluyen dificultades relacionadas con síntomas fisiológicos, conductas alimentarias problemáticas, alimentación selectiva, rechazo alimentario y dificultades en el procesamiento oral (relacionadas con la disfagia). Cuando los problemas de la alimentación se agravan, estos pueden conducir a deficiencias nutricionales, incumplimiento de las necesidades nutricionales y/o energéticas

y desequilibrios relacionados con el funcionamiento psicosocial, lo que se conoce como trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos (TERIA o *Avoidant restrictive food intake disorder* –ARFID- por sus siglas en inglés)³.

Para realizar la pesquisa de los problemas alimentarios se han desarrollado diversos instrumentos estandarizados que permiten identificar y cuantificar los síntomas de alteraciones en la alimentación infantil. Uno de ellos es el PediEAT (*Pediatric Eating Assessment Tool*) un cuestionario que sirve para evaluar el comportamiento y las dificultades en la alimentación en niños/as de 6 meses a 7 años⁴⁻⁶. El PediEAT se ha adaptado transculturalmente en Argentina y en distintos países recientemente^{7,8} y ha demostrado ser una herramienta válida y confiable para detectar problemas en la alimentación, proporcionando información crucial para la intervención temprana y el diseño de estrategias terapéuticas.

Si bien los problemas alimentarios en la infancia temprana son frecuentes y existen instrumentos estandarizados para su detección, hasta donde sabemos, en Argentina y en la región latinoamericana son escasos los estudios que han implementado el PediEAT para caracterizar estas dificultades en la población general. Asimismo, hay poca evidencia sobre las diferencias en los síntomas de alimentación problemática entre niños sin discapacidad reportada y aquellos con discapacidad, ni sobre el grado de acuerdo entre la percepción de los cuidadores y los resultados obtenidos con herramientas como el PediEAT.

El objetivo de este trabajo fue evaluar los síntomas asociados a la alimentación problemática observables por las familias y/o cuidadores de niños/as argentinos de 6 meses a 7 años que consumen alimentos sólidos a través de la herramienta PediEAT. Además, se buscó comparar aspectos diferentes de la alimentación problemática entre niños sin discapacidad reportada y con discapacidad, y entre aquellos niños cuyos cuidadores observaban una alimentación problemática y quienes no.

Sujetos y Método

Estudio observacional, analítico y de corte transversal utilizando una encuesta digital. La encuesta digital se realizó en la plataforma *LimeSurvey* desde los servidores de la Universidad Nacional de Córdoba. Los datos para este estudio se recolectaron desde mayo hasta diciembre de 2021. Las familias fueron invitadas a participar en el estudio a través de una convocatoria realizada en las redes sociales oficiales de nuestro Instituto de Investigaciones Clínicas y Epidemiológicas (INICyE-FCM-UNC). Esta estrategia

permitió alcanzar una mayor difusión y contacto con la comunidad, asegurando una participación voluntaria e informada.

La muestra estuvo constituida por cuidadores de niños y niñas entre 6 meses y 7 años, sin y con discapacidad reportada que consumen alimentos sólidos y que residían en Argentina. Fueron criterios de inclusión que los cuidadores sean mayores de 18 años, tuvieran acceso a internet, informaran saber leer y escribir en español y aceptaran los términos y condiciones del consentimiento informado para participar de forma libre y voluntaria. Quedaron excluidas del estudio aquellas familias cuyos hijos/as no consumían alimentos sólidos por vía oral. El tamaño muestral para estimar la frecuencia de la población se calculó considerando un nivel de significación de $\alpha = 0,05$ y un poder estadístico de 80% ($\beta = 0,20$), asumiendo una frecuencia hipotética de dificultades alimentarias del 20% y un intervalo de confianza del 95%. Con estos parámetros, se obtuvo un tamaño muestral de 246 sujetos. Se analizaron los síntomas de alimentación problemática, se recabaron datos sobre el estado nutricional (las familias reportaron el último peso y talla registrados por el profesional de salud en la libreta del niño), características socio-educativas de las familias y se hizo una pregunta sobre percepción de la familia sobre la alimentación del niño. Además, se consideró la variable hacinamiento (representa el cociente entre la cantidad total de personas del hogar y la cantidad total de habitaciones o piezas de las que dispone el mismo) y hacinamiento crítico (que reside en una vivienda donde hay tres personas o más por cuarto en promedio)^{9,31}.

Síntomas de Alimentación Problemática en la Infancia

El cuestionario PediEAT es una herramienta de tamizaje que cuenta con 80 ítems que evalúa cuatro dimensiones: síntomas fisiológicos, conductas problemáticas a la hora de comer, alimentación selectiva/restrictiva y procesamiento oral^{5,6}. La variable dificultad alimentaria fue analizada utilizando el cuestionario PediEAT versión argentina, el cual fue adaptado culturalmente y previamente publicado⁸. Los padres y/o madres o cuidadores completaron el cuestionario PediEAT sobre su percepción acerca del comportamiento alimentario de sus hijos/as. El instrumento fue completado con respuestas categóricas según escala de Likert que corresponden a “nunca”, “casi nunca”, “a veces”, “a menudo”, “casi siempre” y “siempre”. Según el puntaje obtenido se clasifican los resultados para cada categoría en “no preocupa”, “preocupa” o “preocupa mucho”⁴⁻⁶. Para fines del análisis estadístico cuando se requirió de una variable dicotómica, las variables “preocupa” y “preocupa mucho” se unieron en “preocupa”.

Estado nutricional

Para evaluar el estado nutricional se tomaron datos reportados por los padres y madres de los últimos controles médicos sobre el peso y la talla. Se eliminaron los casos en los que no se informó el sexo del niño o con errores en los datos. En base a estos datos se calcularon los puntajes *z* de peso para la edad (WAZ), talla para la edad (HAZ) e índice de masa corporal para la edad (BMIAZ). Utilizando los patrones de referencia de la OMS se evaluó el estado nutricional, el cual se categorizó en: Normales: quienes presentaban WAZ, HAZ e BMIAZ entre -1,99 y 1,99 puntajes *z*. Desnutrición: quienes presentaban WAZ, HAZ y/o BMIAZ < -2,00. Sobrepeso: quienes presentaban BMIAZ entre 2,00 y 2,99. Obesidad: quienes presentaban BMIAZ ≥ 3,00¹⁰.

Percepción de la familia sobre la alimentación

Antes de aplicar el cuestionario PediEAT, se incorporó una pregunta inicial destinada a indagar sobre la percepción de las familias sobre la alimentación del niño. Se preguntó si percibían que su hijo/a tenía una alimentación problemática, aceptando como respuesta “sí”, “no” o “no estoy seguro”.

Características socioeducativas

Se solicitó información de sexo y edad del niño/a y sus cuidadores. Cada familia identificó a uno de sus miembros como el principal sostén del hogar. Las características socioeducativas de las familias se evaluaron a partir del nivel educativo del principal sostén del hogar, la presencia o ausencia de hacinamiento según los indicadores del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) y si viven en un barrio popular determinado por encuestas nacionales¹¹. Los barrios populares son aquellos donde más de la mitad de la población no cuenta con título de propiedad del suelo ni acceso regular a dos o más de los servicios básicos (red de agua corriente, red de energía eléctrica con medidor domiciliario y/o red cloacal).

Discapacidad

Las familias informaban en el cuestionario si su niño/a presentaba algún tipo de discapacidad. En caso afirmativo, se consultó si contaban con certificado único de discapacidad y el diagnóstico que figuraba en él. El tipo de discapacidad luego fue clasificado para su análisis según discapacidad motora, intelectual, visual, auditiva o mixta.

Análisis estadístico

Las variables continuas se describieron en medias con desviación estándar (DE); las discretas, en porcentajes con IC95%. Para evaluar el estado nutricional, se consideró el peso y talla informada por los cuidadores basados en su último control médico, y se utilizó el

programa de la OMS *Anthro Plus V 1.0.4*, para asignar puntaje *Z* a las variables antropométricas. Se hicieron pruebas para analizar diferencias estadísticamente significativas en las distintas dimensiones del PediEAT entre aquellos niños/as sin discapacidad reportada y quienes presentaban discapacidad. Además, se compararon las dimensiones del cuestionario según aquellos que sus cuidadores percibían una alimentación problemática y quienes no. Para esto, las variables categóricas se evaluaron con la prueba Chi2 con corrección de Fisher. Las variables continuas se evaluaron con prueba de *t* o test de Mann-Whitney según la naturaleza de la variable. La significación se estableció en un valor de *p* < 0,05. Los cálculos estadísticos se realizaron con el software *MedCalc* versión 12.5.0.0.

Consideraciones éticas: La investigación fue aprobada por el comité de ética del Hospital Nacional de Clínicas de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba (CIEIS HNC-FCM), dictamen del 12/08/2021. Las familias dieron su consentimiento de forma escrita para participar de la investigación.

Resultados

Ingresaron al estudio 310 sujetos, 86,8% de niños/as sin discapacidad reportada y 13,2% con discapacidad (figura suplementaria 1, disponible *versión online*).

Respecto a las características de las familias, en su mayoría respondieron mujeres-madres, seguido por otros (por ej. abuelo/a, hermano/a). En cuanto al nivel socioeducativo, la mayoría de las familias no vivían en condiciones de hacinamiento, presentaban un nivel educacional secundario completo o superior y no pertenecían a barrios populares. La edad promedio de los cuidadores fue de 35 años (DE 7,4) (tabla 1).

En cuanto al grupo de niños con discapacidad el 75,6% de niños/as tenían discapacidad intelectual (entre las que se incluyeron Síndrome de Down, Trastorno del Espectro Autista (TEA), Trastorno generalizado del Desarrollo (TGD), Epilepsia, Trastorno específico del habla y lenguaje), 7 (17,1%) presentaban discapacidad motora (ej.: parálisis cerebral, Síndrome de Vacterl, Laminopatía, Kernicterus), 2 (4,9%) discapacidad mixta y 1 (2,4%) niño que los cuidadores no especificaron la discapacidad (tabla 2).

Cuando se preguntó a los cuidadores si percibían que sus hijos/as tenían una alimentación problemática el 21,0% respondieron que “sí”, un 58,7% respondieron que “no” y el 20,3% señaló “no estar seguro”. De 256 niños, el 39% presentó malnutrición, siendo malnutrición por déficit (112; 43,7%) y por exceso (73; 28,5%). Se evaluaron las diferencias en la percepción de alimentación problemática entre familias de niños/

Tabla 1. Características sociodemográficas de los cuidadores que respondieron la encuesta

Característica	n	%	IC95%
<i>Relación con el niño</i>			
Madre	292	94,2	90,9; 96,5
Padre	6	1,9	0,7; 4,1
Otro	12	3,9	2,3; 6,7
<i>Sexo del cuidador</i>			
Femenino	268	86,5	82,2; 90,1
Masculino	17	5,5	3,2; 8,6
Sin datos	25	8,1	5,3; 8,7
<i>Hacinamiento</i>			
Si	22	7,1	4,5; 10,5
Hacinamiento crítico	11	3,5	1,7; 6,2
No	277	89,4	85,4; 92,6
<i>Nivel educativo del principal cuidador</i>			
Sin estudios o Primaria incompleta	4	1,3	0,3; 3,3
Primaria completa o Secundaria incompleta	15	4,8	2,7; 7,8
Secundario Completo o Terciaria/Universitario Incompleto	108	34,8	29,5; 40,4
Terciaria/Universitario Completo o Postgrado	183	59,0	53,3; 64,5
<i>Vive en barrio popular</i>			
Si	42	13,8	10,1; 18,1
No	263	86,2	81,8; 89,8

Tabla 2. Características de los niños a los que se les evaluó la alimentación con el cuestionario PediEAT

	Total (n = 310)			Niños/as sin discapacidad reportada (n = 269)			Niños/as con discapacidad (n = 41)		
	n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%
<i>Sexo</i>									
Femenino	122	39	33,5;44,6	113	42	36; 48,1	9	22	10,5; 37,6
Masculino	138	45	39,4;50,7	113	42	36; 48,14	25	61	44,5; 75,8
Sin dato	50	16	12,1;20,5	43	16	11,8; 20,9	7	17	7,2; 32,1
<i>Edad (meses)</i>									
6 - 11	31	10	6,9;13,9	28	10	7,0; 14,7	3	7	1,5; 19,9
12 - 35	85	27	22,1;32,3	76	28	22,9; 34,0	9	22	10,5; 37,6
36 - 59	100	32	26,8;37,5	85	32	26,0; 37,5	15	37	22,0; 53,0
60 - 84	94	30	24,9;35,4	80	30	24,3; 35,6	14	34	20,0; 50,5

as con y sin discapacidad reportada, encontrándose diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,001$). En el grupo con discapacidad el 39% de los cuidadores reportó dificultades alimentarias, frente al 18,2% en el grupo sin discapacidad reportada. Estos resultados indican que las familias de niños/as con discapacidad perciben con mayor frecuencia problemas en la alimentación (tabla 3A).

Además, se analizó si había diferencias en el estado nutricional entre las infancias sin discapacidad reportada y con discapacidad, los sujetos que tenían disca-

padidad presentaron mayor proporción de desnutrición comparado con sus pares ($p = 0,002$). Los niños/as con discapacidad presentaron mayor frecuencia de desnutrición (28,1% vs. 12,1%) y sobrepeso (28,1% vs. 11,6%), comparados a los niños/as sin discapacidad reportada (tabla 3B).

En los niños/as con discapacidad el resultado del cuestionario PediEAT mostró en los síntomas de alimentación problemática mayor frecuencia de “preocupa” y “preocupa mucho” que en los que no tenían discapacidad. Las mayores diferencias se observaron en

Tabla 3. Estado nutricional y alimentación problemática percibida en niños/as sin discapacidad reportada y con discapacidad

	Total n (%[IC95%])	Niños/as sin discapacidad reportada n (%[IC95%])	Niños/as con discapacidad n (%[IC95%])	χ^2
<i>A. Alimentación problemática percibida por cuidadores</i>	(n = 310)	(n = 269)	(n = 41)	
Si	65 (21,0 [16,6; 26])	49 (18,2 [13,8;23,3])	16 (39 [24,2;55,5])	0,001
No	182 (58,7 [53; 64,2])	168 (62,5 [56,4;68,2])	14 (34,1 [20,0;50,5])	
No estoy seguro	63 (20,3 [16; 25,2])	52 (19,3 [14,8;24,6])	11 (26,8 [14,2;42,9])	
<i>B. Estado Nutricional</i>	(n = 256)	(n = 224)	(n = 32)	
Desnutrición	36 (14,1 [10; 19])	27 (12,1 [8,1; 17,1])	9 (28,1 [13,7; 46,7])	0,002
Normal	156 (60,9 [54,6; 67])	145 (64,7 [58; 71])	11 (34,4 [18,6; 53,2])	
Sobrepeso	35 (13,7 [9,7; 18,5])	26 (11,6 [7,7; 16,5])	9 (28,1 [13,7; 46,7])	
Obesidad	29 (11,3 [7,7; 15,8])	26 (11,6 [7,7; 16,5])	3 (9,4 [2; 25])	

las dimensiones síntomas fisiológicos ($p = 0,009$), alimentación selectiva/restrictiva ($p = 0,030$) y procesamiento oral ($p < 0,000$). La diferencia en los comportamientos problemáticos a la hora de comer fue la única dimensión que no fue estadísticamente significativa ($p = 0,057$), aunque hay una tendencia hacia mayor preocupación en el grupo de niños/as con discapacidad (tabla 4).

A continuación, se comparó la variable correspondiente al cuestionario PediEAT “percepción de las familias de problemas alimentarios” con la pregunta si las familias observan dificultades alimentarias en sus hijos.

Se encontró que las familias que no perciben problemas alimentarios, la mayoría no expresa preocupación significativa identificada por el cuestionario PediEAT en todas las dimensiones. En cambio, en familias que sí perciben problemas alimentarios, existe mayor prevalencia de “preocupa” identificado por el cuestionario PediEAT en todas las dimensiones. En todas las dimensiones se observan diferencias estadísticamente significativas, con valores de $p < 0,001$, que indican que la percepción familiar de alimentación problemática se asocia significativamente con resultados de alimentación problemática identificada por el instrumento PediEAT (tabla 5).

Tabla 4. Resultados del puntaje del PediEAT para analizar presencia de alimentación problemática considerando si presentan típico desarrollo o discapacidad

	Total			Niños/as sin discapacidad reportada (n = 269)			Niños/as con discapacidad (n = 41)			χ^2	p
	No preocupa n (%)	Preocupa n (%)	Preocupa mucho n (%)	No preocupa n (%)	Preocupa n (%)	Preocupa mucho n (%)	No preocupa n (%)	Preocupa n (%)	Preocupa mucho n (%)		
Síntomas fisiológicos	261 (84,2)	20 (6,5)	29 (9,4)	233 (86,6)	14 (5,2)	22 (8,2)	28 (68,3)	6 (14,6)	7 (17,1)	0,009	
Comportamientos problemáticos a la hora de comer	238 (76,8)	18 (5,8)	54 (17,4)	212 (78,8)	13 (4,8)	44 (16,4)	26 (63,4)	5 (12,2)	10 (24,4)	0,057	
Alimentación selectiva/restrictiva	167 (53,9)	44 (14,2)	99 (31,9)	152 (56,5)	38 (14,1)	79 (29,4)	15 (36,6)	6 (14,6)	20 (48,8)	0,033	
Procesamiento oral	291 (93,9)	11 (3,5)	8 (2,6)	259 (96,3)	7 (2,6)	3 (1,1)	32 (78,8)	4 (9,8)	5 (12,2)	< 0,0001	
Total	243 (78,4)	22 (7,1)	45 (14,5)	218 (81)	18 (6,7)	33 (12,3)	25 (61)	4 (9,8)	12 (29,3)	0,009	

Tabla 5. Resultados del puntaje del PediEAT para analizar presencia de alimentación problemática considerando si los cuidadores perciben o no una alimentación problemática

Dimensiones del PediEAT	Sin alimentación problemática percibida por las familias (n = 182)			Con alimentación problemática percibida por las familias (n = 128)			p
	No preocupa	Preocupa	Preocupa mucho	No preocupa	Preocupa	Preocupa mucho	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Síntomas fisiológicos	165 (90,7)	7 (3,8)	10 (5,5)	96 (75)	13 (10,2)	19 (14,8)	0,001
Comportamientos problemáticos a la hora de comer	169 (92,9)	5 (2,7)	8 (4,4)	69 (53,9)	13 (10,2)	46 (35,9)	< 0,0001
Alimentación selectiva/restrictiva	125 (68,7)	24 (13,2)	33 (18,1)	42 (32,8)	20 (15,6)	66 (51,6)	< 0,0001
Procesamiento oral	180 (98,9)	0 (0)	2 (1,1)	111 (86,7)	11 (8,6)	6 (4,7)	< 0,0001
Total	170 (93,4)	8 (4,4)	4 (2,2)	73 (57)	14 (10,9)	41 (32)	< 0,0001

*Se ocupó Prueba de χ^2 .

Discusión

Este trabajo encontró una mayor prevalencia de alimentación problemática en niños/as con discapacidad. El cuestionario PediEAT adaptado culturalmente, demostró ser útil para identificar y valorar las distintas dimensiones de la alimentación infantil en ambas poblaciones (sin discapacidad reportada y con discapacidad), lo cual resulta fundamental para la detección temprana de problemas alimentarios¹².

En concordancia con estudios previos, los resultados de este trabajo confirman que los niños/as con discapacidad tienen una mayor prevalencia de alimentación problemática en comparación con quienes no tienen discapacidad^{1,2}. En este estudio, el 39% de los niños/as con discapacidad presentaron alimentación problemática, lo que se alinea con lo expresado en investigaciones anteriores en las que se detectó una prevalencia del 50 al 80% de problemas alimentarios en infancias con condiciones como parálisis cerebral, Síndrome de Down y Trastorno del Espectro Autista (TEA)^{13-16,21,22}. Los problemas de alimentación observados en este estudio se explican por una compleja interacción de factores neuromotores y sensoriales. Las alteraciones en el tono muscular, que pueden manifestarse como hipotonía o hipertonía, impactan directamente en la postura y el control necesario para una alimentación segura y eficaz. Las dificultades orales, que incluyen limitaciones en la succión, masticación, deglución y el manejo de la saliva, son consecuencia de la afectación de los músculos de la boca, la lengua y la faringe. Adicionalmente, la presencia de trastornos sensoriales puede exacerbar estas dificultades, generando aversiones o sensibilidades a ciertas texturas, sabores u olores de los alimentos, lo que limita aún más

su capacidad para alimentarse de manera adecuada y eficiente, comprometiendo su estado nutricional y su desarrollo general^{14,17}. Asimismo, en estudios previos se ha informado que entre un 40% y 50% de los padres o cuidadores perciben que su hijo/a con típico desarrollo podría tener una alimentación problemática^{18,19}, lo cual coincide con lo observado en nuestra investigación y refuerza la importancia de considerar la percepción familiar como un indicador temprano de riesgos^{4,20}.

En términos del estado nutricional, un aspecto preocupante fue la alta tasa de malnutrición entre los participantes, tanto por déficit como por exceso, lo que subraya la relación estrecha entre las dificultades alimentarias y el estado nutricional¹. Los niños y niñas con discapacidad presentaron una mayor proporción de malnutrición por déficit, lo que puede ser considerado como una de las consecuencias de la dificultad para una ingesta adecuada o de que desarrollan patrones alimentarios selectivos, restrictivos o desorganizados. Estos resultados son consistentes con un estudio reciente donde más del 30% de los niños/as presentaron malnutrición por déficit y por exceso asociado a los problemas alimentarios con desequilibrios nutricionales y alteraciones en el crecimiento físico²³. La decisión de utilizar los rangos de la OMS responde a la necesidad de garantizar que los resultados sean comparables con estudios internacionales y de referencia global en salud pública¹⁰. Sin embargo, es importante señalar que, en algunos países latinoamericanos como Chile, México, Perú y Colombia, se han adoptado puntos de corte más sensibles para la definición de sobrepeso y obesidad ($BMI_{AZ} \geq +1.0$ y $\geq +2.0$ respectivamente), con fines de detección precoz e intervención temprana²⁴⁻²⁸.

Es importante resaltar la asociación entre la percepción de los cuidadores y los resultados del cuestionario PediEAT. El estudio demostró que los niños/as cuyos padres/cuidadores percibían una alimentación problemática tenían mayores probabilidades de presentar problemas alimentarios según los resultados del PediEAT, especialmente en las áreas de comportamientos problemáticos durante la comida y alimentación selectiva⁴. Esto resalta la importancia de la percepción como un indicador válido para la detección temprana de problemas alimentarios, lo cual es fundamental para la intervención temprana y la mejora de los hábitos alimentarios en la infancia. Hemos observado que la percepción familiar de que existe una dificultad en la alimentación se asocia a una mayor proporción de niños que alcanzan puntajes en rango de preocupación en el PediEAT. En nuestra muestra, solo el 6,6% de los niños sin percepción de problema por parte de la familia se ubicó en ese rango, mientras que la proporción ascendió al 42,9% cuando los cuidadores manifestaron preocupación. Este hallazgo coincide con otros estudios que destacan la importancia de la percepción de las familias sobre una alimentación problemática, ya que es más probable que exista la posibilidad de algún problema que deba ser estudiado por los profesionales de la salud²⁰.

Un dato interesante es que la recolección de las encuestas se llevó a cabo durante el período de pandemia de COVID-19 (mayo a diciembre 2021), lo que constituye un factor contextual relevante, debido a que las rutinas de alimentación familiar, la disponibilidad de alimentos y/o dinámicas de interacción en los hogares pudieron verse alteradas, influyendo en las percepciones de los cuidadores sobre la alimentación de sus hijos.

Un hallazgo interesante de este estudio es la diferencia significativa en la prevalencia de alimentación problemática según el instrumento PediEAT entre los niños/as sin discapacidad reportada y con discapacidad. En quienes presentan discapacidad se encontraron mayores preocupaciones en el cuestionario PediEAT sobre los síntomas fisiológicos, la alimentación selectiva/restrictiva y el procesamiento oral, lo que sugiere que infancias con alguna condición tienen un mayor riesgo de presentar dificultades alimentarias multifactoriales⁷. Estos resultados sugieren la necesidad de diseñar estrategias de intervención específicas para que los niños y niñas con alguna condición aborden sus dificultades alimentarias desde un enfoque integral, considerando todas las intervenciones necesarias.

Limitaciones y Fortalezas

Si bien el estudio presenta la limitación de una distribución desigual entre los grupos de niños/as sin

discapacidad reportada y con discapacidad, que no hace más que reflejar la realidad del problema, es importante destacar que se contó con un tamaño muestral considerable, lo que proporciona una base sólida para el análisis. Además, se obtuvo un buen número de respuestas positivas en el cuestionario PediEAT, lo que sugiere una adecuada identificación de niños con alimentación problemática dentro de la muestra estudiada.

No obstante, la dependencia exclusiva de la percepción de los cuidadores como fuente de información sobre la alimentación problemática introduce un potencial sesgo del informante, donde la interpretación y el reporte de las dificultades pueden variar entre familias y no reflejar necesariamente la evaluación clínica objetiva²⁹. Adicionalmente, la valoración del estado nutricional se basó en la información proporcionada por los padres o cuidadores, lo que también podría ser susceptible a sesgos de percepción o recuerdo, en lugar de mediciones objetivas. El sesgo de deseabilidad social podría haber influido asimismo en las respuestas de los cuidadores, llevando a una posible subestimación o sobreestimación de los problemas alimentarios y del estado nutricional de sus hijos²⁹.

A pesar de estas consideraciones, el estudio se fortalece por el uso del cuestionario PediEAT, un instrumento adaptado culturalmente a la población de referencia. La investigación demostró una asociación significativa entre las percepciones familiares de alimentación problemática y las puntuaciones del PediEAT, respaldando su utilidad para capturar las dificultades tal como son experimentadas por quienes observan directamente a los niños y niñas. Esta perspectiva familiar, aunque subjetiva, es relevante clínicamente para la detección temprana y complementa futuras evaluaciones³⁰. Por otra parte, el análisis de los datos se realizó mediante la aplicación de pruebas estadísticas apropiadas para el tipo de variables y el diseño del estudio, lo que permite evaluar adecuadamente la significación de las asociaciones encontradas. Además, la aplicación del PediEAT en niños/as con y sin discapacidad constituye una contribución relevante y aporta evidencia preliminar que puede orientar futuras investigaciones en esta área.

Conclusión

Se evidencia que la alimentación problemática es más prevalente en niños y niñas con discapacidad en comparación con aquellos/as niños/as sin discapacidad reportada. Se identificaron diferencias significativas en síntomas fisiológicos, alimentación selectiva/restrictiva y procesamiento oral, lo que resalta la importancia de evaluaciones tempranas para detectar dificultades.

Cuando las familias perciben problemas en la alimentación de sus hijos/as, el cuestionario de PediEAT demostró ser útil como herramienta de tamizaje para evaluar en qué dimensiones de la alimentación podría encontrarse el problema. Es importante destacar que los resultados del cuestionario PediEAT deben ser luego acompañados por una evaluación de un profesional de la salud, ya que es una herramienta de tamizaje y no de diagnóstico.

Responsabilidades Éticas

Protección de personas y animales: Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos: Los autores declaran

que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado: Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Financiamiento

Este proyecto fue financiado por el proyecto Conso-lidar a cargo del Dr. Eduardo Cuestas y del proyecto Formar a cargo de la Dra. Elisabeth Cieri de la Secretaría de Ciencia y Tecnología de la Universidad Nacional de Córdoba (Resolución N° 258/23).

Referencias

- Estrem HH, Pados BF, Park J, Knafl KA, Thoyre SM. Feeding problems in infancy and early childhood: evolutionary concept analysis. *J Adv Nurs*. 2017;73(1):56-70. doi: 10.1111/jan.13140.
- Borowitz KC, Borowitz SM. Feeding Problems in Infants and Children: Assessment and Etiology. *Pediatr Clin North Am*. 2018;65(1):59-72. doi: 10.1016/j.pcl.2017.08.021.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
- Pados BF, Thoyre SM, Park J. Age-based norm-reference values for the Pediatric Eating Assessment Tool. *Pediatr Res*. 2018;84(2):233-9. <https://doi.org/10.1038/s41390-018-0067-z>
- Thoyre SM, Pados BF, Park J, et al. Development and content validation of the pediatric eating assessment tool (Pedi-EAT). *Am J Speech Lang Pathol*. 2014;23(1):46-59. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2013\)12-0069](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2013)12-0069)
- Thoyre SM, Pados BF, Park J, Estrem H, McComish C, Hodges EA. The Pediatric Eating Assessment Tool: Factor Structure and Psychometric Properties. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2018;66(2):299-305. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000001765>
- Alavi SF, Ghoreishi ZS, Zanjari N, Pados BF, Choopani R. Translation, Cultural Adaptation, and Validation of the Persian Version of the Pediatric Eating Assessment Tool. *Folia Phoniatr Logop*. 2023;75(3). <https://doi.org/10.1159/000527226>
- Ruiz Brunner M, Cieri ME, Condinanzi AL, Escobar Zuluaga LJ, Cuestas E. Argentine version of the PediEAT, a pediatric eating assessment tool. *Arch Argent Pediatr*. 2023;122(2). <https://doi.org/10.5546/AAP.2023-10047.ENG>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Sistema de estadísticas sociodemográficas (SESD): definiciones y conceptos utilizados en los cuadros [Internet]. Buenos Aires: INDEC; 2025 [citado 2025 ago 18]. Disponible en: https://www.indec.gov.ar/ftp/indecinforma/nuevaweb/cuadros/7/sesd_glosario.pdf
- World Health Organization. Training Course on Child Growth Assessment. Module C: Interpreting growth indicators. Geneva: World Health Organization; 2008. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43601/9789241595070_C_eng.pdf
- Gobierno de la Nación Argentina. Barrios Populares | Argentina.gov.ar. 2020. Available from: <https://www.argentina.gov.ar/noticias/barrios-populares>
- Destriatania S, Februhartanty J, Nurwidya F, Sekartini R. Feeding problems assessment tools in children: A scoping review. *Children (Basel)*. 2025;12(1):37. <https://doi.org/10.3390/children12010037>
- Cieri ME, Ruiz Brunner MM, Condinanzi AL, Escobar J, Gil C, Cuestas E. Impact of eating difficulties and gastrointestinal problems on the nutritional status of children and adolescents with cerebral palsy. *Eur J Clin Nutr*. 2025 Apr;79(4):365-368. doi: 10.1038/s41430-024-01549-y.
- Klein A, Uyehara M, Cunningham A, Olomi M, Cashin K, Kirk CM. Nutritional care for children with feeding difficulties and disabilities: A scoping review. *PLOS Glob Public Health*. 2023;3(3):e0001130. doi: 10.1371/journal.pgph.0001130.
- Baraskewich J, von Ranson KM, McCrimmon A, McMorris CA. Feeding and eating problems in children and adolescents with autism: A scoping review. *Autism*. 2021;25(6):1505-19. doi: 10.1177/1362361321995631.
- Nordström M, Retterstøl K, Hope S, Kolset SO. Nutritional challenges in children and adolescents with Down syndrome. *Lancet Child Adolesc Health*. 2020;4(6):455-64. doi: 10.1016/S2352-4642(19)30400-6.
- Anil MA, Shabnam S, Narayanan S. Feeding and swallowing difficulties in children with Down syndrome. *J Intellect Disabil Res*. 2019;63(8):992-1014. <https://doi.org/10.1111/JIR.12617>
- Aldridge VK, Dovey TM, Martin CI, Meyer C. Identifying clinically relevant feeding problems and disorders. *J Child Health Care*. 2010;14(3):261-70. <https://doi.org/10.1177/1367493510370456>
- Miller CK. Updates on pediatric feeding and swallowing problems. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2009;17(3):194-9. <https://doi.org/10.1097/MOO.0B013E32832B3117>
- Estrem HH, Pados BF, Thoyre S, Knafl K, McComish C, Park J. Concept of Pediatric Feeding Problems From the Parent

- Perspective. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2016;41(4):212-20. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000249>
21. Sader M, Weston A, Buchan K, Kerr-Gaffney J, Gillespie-Smith K, Sharpe H, Duffy F. The Co-Occurrence of Autism and Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID): A Prevalence-Based Meta-Analysis. *Int J Eat Disord.* 2025;58(3):473-488. doi: 10.1002/eat.24369
 22. Sanchez-Cerezo J, Nagularaj L, Gledhill J, Nicholls D. What do we know about the epidemiology of avoidant/restrictive food intake disorder in children and adolescents? A systematic review of the literature. *Eur Eat Disord Rev.* 2023;31(2):226-46. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36527163/>
 23. Molina-López J, Leiva-García B, Planells E, Planells P. Food selectivity, nutritional inadequacies, and mealtime behavioral problems in children with autism spectrum disorder compared to neurotypical children. *Int J Eat Disord.* 2021;54(12):2155-2166. doi: 10.1002/eat.23631.
 24. Ministerio de Salud de Chile. Subsecretaría de Salud Pública División Políticas Públicas Saludables y Promoción Departamento de Nutrición y Alimentos. Patrones de crecimiento para la evaluación nutricional de niños, niñas y adolescentes desde el nacimiento hasta los 19 años de edad. Santiago de Chile. 2018. Pág. 92. <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/07/Patrones-de-Crecimiento-para-la-Evaluación-Nutrición-de-niños-niñas-y-adolescentes-desde-el-nacimiento-a-19-años.pdf>
 25. Aparicio M, Estrada LA, Fernández C, Hernández RM. Manual de antropometría. Departamento de Nutrición Aplicada y Educación Nutricional. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. México: CONACYT; 2004. https://nutriiad.files.wordpress.com/2008/04/antropometria_web.pdf
 26. Kaufer-Horwitz M, Toussaint G. Indicadores antropométricos para evaluar sobrepeso y obesidad en pediatría. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.* 2008; 65(6):502-518. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462008000600009&lng=es.
 27. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2465/16, indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de la población colombiana de 0 a 17 años de edad, adultos de 18 a 64 años y gestantes adultas y adolescentes. Bogotá: Minsalud; 2016 Disponible en: https://normograma.supersalud.gov.co/compilacion/docs/resolucion_minsaludps_2465_2016.htm
 28. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Análisis del panorama del sobrepeso y la obesidad infantil y adolescente en Perú. Lima: UNICEF; 2023 [Internet]. Disponible en: <https://www.unicef.org/lac/informes/analisis-del-panorama-del-sobrepeso-y-obesidad-infantil-y-adolescente-en-peru>
 29. Fletcher RH, Fletcher SW, Fletcher GS. *Epidemiología clínica. Lo esencial.* 5.ª ed. Jiménez González D, trad. Barcelona: Wolters Kluwer; 2016. 358 p. ISBN: 978-84-16353-91-0.
 30. Kerzner B, Milano KA, MacLean WC Jr, Berall G, Stuart S, Chatoor I. Parental concern of feeding difficulty predicts poor growth status in their child. *Pediatr Neonatol.* 2018;59(3):299-306.
 31. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). (s. f.). Glosario. Recuperado de <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Institucional-Indec-Glosario>.