



Dirección General de los Estudios de Postgrado

Doctorado en Psicología

## **Efecto de la Inseguridad Alimentaria en el Hogar sobre la Salud Mental según la Etapa Vital**

Trabajo de investigación presentado por:

Antonio MARTINS

Al

Programa Doctoral en Psicología

Como requisito parcial para obtener el título de

Doctor en Psicología

Profesor Guía:

Dra. Luisa ANGELUCCI

Caracas, septiembre de 2021



UNIVERSIDAD CATOLICA ANDRES BELLO

Urb. Montalbán - La Vega - Apartado 29068

Teléfono: 407-42-68 y 407-42-69 Fax: 407-43-52

Estudios de Postgrado

**ACTA DE EVALUACIÓN DE PRESENTACIÓN Y DEFENSA  
DE TESIS DOCTORAL  
DOCTORADO EN PSICOLOGÍA**

Nosotros, Doctores **Luisa Angelucci Bastidas** (tutor), **Yolanda Cañoto** y **Jennifer Bernal**, designados por el Consejo General de los Estudios de Postgrado el día **veintiocho** de **septiembre** de **dos mil veintiuno**, para conocer y evaluar, en nuestra condición de jurado, la Tesis Doctoral **“EFECTO DE LA INSEGURIDAD ALIMENTARIA EN EL HOGAR SOBRE LA SALUD MENTAL SEGÚN LA ETAPA VITAL”**, presentada por el ciudadano **Antonio Martins**, cédula de identidad: 19.291.042, para optar al título de **Doctor en Psicología**.

Declaramos que:

Hemos leído el ejemplar de la Tesis Doctoral que nos fue entregado con anterioridad por la Dirección del Postgrado de Humanidades y Educación.

Después de haber estudiado dicho trabajo, presenciamos la exposición del mismo, el día **veintinueve** de **noviembre** de **dos mil veintiuno**, a través de la cuenta de la plataforma ZOOM<sup>1</sup> institucional de la Universidad Católica Andrés Bello, donde el doctorando **Antonio Martins**, expuso y defendió el contenido de la tesis en referencia.

Hechas por nuestra parte, las preguntas y aclaratorias correspondientes y, una vez terminada la exposición y el ciclo de preguntas, hemos considerado formalizar el siguiente veredicto:

Hemos acordado calificar la presentación y defensa de la Tesis Doctoral con **(19)** puntos.

El abordaje del fenómeno desde la tesis doctoral es un aporte valioso a nivel científico

El trabajo contribuye al aumento del conocimiento, sobre todo en los aspectos psicológicos, del área de la inseguridad alimentaria a nivel mundial.

El análisis de distintas etapas evolutivas se convierte en una de las contribuciones más

En fe de lo cual, nosotros los miembros del jurado designado, firmamos la presente acta en Caracas, a los **veintinueve (29)** días del mes de **noviembre** de **dos mil veintiuno**.

Luisa T. Angelucci Bastidas  
C.I. 6293922

Yolanda Cañoto Rodríguez  
C.I. 6.119.718

Inés Jennifer Bernal Rivas  
C.I. 11.227.088

<sup>1</sup> Coordenada de zoom: <https://ucab.zoom.us/j/99847709514> ID de reunión: 998 4770 9514

## Dedicatoria

A María Esperanza y Antonio Eduardo por nunca dejar de creer, estimular e invertir en esto que me convertí. A Daniela por permitirme no perder de vista el significado de esta meta alcanzada y acompañarme durante el trayecto con mucha paciencia y amor. Por último, al espíritu UCABISTA que siempre me hizo creer que: **“Estimulando tu ilusión, siempre hay un risco más allá”**

## Agradecimientos

En primer lugar, me gustaría agradecer a la profesora Luisa Angelucci por todo el acompañamiento ejercido a lo largo de todo el proyecto. La elaboración de este trabajo de investigación -al igual que en los realizados en mi licenciatura y especialización-, no habría sido posible sin tu paciencia y cuestionamientos. Muchas gracias por todos estos años aprendiendo de ti.

A mi compañero Luis Rodríguez, pese a las carencias que encontramos en el camino, si hay algo que me llevo de esta experiencia, fueron todas las discusiones teóricamente densas que fueron indispensables para entender el sufrimiento de los participantes de esta investigación.

A mis estudiantes, que con sus inquietudes y colaboración hicieron posible el fortalecimiento de esta investigación.

Por último, pero no menos importante, agradezco a todos los participantes de este estudio, que con su colaboración hicieron posible la tarea de: "hacer visible, lo invisible".

*“En una vida donde el código postal determina más que nuestro código genético, seguimos creyendo en el absurdo de una psicología apolítica” (p. 396) y por tanto terminamos ignorando la necesidad de considerar que distintos factores como los ingresos familiares, la vivienda, el empleo y las oportunidades educativas no solo son el abono para el desarrollo del funcionamiento psicológico alterado, sino que también su consideración es un elemento necesario para poder resolver estos problemas”... “La verdadera sanación es imposible si no reconocemos nuestra humanidad común y nuestro destino común” (p.397). (Van Der Kolk, 2015).*

## Índice

Resumen .....	14
Introducción .....	15
Marco Teórico.....	18
Pobreza y Dificultades Económicas .....	18
Comprensión de la Inseguridad Alimentaria: Implicaciones para el caso venezolano	22
Inseguridad Alimentaria en el Hogar y Salud Mental.....	28
Eventos Estresantes de la Vida y Respuestas al Estrés .....	34
Inseguridad Alimentaria, Salud Mental y Ciclo Vital .....	44
Método.....	50
Problema de Investigación .....	50
Hipótesis .....	50
Definición de Variables.....	51
Variables Endógenas .....	51
Variables Exógenas .....	53
Variable Moderadora.....	55
Estrategias de Control.....	55
Tipo de Investigación .....	56
Diseño de Investigación .....	57
Diseño Muestral .....	58
Instrumentos, Aparatos o Materiales.....	59
Procedimiento .....	74
Consideraciones Éticas.....	76
Resultados.....	77
Análisis de las escalas .....	78
Análisis Descriptivo de Datos .....	85
Análisis De Ruta.....	142
Discusión .....	162
Conclusiones .....	179
Referencias .....	182
Anexos.....	196
Anexo A Cuestionario de salud general de Goldberg (GHQ-28) en la versión adaptada por Lobo, Pérez y Artal (1986) subescala de depresión	

Anexo B Inventario de Ansiedad Estado para adultos (STAI) de Spielberger, Gorsuch y Lushene

Anexo C Inventario de Ansiedad Estado para niños (IDAREN) adaptada por Bauemeister, Villamil y Spielberg (1986).

Anexo D “Children’s Depression Inventory” (CDI) (Kovacs, 1992) en la versión adaptada por Fhima y Márquez (2011)

Anexo E Escala de Estrategias Afrontamiento al Estrés de Fernández-Abascal (1997) corregida y adaptada por Lodoño, Pérez y Murillo (2009)

Anexo F Escala de Acceso de la Inseguridad Alimentaria de los Hogares (HFIAS) elaborada por Coates, Swindale y Bilinsky (2007) en la versión adaptada por Martins (2017) y reajustada para la presente investigación

Anexo G Escala de diversidad alimentaria (versión reducida) propuesta por Kennedy, et al., (2013)

Anexo H Cuestionario Sociodemográfico para niños

Anexo I Cuestionario Sociodemográfico para adolescentes

Anexo J Cuestionario Sociodemográfico para adultos

Anexo K Carta a las instituciones

Anexo L Formato de Entrevista Semi-Estructurada utilizada para la Formulación de la Tabla de Especificaciones de la Escala de Inseguridad Alimentaria en el Hogar

Anexo M Análisis de Confiabilidad para la Escala de Acceso de la Inseguridad Alimentaria de los Hogares

Anexo N Análisis Factorial Exploratorio para la Escala de Acceso de la Inseguridad Alimentaria de los Hogares

Anexo Ñ Análisis de Confiabilidad para la Escala de Estrategias de Afrontamiento al Estrés

Anexo O Análisis Factorial Exploratorio para la Escala de Estrategias de Afrontamiento

Anexo P Análisis de Confiabilidad para la Escala de Diversidad Alimentaria

Anexo Q Análisis de Confiabilidad para la Subescala de Depresión del Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28)

Anexo R Análisis de Confiabilidad para el Inventario de Ansiedad Estado para Adultos y Adolescentes (STAI)

Anexo S Análisis de Confiabilidad para el Inventario de Ansiedad-Estado para niños (IDAREN)

Anexo T Análisis de Confiabilidad para el Children's Depression Inventory (CDI)

Anexo U Matrices de Correlación Muestras Adultos, Adolescentes y Niños

Anexo V Modelo de Regresión para los Síntomas Depresivos (Muestra Adultos)

Anexo W Modelo de Regresión para los Síntomas Ansiosos (Muestra Adultos)

Anexo Y Modelo de Regresión para las Estrategias de Afrontamiento ligadas a la Solución de Problemas (Muestra Adultos)

Anexo Z Modelo de Regresión para las Estrategias de Afrontamiento Disociativas (Muestra Adultos)

Anexo A1 Modelo de Regresión para las Estrategias de Afrontamiento Interpersonales (Muestra Adultos)

Anexo B1 Modelo de Regresión para los Síntomas Depresivos (Muestra Adolescentes)

Anexo C1 Modelo de Regresión para los Síntomas Ansiosos (Muestra Adolescentes)

Anexo D1 Modelo de Regresión para las Estrategias de Afrontamiento ligadas a la Solución de Problemas (Muestra Adolescentes)

Anexo E1 Modelo de Regresión para las Estrategias de Afrontamiento Disociativas (Muestra Adolescentes)

Anexo F1 Modelo de Regresión para las Estrategias de Afrontamiento Interpersonales (Muestra Adolescentes)

Anexo G1 Modelo de Regresión para los Síntomas Depresivos (Muestra Niños)

Anexo H1 Modelo de Regresión para los Síntomas Ansiosos (Muestra Niños)

Anexo I1 Modelo de Regresión para las Estrategias de Afrontamiento ligadas a la Solución de Problemas (Muestra Niños)

Anexo J1 Modelo de Regresión para las Estrategias Disociativas (Muestra Niños)

Anexo K1 Modelo de Regresión para las Estrategias Interpersonales (Muestra Niños)

Anexo L1 Matriz de Correlaciones entre la Inseguridad Alimentaria, la Ansiedad y Depresión con la Ocupación como Moderadora

## Índice de Figuras

Figura 1 Posibles Vínculos Entre La Inseguridad Alimentaria Y La Salud Mental Deficiente .....	23
Figura 2 Diagrama De Rutas Propuesto.....	51
Figura 3 Matriz De Correlaciones Entre Los Ítems Antiguos (Iah) Y Nuevos (Eaiah) De La Escala De Inseguridad Alimentaria En El Hogar .....	71
Figura 4 Gráfico De Barras Para La Comparación De Los Indicadores De Inseguridad Alimentaria En El Hogar (Muestra De Adultos).....	87
Figura 5 Histograma De La Inseguridad Alimentaria En El Hogar (Muestra De Adultos) .....	88
Figura 6 Gráfico De Línea Quebrada De La Inseguridad Alimentaria En Función De La Ocupación (Muestra De Adultos).....	89
Figura 7 Gráfico De Barras Para La Comparación De Los Indicadores De Diversidad Alimentaria (Muestra De Adultos).....	90
Figura 8 Histograma De La Diversidad Alimentaria (Muestra De Adultos) .....	91
Figura 9 Gráfico De Línea Quebrada De La Diversidad Alimentaria En Función De La Ocupación (Muestra De Adultos).....	92
Figura 10 Gráfico De Barras Para La Comparación De Los Indicadores De Las Estrategias De Afrontamiento Ligadas A La Solución De Problemas (Muestra De Adultos) .....	94
Figura 11 Histograma De Las Estrategias De Afrontamiento Ligadas A La Solución De Problemas (Muestra De Adultos).....	95
Figura 12 Gráfico De Barras Para La Comparación De Los Indicadores De Las Estrategias Disociativas (Muestra De Adultos).....	96
Figura 13 Histograma De Las Estrategias De Afrontamiento Disociativas (Muestra De Adultos) .....	97
Figura 14 Gráfico De Barras Para La Comparación De Los Indicadores De Las Estrategias De Afrontamiento Interpersonales (Muestra De Adultos).....	98
Figura 15 Histograma De Las Estrategias De Afrontamiento Interpersonales (Muestra De Adultos) .....	99
Figura 16 Gráfico De Línea Quebrada De Las Estrategias De Afrontamiento Interpersonales En Función De La Ocupación (Muestra De Adultos) .....	100

Figura 17 Gráfico De Barras Para La Comparación De Los Indicadores De Ansiedad (Muestra De Adultos).....	101
Figura 18 Histograma De Los Síntomas De Ansiedad (Muestra De Adultos).....	102
Figura 19 Gráfico De Línea Quebrada De Los Síntomas De Ansiedad En Función De La Ocupación (Muestra De Adultos).....	103
Figura 20 Gráfico De Barras Para La Comparación De Los Indicadores De Ansiedad (Muestra De Adultos).....	105
Figura 21 Histograma De Los Síntomas De Depresión (Muestra De Adultos) .....	106
Figura 22 Gráfico De Línea Quebrada De Los Síntomas Depresivos En Función De La Ocupación (Muestra De Adultos).....	107
Figura 23 Gráfico De Barras Para La Comparación De Los Indicadores De Inseguridad Alimentaria (Muestra De Adolescentes) .....	109
Figura 24 Histograma De La Inseguridad Alimentaria En El Hogar (Muestra De Adolescentes).....	110
Figura 25 Gráfico De Barras Para La Comparación De Los Indicadores De Diversidad Alimentaria (Muestra De Adolescentes) .....	111
Figura 26 Histograma De La Diversidad Alimentaria (Muestra De Adolescentes).....	112
Figura 27 Gráfico De Barras Para La Comparación De Los Indicadores De Estrategias De Afrontamiento Ligadas A La Solución De Problemas (Muestra De Adolescentes)	114
Figura 28 Histograma De Las Estrategias De Afrontamiento Ligadas A La Solución De Problemas (Muestra De Adolescentes) .....	115
Figura 29 Gráfico De Barras Para La Comparación De Los Indicadores De Estrategias De Afrontamiento Disociativas (Muestra De Adolescentes) .....	116
Figura 30 Histograma De Las Estrategias De Afrontamiento Disociativas (Muestra De Adolescentes).....	117
Figura 31 Gráfico De Barras Para La Comparación De Los Indicadores De Estrategias De Afrontamiento Interpersonales (Muestra De Adolescentes).....	118
Figura 32 histograma De Las Estrategias De Afrontamiento Interpersonales (Muestra De Adolescentes).....	119
Figura 33 Gráfico De Barras Para La Comparación De Los Síntomas De Ansiedad (Muestra De Adolescentes) .....	120
Figura 34 Histograma De Los Síntomas De Ansiedad (Muestra De Adolescentes) ....	121

Figura 35 Gráfico De Barras Para La Comparación De Los Síntomas De Depresión (Muestra De Adolescentes) .....	122
Figura 36 Histograma De Los Síntomas De Depresión (Muestra De Adolescentes)...	123
Figura 37 Gráfico De Barras Para La Comparación De Los Indicadores De Inseguridad Alimentaria (Muestra De Niños).....	126
Figura 38 Histograma De Los Indicadores De Inseguridad Alimentaria En Los Hogares (Muestra De Niños).....	127
Figura 39 Gráfico De Barras Para La Comparación De Los Indicadores De Diversidad Alimentaria (Muestra De Niños).....	129
Figura 40 Histograma De La Diversidad Alimentaria (Muestra De Niños) .....	130
Figura 41 Gráfico De Barras Para La Comparación De Los Indicadores De Estrategias De Afrontamiento Ligadas A La Solución De Problemas (Muestra De Niños).....	131
Figura 42 Histograma De Las Estrategias De Afrontamiento Ligadas A La Solución De Problemas (Muestra De Niños) .....	132
Figura 43 Gráfico De Barras Para La Comparación De Los Indicadores De Estrategias De Afrontamiento Disociativas (Muestra De Niños).....	133
Figura 44 Histograma De Las Estrategias De Afrontamiento Disociativas (Muestra De Niños) .....	134
Figura 45 Gráfico De Barras Para La Comparación De Los Indicadores De Estrategias De Afrontamiento Interpersonales (Muestra De Niños) .....	135
Figura 46 Histograma De Las Estrategias De Afrontamiento Interpersonales (Muestra De Niños) .....	136
Figura 47 Gráfico De Barras Para La Comparación De Los Síntomas De Ansiedad (Muestra De Niños).....	137
Figura 48 Histograma De Los Síntomas De Ansiedad (Muestra De Niños) .....	138
Figura 49 Gráfico De Barras Para La Comparación De Los Síntomas Depresivos (Muestra De Niños).....	139
Figura 50 Histograma De Los Síntomas De Depresión (Muestra De Niños) .....	140
Figura 51 Diagrama De Ruta Resultante (Muestra De Adultos) .....	148
Figura 52 Diagrama De Ruta Resultante (Muestra De Adolescentes) .....	152
Figura 53 Diagrama De Ruta Resultante (Muestra De Niños) .....	156

## Índice de tablas

<i>Tabla 1</i> Resultados del análisis paralelo para la Escala de Inseguridad Alimentaria en los Hogares.....	70
<i>Tabla 2</i> Resultados del análisis paralelo para la Escala de Inseguridad Alimentaria. ...	79
<i>Tabla 3</i> Resultados del análisis paralelo para la Escala de Estrategias de Afrontamiento .....	80
<i>Tabla 4</i> Configuración de Factores Escala de Estrategias de Afrontamiento .....	81
<i>Tabla 5</i> Correlaciones entre la Inseguridad Alimentaria en el Hogar y los Indicadores Depresivos (Muestra Adultos) .....	158
<i>Tabla 6</i> Correlaciones entre la Inseguridad Alimentaria en el Hogar y los Indicadores Ansiosos (Muestra Adultos).....	159
<i>Tabla 7</i> Correlaciones entre la Inseguridad Alimentaria en el Hogar y los Indicadores Depresivos (Muestra Adolescentes).....	159
<i>Tabla 8</i> Correlaciones entre la Inseguridad Alimentaria en el Hogar y los Indicadores Ansiosos (Muestra Adolescentes) .....	160
<i>Tabla 9</i> Correlaciones entre la Inseguridad Alimentaria en el Hogar y los Indicadores Depresivos (Muestra Niños) .....	161
<i>Tabla 10</i> Correlaciones entre la Inseguridad Alimentaria en el Hogar y los Indicadores Ansiosos (Muestra Niños).....	161

## Resumen

El objetivo de la presente investigación fue evaluar desde el marco de la psicología del desarrollo y de la salud la influencia que tienen la inseguridad alimentaria, el sexo, las estrategias de afrontamiento al estrés y la diversidad alimentaria sobre distintos indicadores de la salud mental (ansiedad y depresión), verificando como esta relación se encontró moderada por el grupo etario al que perteneció el sujeto: niño, adolescente o adulto. Fueron propuestos tres análisis de ruta, con el objetivo de evaluar las influencias directas, indirectas y la posibilidad de moderación de los grupos etarios en todas las relaciones planteadas. En total fueron encuestados 712 sujetos provenientes del Área Metropolitana de Caracas y predominantemente femeninos (57.58%) con edad mínima de 8 años de edad y máxima de 74, se estimó que un 37% de la muestra fueron adultos, 35% adolescentes y 28% niños. Los resultados indicaron la presencia de niveles moderados de inseguridad alimentaria en el hogar, siendo los adultos y niños los que la manifestaron en mayor medida. Dicha dificultad para acceder a los alimentos afectó la salud mental de todos los grupos etarios, en el sentido de que a mayor inseguridad mayores fueron los síntomas de ansiedad y depresión. Por su parte, las estrategias de afrontamiento al estrés no recibieron un impacto de la inseguridad alimentaria en el hogar, pero si afectaron a la salud mental, especialmente aquellas estrategias ligadas a la solución de problemas. La utilización de recursos interpersonales para lidiar con las situaciones de tensión predijo a la ansiedad y la depresión solo en las muestras de adultos y adolescentes. No se halló moderación del grupo etario, en cuanto a la relación de la inseguridad alimentaria y los indicadores de afrontamiento y salud. Variables como el tipo de ocupación en el caso de los adultos y el tipo de institución educativa de origen para los niños y adolescentes, ejercieron diferencias en el nivel de inseguridad alimentaria experimentado por estos sujetos.

Palabras Claves: Inseguridad Alimentaria; Depresión; Ansiedad; Estrategias de Afrontamiento al Estrés.

## Introducción

En la Venezuela del siglo XXI, el contexto económico está influyendo considerablemente las condiciones psicológicas experimentadas por la población. Según Landaeta-Jiménez, Sifontes y Herrera (2018), en el país se ha dado una situación política, económica y social, que impactó a un abanico de sectores (ej. de salud, sociales y de infraestructura) que progresivamente han generado un grave deterioro de la dignidad y bienestar del venezolano.

Al verse contraído el aparato productivo en el país (España, 2016a, 2016b; España y Ponce, 2018; Landaeta-Jiménez, Sifontes y Herrera, 2018), el acceso a los alimentos se encuentra comprometido en gran proporción de los hogares, siendo las familias más pobres las más vulnerables, ya que incluso se han visto afectados a sus niños, ancianos o mujeres embarazadas, que no solo ven interferidas sus condiciones alimenticias, sino que además se topan con fallas en los servicios de salud, agua potable, vivienda y transporte (Landaeta-Jiménez, Sifontes y Herrera, 2018).

En este escenario complejo de precariedad económica es pertinente recurrir al concepto de inseguridad alimentaria, que es un constructo que en la literatura se ha relacionado directamente con la noción de pobreza (Compton y Shim, 2015; Sen, 1982; Yaro, 2004), la cual según Siefert, Heflin, Corcoran y Williams (2001) y Yaro (2004) se entiende como la dificultad en el acceso seguro a los alimentos que llega a afectar distintos niveles, como lo pueden ser el comunitario, el familiar o el individual.

De acuerdo a diversos autores, esta inseguridad en la consecución de alimentos se encuentra vinculada con distintos aspectos de la salud física, tales como: presión arterial elevada (Alarcão, et al., 2020; Sesso, Barreto, Neves y Sawaya, 2004; Vozoris y Tarasuk, 2003) alteraciones infecciosas en el sistema respiratorio (Cunha, 2000; Reddy, Kusuma, Pandav, Goswami y Krishnan, 2016; Vozoris y Tarasuk, 2003) y dolores de cabeza o estomago (Alaimo, Olson, Frongillo y Briefel, 2000; Alarcão, et al., 2020; Martins, 2017).

Por otro lado, en la literatura científica se documenta la relación que la inseguridad alimentaria mantiene con diferentes indicadores de la salud mental, y estos van desde síntomas clínicos, como la ansiedad (Alaimo et al., 2001; Bassi y Hernández, 2019; Siefert, Heflin, Corcoran y Williams, 2001; Martins, 2017, 2018; Vozoris y Tarasuk, 2003), la depresión (Alarcão, et al., 2020; Bassi y Hernández, 2019; Siefert, et al., 2001; Martins, 2017, 2018), o el bienestar psicológico (Martins, 2017, 2018), hasta lo más extremo, como la ideación suicida (Davison, Marshall-Fabien y Tecson, 2015; Shayo y Lawala, 2019).

Sin embargo, el vínculo que se establece entre la inseguridad alimentaria y distintos indicadores de la salud mental no puede ser entendido como una función directa y, por el contrario, distintas investigaciones (Conger y Donnellan, 2007; Compton y Shim, 2015; Huang, Matta y Kim, 2010; Lavee et al. 1987; Myer et al., 2019; Shariff, Mohd y Khor, 2008; Weinreb et al. 2002) han dejado de manifiesto la importancia que los síntomas de estrés y sus estrategias de afrontamiento mantienen en la mediación de la relación existente entre la inseguridad y las respuestas psicológicas al estrés (ej. depresión, ansiedad).

Es por lo expuesto hasta el momento que la presente investigación integrará conocimientos propios de la psicología de la salud al intentar identificar los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, enfermedad y la disfunción (Matarazzo, 1982).

No obstante, la experiencia de inseguridad alimentaria y su impacto en la salud mental se encuentra moderada por la etapa del desarrollo que atraviese el sujeto, ya que, por ejemplo, Bernal, Frongillo, Herrera y Rivera (2012) han precisado en su investigación que la inseguridad alimentaria en niños y adultos es diferente, tomando en consideración que la dependencia económica de los más jóvenes, además de su pobre manejo de las realidades financieras y alimenticias, lo que establece una diferenciación entre los jefes del hogar y los niños.

Siguiendo esta premisa, distintas investigaciones (Bassi y Hernández, 2019; Bernal et al. 2012; Connell et al., 2005) han reportado diferencias cualitativas y cuantitativas en el impacto que tiene la inseguridad alimentaria sobre los indicadores de

salud mental dependiendo del grupo etario al que se pertenezca. Por tanto, tomando en cuenta que la presente investigación se desarrollará en muestras de niños, adolescentes y adultos, requerirá de conocimientos propios de la psicología del desarrollo, que sirvan de marco interpretativo para explicar las potenciales diferencias halladas. Según Shaffer y Kipp (2010), esta es una sub-disciplina de la psicología que se encarga en la identificación y explicación de las consistencias y alteraciones que ocurren en la vida de los individuos a lo largo del tiempo.

En un intento por integrar la influencia de estas variables sobre la salud mental general, la presente investigación se plantea como objetivo evaluar la influencia que tienen la inseguridad alimentaria, el sexo, las estrategias de afrontamiento al estrés y la diversidad alimentaria sobre distintos indicadores de la salud mental (ansiedad y depresión), verificando como esta relación se encuentra moderada por el grupo etario al que pertenezca el sujeto: infante, adolescente o adulto.

## Marco Teórico

### Pobreza y Dificultades Económicas

La Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI), un estudio liderado por la Universidad Central de Venezuela (UCV), la Universidad Católica Andrés Bello (UCAB) y la Universidad Simón Bolívar (USB) ha sido un instrumento pionero en la generación de conocimientos acerca de la realidad económica de Venezuela desde el año 2008; y uno de los aspectos que se puede advertir desde entonces es que las cifras económicas no han evolucionado de manera uniforme, aun cuando, objetivamente, ha transcurrido un periodo temporal muy corto (España, 2016a).

Para entender esta evolución no uniforme de la economía venezolana en los últimos 25 años, España (2016b) estableció 6 etapas que han caracterizado el devenir de los ingresos de los hogares en el país y que fueron nominadas de la siguiente forma: (a) *reanimación económica* (1997-2001), tras una década convulsa en lo político y social, se produjeron descensos leves en la caída de la pobreza, ya que durante este periodo, precios bajos pero estables en la renta petrolera, fueron acompañados por pequeñas inversiones en el sector privado; (b) *crisis política* (2001-2004), ya que a la victoria electoral del ex presidente Hugo Chávez le sucedieron episodios de desestabilización política que encontraron su punto máximo en abril de 2002 y que, sin duda, tuvieron un impacto negativo en el aumento de la pobreza; (c) *boom petrolero* (2004-2008), con la llegada de cierta estabilidad política, en paralelo, la economía nacional fue impactada positivamente por el aumento de los precios del petróleo que, aunque se tradujeron en disminuciones de la pobreza coyuntural, no significaron un beneficio mayor en aspectos estructurales de la economía que no dependen directamente de los ingresos de los hogares; (d) *estancamiento de la reducción de la pobreza* (2008-2012), durante estos cuatro años, los descensos leves en los precios del barril de petróleo fueron acompañados por una detención en la evolución favorable de la economía; (e) *fin de la fiesta: aumento de la pobreza* (2013-2014), para la fecha, Venezuela se ha convertido en un país aún más dependiente de la renta petrolera, y ello ha significado que ante la caída

abrupta del mercado mundial de hidrocarburos se haya dado un aumento de la pobreza en el país; y (f) *la crisis sin precedente* (2015-2016), ya que se estima que más del 80% de la población ha entrado en pobreza de ingresos.

Datos recientes de la misma ENCOVI para el año 2015, han especificado que se trata de un 87% de los hogares en Venezuela que se encuentran por debajo del límite de la pobreza, cifra calculada mediante el método de la línea de la pobreza, que es un estimador de pobreza coyuntural, y que pese a sus dificultades metodológicas reportadas en la literatura (España, 2016; Rodríguez, 2002), ha sido constantemente utilizada como indicador de ingresos. Lógicamente, esta estrechez en los salarios generada por la pobreza coyuntural ha estado acompañada por compromisos en el poder adquisitivo, ya que, por ejemplo, se ha estimado que un 93% de los hogares venezolanos no poseen el dinero suficiente para cubrir la canasta alimentaria normativa, y un 48% evalúa su dieta como insuficiente y rutinaria (España y Ponce, 2018).

Para el año 2020 la ENCOVI ha manifestado que el panorama no resulta más alentador tomando en consideración el desarrollo longitudinal de los indicadores a partir del 2015 -fecha de la primera realización de la encuesta-, esto tomando en consideración que 0.72 \$ es el ingreso per cápita promedio con el que cuentan los hogares para cubrir sus necesidades básicas (UCAB, 2020).

Para autores como España (2016b), estas dificultades económicas han generado lo que a su juicio se ha convertido en la peor crisis económica en la historia de Venezuela, sosteniendo esta afirmación en dos eventos. Por un lado, la caída abrupta de los precios del petróleo y, por otro, la desintegración del aparato productivo no petrolero, que en otros episodios históricos había sido capaz de sostener los desajustes del mercado de hidrocarburos.

Todos estos datos dejan en evidencia una realidad económica alarmante; sin embargo, es importante atender al hecho de que la pobreza no debe entenderse exclusivamente como un problema ligado a las ciencias económicas, especialmente porque investigaciones del área (Evans, 2004; Evans y English, 2002; Evans, Gonnella, Mareynyszyn, Gentile y Salpekar, 2005; Llorens 2013; Rodríguez, 2002) han demostrado

que la pobreza funciona como un detonante fatídico que agrupa en su núcleo una serie de factores de riesgo que aparecen siempre en conjunto a modo de realidades multi-problemáticas. Por ejemplo, Evans (2004) aclaró que los hogares con mayor compromiso económico suelen estar integrados por personas a las cuales se les ha dificultado en mayor grado la obtención de empleo, así como la utilización de servicios públicos o privados de alta calidad, y ello invita a la inclusión de comprensiones psicológicas sobre la pobreza (Llorens, 2013, 2015; Rodríguez, 2002).

Lo referido con anterioridad ha permitido que algunos autores amplíen las visiones médicas o sociales y comiencen a integrar un componente psicológico de la pobreza. Ya bajo el discurso psicoanalítico, Rodríguez-Rabanal (1989) establecía un lazo indivisible entre la indigencia material y las alteraciones psíquicas, ya que es de esperar que las circunstancias particulares interfieran en el futuro de los individuos; en palabras textuales del autor, la pobreza se trasmuta “en pobreza psíquica, forjando personalidades con estructuras yoicas débiles poco diferenciales, con restricciones en el código lingüístico y en la capacidad de simbolización” (p.31). Afirmaciones de este estilo ya han sido sostenidas por la evidencia empírica que ha asociado a la pobreza con alteraciones en la salud mental (Chilton, Chyatte y Breaux, 2007; Costello, Compton, Keeler y Angold, 2003; Haushofer y Fehr, 2014; Llorens, 2013; Rodríguez, 2002; Santiago, Kaltman, y Miranda, 2013).

Por otro lado, Rodríguez (2002) y Galindo y Ardila (2012), en un intento por sistematizar los aspectos psicológicos movilizados por la pobreza, destacan una serie de variables que suelen aparecer en estos contextos. Entre ellas mencionan a la desesperanza aprendida, el locus de control externo, los estresores psicosociales y los síndromes de respuesta al estrés. En definitiva, la pobreza es algo más que la imposibilidad de acceder a un bien; realmente se trata de una realidad multifacética que genera exclusión y, por tanto, genera una distancia entre los sujetos y los bienes de la cultura (Rodríguez, 2002).

Sin embargo, hay que ser cuidadosos en la lectura de las experiencias de pobreza, ya que si bien pudiera ser un detonante para desencadenar eventos estresantes

de la vida (Lavee, McCubbin y Olson, 1987; Kiser y Black, 2005), estas dificultades económicas no son sinónimas a las experiencias traumáticas, aunque, la vulnerabilidad psicológica es mayor en estas condiciones (Rodríguez, 2002).

Por aportes como los desarrollados anteriormente, autores como Galindo y Ardila (2012), han sostenido que, si bien la pobreza genera en principio carencia de bienes materiales, debe ser entendida como algo más que eso. Se está en presencia de un flagelo de corte socioeconómico, pero a la vez psicológico, que debe ser abordado también desde esta perspectiva con la finalidad de ampliar la profundidad con la que es aprehendida esta realidad.

Tomando en consideración dichas advertencias, el siguiente punto de análisis pasa por desglosar qué caracteriza a las condiciones de desventaja económica y cómo algunas de estas aristas podrían tener un papel desencadenante en la aparición de síntomas psicológicos. La ENCOVI (2015) ha precisado como las condiciones de pobreza afectan fenómenos como la sensación de seguridad de los ciudadanos, su alimentación, sus condiciones laborales, las oportunidades de salud, la vivienda, los servicios públicos, la educación, entre otros.

En lo que respecta a las condiciones de alimentación, que se constituyen como el foco de la presente investigación, es importante mencionar que el escenario no resulta favorable en Venezuela, y su consecuencia radica en el deterioro económico acelerado, la pobre disponibilidad de alimentos, la inflación y la degeneración de las redes de distribución de comida (Landaeta-Jiménez, Herrera, Vásquez y Ramírez, 2016). Bajo este marco interpretativo, cualquier investigación que pretenda estudiar los consecuentes psicológicos derivados de una alimentación adversa debe toparse primero con la necesidad de abordar constructos de índole nutricional que no tienen origen en las ciencias del comportamiento.

## **Comprensión de la Inseguridad Alimentaria: Implicaciones para el caso venezolano**

Una vez comprendido el constructo de pobreza es importante mencionar que, en el contexto alimentario, son las nociones de hambre e inanición las que se constituyen como los aspectos más cercanos en los espacios de dificultad económica. Según Sen (1982), tanto la inanición como la hambruna requieren de la pobreza para poder manifestarse. Sin embargo, no todos los individuos pobres se encuentran en dichas condiciones.

Para diferenciar ambos fenómenos se acude a una perspectiva gradual, en la cual la hambruna es una condición más grave y amplia, cuya aparición suele depender de alteraciones macroeconómicas o catástrofes políticas. Por su parte, la inanición pudiera tener lugar en países donde si hay comida, incluso para su exportación, y que, por tanto, suele tener un impacto de carácter más focalizado en términos de número de personas afectadas, pero que, sin embargo, comparte con la hambruna la aparición de la muerte tras un largo periodo de tiempo de exposición a la disminución del consumo típico de alimentos como resultado (Sen, 1982).

A la noción de hambruna e inanición se le añade el concepto de inseguridad alimentaria, y esta funciona como un constructo útil para describir aquellos contextos en los cuales existen dificultades en la disponibilidad y acceso a los alimentos, pero ello no necesariamente se traduce en la aparición de desenlaces fatídicos (Sen, 1982; Martins, 2017).

Para autores como Siefert, Heflin, Corcoran y Williams (2001) y Yaro (2004), la inseguridad alimentaria es entendida como la dificultad en el acceso seguro a los alimentos que puede afectar distintos niveles, como lo pueden ser el comunitario, el familiar o el individual. Por otro lado, esta dificultad puede entenderse como un fenómeno en el que existe disponibilidad limitada o incierta de alimentos nutricionalmente adecuados, y que además hay una capacidad comprometida para adquirir alimentos de

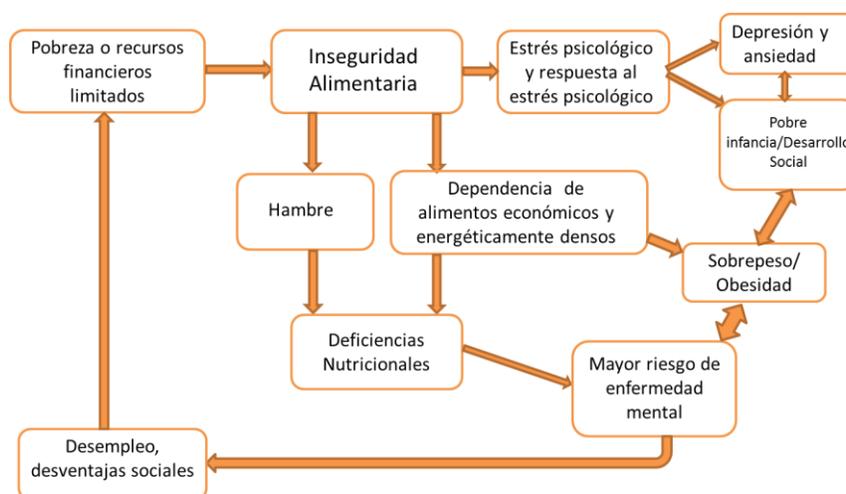
forma socialmente aceptable y de manera más o menos estable en el tiempo (Bickel, Nord, Price, Hamilton y Cook, 2000; Jones, 2017).

No obstante, hay autores que prefieren entender este constructo desde la conceptualización de su antónimo: la seguridad alimentaria, que según distintos autores (Carter, Kruse, Blakely y Collings, 2011; Landaeta-Jiménez et al., 2016), es la adecuada capacidad para obtener alimentos valorados desde el punto de vista nutricional y cultural.

Más allá de comprender conceptualmente a la inseguridad alimentaria, resulta necesario aprehenderla desde un nivel teórico y, en ese sentido, se debe reconocer que los avances en la comprensión del fenómeno han permitido dilucidar el vínculo que se establece entre la inseguridad alimentaria y la condición socio-económica que atraviesa el país, la región o la comunidad en cuestión; esto debido a que mientras mayores sean los niveles de pobreza y exclusión, menores probabilidades tendrán las familias para producir sus propios alimentos o para acceder económicamente a ellos (Yaro, 2004). Por ello, Compton y Shim (2015) desarrollaron el siguiente esquema que relaciona la inseguridad alimentaria, las dificultades económicas y algunos síntomas psicológicos:

### Figura 1

*Posibles vínculos entre la inseguridad alimentaria y la salud mental deficiente*



Para los autores, la inseguridad alimentaria y su estrés psicológico asociado afectan a las personas en una infinidad de formas, ya que la depresión, ansiedad, el pobre desarrollo escolar u otras alteraciones en salud mental suelen ser algunas de las consecuencias reportadas (Compton y Shim, 2015).

Además de describir la relación entre la inseguridad alimentaria, las dificultades económicas y los síntomas psicológicos, resulta necesario teorizar sobre el constructo. En este sentido, Yaro (2004) realizó una revisión documental con la finalidad de emprender una comprensión teórica-dinámica de la inseguridad alimentaria a partir de los conocimientos derivados de las ciencias sociales.

En dicha investigación, el autor sugirió que las teorías desarrolladas para comprender a la inseguridad alimentaria deben ser clasificadas en tres niveles: (a) las centradas en la disminución de la disponibilidad de alimentos; (b) aquellas que proponen un fracaso de los derechos; o (c) otras que promulgan la ruptura de los medios de vida.

Los modelos que entienden a la inseguridad alimentaria como una consecuencia de la escasa disponibilidad de alimentos promulgan que el suministro de comida se dispone como el disparador principal de hambre en los hogares. Por tanto, bajo la lógica de estas propuestas, solo bastarían condiciones macroeconómicas estables y suministros suficientes de alimentos para atender a una población a fin de garantizar seguridad alimentaria (Yaro, 2004).

Sin embargo, la evidencia ha demostrado (Sen, 1982) como la existencia de comida abundante resulta insuficiente para generar cuadros alimentarios estables, puesto que pueden darse desigualdades en el acceso o limitaciones en el poder adquisitivo, y esto ha dado paso a la discusión de teorías que se centran en el fracaso de los derechos.

Según Yaro (2004), estas propuestas colocan a la pobreza como el foco causante de inseguridad alimentaria en las familias; por tanto, el fenómeno es reducido a las nociones de oferta y demanda poco efectivas de las personas en condición de mayor exclusión. Es por ello que, aun contando una sociedad con los alimentos suficientes, es

necesario incluir en la ecuación a las capacidades de producción de los individuos, sus oportunidades comerciales y/o sus derechos frente al Estado, para comprender las desigualdades en el acceso alimentario.

Por último, existen un conjunto de teorías centradas en los sistemas de vida sostenibles que buscan la comprensión de la inseguridad alimentaria sobre la base de las estrategias que utilizan las personas para garantizar un cumplimiento de sus necesidades básicas. Para ello, Yaro (2004) propuso que las vulnerabilidades contextuales de origen físico, social, humano, natural y financiero suelen impactar a las estrategias de subsistencia de los hogares.

En Venezuela, la crisis económica ha impuesto registros alimentarios adversos, por lo que la disponibilidad y acceso a los alimentos han experimentado una considerable reducción. Para el año 2016, se estimó que el 93.3% de los hogares en pobreza extrema consideraba que sus ingresos no eran suficientes para la compra de alimentos básicos, mientras que, en los hogares no pobres, un 78% planteaba tal condición, cifra que se actualizó a 89.4% para el año 2018 (Landaeta-Jiménez et al. 2016; Landaeta-Jiménez, Sifontes y Herrera, 2018).

Por otro lado, para el mismo año, la conformación de la dieta venezolana experimentó considerables alteraciones. Según Landaeta-Jiménez et al. (2016), comidas ricas en carbohidratos y grasas económicas y reducidas en proteínas de origen animal caracterizaban un nuevo patrón alimentario para los venezolanos. Tal hallazgo fue reproducido en investigaciones posteriores realizadas con muestras adolescentes y adultas (Angelucci, Martins y Rodríguez, 2020; Martins, 2017; Martins, 2018), ya que, en términos de diversidad de la dieta, tanto jóvenes como adultos caraqueños optaban por una ingesta considerable de carbohidratos, seguido por el consumo marginal de las proteínas de origen animal y los lácteos. Otros grupos alimenticios que vieron sacrificados sus consumos fueron las frutas, verduras y los huevos.

Ante tal realidad, y en consonancia con lo planteado por Yaro (2004), se ha puesto a prueba la capacidad de producción de los individuos y también se han colocado en

marcha respuestas del Estado venezolano con la finalidad de atender a la inseguridad alimentaria. Los Comité Locales de Abastecimiento y Producción (CLAP), una organización encargada de la distribución de alimentos con costos subsidiados por fondos públicos, ha sido la respuesta del ejecutivo nacional a la crisis alimentaria; sin embargo, autores como Ponce y España (2018) han reportado que solo en la ciudad de Caracas, un 36% de la población vio impedido su acceso periódico a dichos comités, estimando que esa cifra pudiera ser un poco mayor en ciudades pequeñas del interior del país.

Los CLAP han sido la política continuada del programa social MERCAL que inició en el año 2003, y que fue la propuesta que el Estado Venezolano emitió en términos alimentarios, con la finalidad de generar una red de distribución de alimentos con precios accesibles para toda la población, construyéndose así una línea de supermercados y abastos a nivel nacional, que encontraron su punto de quiebre en el año 2016 ante el colapso de la economía nacional (Delgado-Blanco y Herrera-Cuenca, 2019).

Agregado a dichas respuestas de las instituciones del Estado, se pueden esperar patrones conductuales individuales que se activan como consecuencia de la inseguridad alimentaria (Compton y Shim, 2015; Jones, 2017; Myer et al., 2019; Yaro, 2004). Un modelo que describe detalladamente dichos acontecimientos es el de Radimer, Olson, Greene, Campbell y Habicht, (1992), al sugerir que en condiciones de inseguridad alimentaria se desarrolla en los sujetos la presencia de ansiedad y preocupación por la ausencia de suministros de comida. Jones (2017), por su parte, añade que no se trata solo de la ansiedad, ya que los síntomas depresivos, los sentimientos de alienación, la culpa e impotencia pudieran ser otras reacciones emocionales desencadenadas por los estresores presentes, incluso existen investigaciones que han demostrado asociaciones entre la falta de alimentos y la presencia de ideación suicida (Davison, Marshall-Fabien y Tecson, 2015; Shayo y Lawala, 2019).

Posteriormente, estas reacciones afectivas activan mecanismos adaptativos que invitan a los miembros del hogar a establecer un ajuste presupuestario en los recursos económicos y alimentarios que se poseen. Todo esto trae como consecuencia inevitable

una modificación en la calidad y diversidad de la dieta; es importante destacar que esto no afecta a todos los miembros del hogar de la misma forma, ya que por un lado es común que los adultos restrinjan la cantidad y diversidad de sus alimentos, mientras que en el hogar se intenta conservar un patrón alimentario sano para niños y adultos mayores. Se estima entonces que la inseguridad alimentaria habrá alcanzado un nivel delicado cuando se encuentren afectadas la cantidad y calidad de alimentos que consuman tanto niños como ancianos (Radimer et al, 1992).

En conclusión, en palabras de Jones (2017), es necesario admitir que la inseguridad alimentaria contempla un complejo fenómeno individual y multidimensional que compromete la posibilidad que tienen los individuos para disponer de comida, acceder y nutrirse de ella y poder utilizarla de forma aceptable en congruencia con las normas sociales. Entonces, al exponer al individuo a carencias muy sensibles, se ha despertado el interés por estudiar las consecuencias médicas y fisiológicas directas en la literatura científica, pues en contextos de inseguridad alimentaria o hambre, es más probable padecer de aumento de la presión arterial (Alarcão, et al., 2020; Sesso, Barreto, Neves y Sawaya, 2004; Vozoris y Tarasuk, 2003), infecciones respiratorias (Cunha, 2000; Reddy, Kusuma, Pandav, Goswami y Krishnan, 2016; Vozoris y Tarasuk, 2003) y dolores de cabeza o estomago (Alaimo, Olson, Frongillo y Briefel, 2000; Alarcão, et al., 2020; Martins, 2017).

No obstante, en escasas oportunidades se ha vinculado la salud mental con los excesos o deficiencias alimentarias (Jones, 2017). Sin embargo, se han dilucidado algunos mecanismos sobre la manera como la inseguridad alimentaria pudiera contribuir a la generación de síntomas psicológicos, pues se considera que la incertidumbre de abastecimiento de alimentos a futuro pudiera representar una carga estresante capaz de detonar una serie de síntomas, como los ansiosos (Alaimo et al., 2001; Bassi y Hernández, 2019; Siefert, Heflin, Corcoran y Williams, 2001; Martins, 2017, 2018; Vozoris y Tarasuk, 2003), depresivos (Alarcão, et al., 2020; Bassi y Hernández, 2019; Siefert, et al., 2001; Martins, 2017, 2018) e incluso de disfunción intrafamiliar (Martins, 2018), que merecen ser delimitados en diversos campos del conocimiento.

Es por ello que la presente investigación se enmarca en primer lugar, en el campo de la psicología de la salud, la cual es definida por Matarazzo (1982), como un campo disciplinario de la psicología encargado de promover aportes educativos, científicos y profesionales dirigidos a la promulgación, prevención y mantenimiento de la salud. Para alcanzar dichas metas, este campo disciplinario se fundamenta en la identificación de correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, enfermedad y la disfunción. De igual modo, esta investigación se ubica dentro del espectro de la psicología del desarrollo, que según Shaffer y Kipp (2010), es la rama de esta ciencia del comportamiento dedicada a identificar y explicar las continuidades y alteraciones que acontecen en la vida de los individuos a lo largo del tiempo. Incluir este marco interpretativo, es necesario visto que según lo ya mencionado por Radimer et al. (1992), la inseguridad alimentaria no afecta de la misma manera a los distintos grupos etarios.

En congruencia con los objetivos disciplinarios de la psicología de la salud, la presente investigación no solo busca realizar una revisión documental de la inseguridad alimentaria como constructo, sino que también pretende verificar como la presencia de estas condiciones en los hogares generan alteraciones en distintas variables asociadas a la salud mental, el bienestar y la enfermedad. Y en segundo lugar, considerando las nociones del desarrollo, se pretenden destacar las diferencias en las vivencias psicológicas de la inseguridad alimentaria, en función del grupo etario al que se pertenezca.

## **Inseguridad Alimentaria en el Hogar y Salud Mental**

Para entender el concepto de salud mental, es necesario que en primer lugar se realice un esfuerzo por aclarar la terminología asociada a las nociones de *salud y enfermedad*. Según Peña (2011), aunque ambos constructos suelen ser tan cercanos a la cotidianidad, no dejan de ser problemáticos en su comprensión, siendo necesario aclarar para qué condiciones son aplicables dichos constructos:

1. No es posible hablar de salud y enfermedad para el caso de entidades formales o maquinas, por tanto, la salud es una cuestión de los seres vivos.

2. Solo es aplicable para individuos, y no a sus partes funcionales
3. Pueden gozar de salud y enfermedad los individuos conscientes y con capacidad de auto-reconocimiento (Peña, 2011).

Por otro lado, para el caso específico de la salud mental, la organización mundial de la salud (OMS; WHO por sus siglas en inglés), la ha entendido como un estado de bienestar general que capacita a los individuos contra los eventos estresantes de la vida, pudiendo alcanzar indicadores de prosperidad y productividad ante ellos (WHO, 2001).

A partir de dichas definiciones, es posible adentrarse en la exposición de la literatura científica que ha relacionado la inseguridad alimentaria con distintos indicadores de salud mental o psicopatología a lo largo de los años.

Por ejemplo, en un esfuerzo por conjugar el nivel de inseguridad alimentaria a nivel mundial y evaluar las consecuencias que esta pudiera tener sobre la salud mental, Jones (2017) realizó un estudio fundamentado en datos transversales obtenidos en encuestas levantadas en distintas regiones del mundo y que indagaban inseguridad alimentaria individual e incluyeron algunos índices de emocionalidad negativa y positiva.

Jones (2017) mantuvo las hipótesis de que, a mayor inseguridad alimentaria, peor sería la sensación de salud mental autopercebida; sin embargo, conjeturó que tanto el sexo como la edad podrían convertirse en variables que modificarán dicha asociación, puesto que las mujeres suelen expresar en mayor medida su emocionalidad negativa, y que además la inseguridad alimentaria podría tener una vivencia diferente a lo largo de distintas etapas del ciclo vital.

Para contrastar las hipótesis, se utilizaron los datos de la Encuesta Mundial Gallup, que evalúa una serie de encuestas representativas realizadas en 149 países a 147.826 sujetos, con una edad mayor a 15 y promedio de 42 años. En cuanto al tratamiento estadístico de estos datos, Jones (2017) propuso la realización de regresiones lineales

múltiples y regresiones logísticas que facilitaran el estudio de la asociación entre la inseguridad alimentaria individual y distintas condiciones psicosociales.

A partir de ello, dicha investigación halló que los niveles de inseguridad alimentaria eran más elevados en algunas regiones del mundo, como la África Subsahariana (76.1%) en comparación con otros sectores como América Latina y del Caribe (51.1%). Por otro lado, se evidenció que la inseguridad alimentaria se asoció con peores síntomas de salud mental (coeficiente [IC 95%]: NEI: leve FI, 10,4 [9,5, 11,2]; FI moderado, 17,7 [16,4, 19,0]; grave FI, 24,5 [22,7, 26,3]; PEI: FI leve, -8,3 [-9,3, -7,4]; FI moderado, -12,6 [-13,8, -11,3]; FI grave, -16,2 [-17,9,-14,5]) y ello fue independiente del sexo de los sujetos, pero sí tendió a modificarse según la edad de los individuos, ya que en muestras de ancianos las emociones negativas producidas por la inseguridad alimentaria eran mayores (Jones, 2017).

Es así como Jones (2017) concluyó que la evidencia sostiene la posibilidad de plantear relaciones causales entre inseguridad alimentaria y distintos indicadores de salud mental, en los cuales la profundización de los síntomas psicológicos pudieran conformar una función lineal con las condiciones de inseguridad alimentaria, ya que, mientras menos posibilidades existen para acceder y consumir alimentos, más acentuados son los síntomas, pudiendo darse no solo condiciones de ansiedad, depresión o vergüenza, sino que también los individuos pueden recurrir a la adquisición de alimentos de formas socialmente inaceptables como estrategia de afrontamiento ante situaciones de adversidad alimentaria.

Por otro lado, Siefert et al. (2001), con una intención similar, emprendieron un estudio con la finalidad de evaluar la relación existente entre la inseguridad alimentaria y la salud mental-física en una muestra de 724 mujeres solteras en contextos de dificultad económica.

Con la finalidad de alcanzar el objetivo del estudio fueron utilizadas 3 agrupaciones de variables: (a) la inseguridad alimentaria percibida en el hogar; (b) condiciones

sociodemográficas (ej. edad, sexo, nivel socioeconómico) y (c) otros factores de riesgo que pudieran impactar a la salud mental y física de los sujetos.

En cuanto a los resultados obtenidos, los autores reportaron que las personas con experiencia de inseguridad alimentaria tenían mayor probabilidad de presentar una inadecuada percepción sobre su propia salud ( $p \geq 0.001$ ), alguna condición física ( $p \geq 0.001$ ), o síntomas psicológicos de tipo depresivo ( $p \geq 0.001$ ) o ansioso ( $p \geq 0.005$ ) (Siefert et al., 2001). Cabe destacar, que resultados muy similares a los de Siefert et al. (2001) fueron hallados por Alarcão, et al. en el año 2020 en muestras de portuguesas, ya que aquellos sujetos que manifestaron mayor inseguridad alimentaria tenían mayor probabilidad de presentar una peor salud auto-informada y mayores síntomas depresivos.

Tomando en consideración dichos resultados, Siefert et al. (2001) entendieron la inseguridad alimentaria como un fenómeno amplio e inseparable de las condiciones económico-sociales de un país o región, y que tiende a afectar en primer lugar a las condiciones físicas de las personas y, como consecuencia de ello, a la vivencia psicológica de las muestras de sujetos expuestas a ella. Hallazgos similares pero replicados en muestras de niños fueron expuestos en el mismo año por Alaimo et al. (2001).

Otra línea de investigación semejante fue desarrollada por Vozoris y Tarasuk (2003), quienes se propusieron estudiar la vinculación existente entre la inseguridad alimentaria e indicadores de salud mental, física y social en muestras canadienses.

En dicho estudio, los autores caracterizaron el perfil sociodemográfico de las familias con inseguridad alimentaria. Concretamente en Canadá, se estimó que aquellas personas desempleadas, con ingresos económicos comprometidos y habitantes rurales poseen una inclinación mayor a presentar ausencia de alimentos en sus hogares, encontrando en definitiva que las personas que pertenecen a hogares con alta inseguridad alimentaria suelen padecer en mayor medida afecciones físicas como la diabetes o hipertensión y padecimientos en salud mental (Vozoris y Tarasuk, 2003).

En el contexto venezolano, Martins (2017) emprendió un estudio con el objetivo de evaluar, desde una perspectiva interdisciplinaria, la influencia de la inseguridad y diversidad alimentaria, la salud mental general, la edad y el sexo sobre los síntomas de estrés postraumático en adolescentes de una comunidad educativa de Caracas.

Para cumplir con lo propuesto, el autor encuestó a 300 adolescentes escolarizados, con edades comprendidas entre los 12 y 19 años de edad, provenientes de los cinco municipios que integran la zona metropolitana de Caracas. Para levantar los datos, se procedió a aplicar los siguientes instrumentos: (a) la escala de síntomas postraumáticos de Los Ángeles (LACS); (b) el cuestionario de salud general de Goldberg (GHQ-28); (c) cuestionario de diversidad alimentaria individual, y; (d) la escala de acceso de la inseguridad alimentaria de los hogares (HFIAS).

El estudio fue no experimental y tuvo como diseño de investigación un diagrama de ruta. La regresión múltiple fue el estadístico que permitió dar cuenta de la relación causal existente entre las variables incluidas en los modelos asumidos. Entre los resultados relevantes para la presente investigación, es necesario reportar que, aunque la inseguridad alimentaria impactó todas las variables psicológicas medidas en el estudio, fueron la ansiedad ( $\beta= 0.37$ ;  $p=0.000$ ) y la depresión ( $\beta= 0.20$ ;  $p=0.000$ ) aquellos aspectos de la salud mental cuya magnitud de predicción fue más elevada, de manera que a mayor inseguridad alimentaria exista en los hogares, mayor serán los síntomas de ansiedad y depresión (Martins, 2017).

En cuanto a la particularidad de los síntomas, Martins (2017) aclaró que la ansiedad experimentada en hogares con alta inseguridad alimentaria se caracteriza por una sensación de nerviosismo crónico, que se acompaña de episodios de agobio y sensaciones de indefensión ante una realidad que atenta contra las necesidades básicas de las personas, y cuyo control escapa de las acciones individuales, puesto que la inseguridad alimentaria existe en la medida que se da un desbalance en las políticas macroeconómicas del país, y que generan en los sujetos la sensación de no poder resolver la problemática en cuestión.

Posteriormente, en el año 2018, el autor realizó otra investigación que se planteó la intención de indagar el efecto de la inseguridad y diversidad alimentaria, la autopercepción de la calidad de la dieta y el sexo sobre el funcionamiento familiar y la salud mental general (Martins, 2018). Dicho estudio planteó una innovación en la manera de las consecuencias de la inseguridad alimentaria, ya que no solo consideró a variables de naturaleza individual entre las afectadas, sino que además incluyó a factores sistémicos en dicha consideración.

Entre las herramientas de evaluación utilizadas por Martins (2018) destacan: (a) cuestionario de salud general de Goldberg (GHQ-28); (b) escala de acceso de la inseguridad alimentaria de los hogares (HFIAS); (c) Cuestionario de diversidad alimentaria individual; (d) Cuestionario de la Autopercepción de la Calidad de la Dieta de la UCAB, y; (e) el “McMaster Family Assessment Device” como indicador de la percepción que mostraban los sujetos acerca del funcionamiento de sus familias.

Al igual que para la primera investigación propuesta por el autor (Martins, 2017), en el más reciente estudio, fue considerada una investigación no experimental según el grado de control que se ejerció sobre las variables, mientras que se emprendió el tratamiento de las hipótesis y los datos mediante un diagrama de rutas. De esta manera, Martins (2018) evidenció que en 970 adultos caraqueños se repite la predicción significativa de la inseguridad alimentaria sobre los síntomas de ansiedad ( $\beta= 0.28$ ;  $p=0.000$ ) y depresión ( $\beta= 0.09$ ;  $p=0.003$ ), pero además de ello, a mayor inseguridad alimentaria, peor perciben los sujetos encuestados el funcionamiento de sus familias ( $\beta= -0.17$ ;  $p=0.000$ ).

Aunque los hallazgos entre los estudios (Martins, 2017, 2018) fueron similares, un aspecto diferenciador, además del grupo etario de los encuestados, fue que los síntomas ansiosos y depresivos con mayor preponderancia en la segunda investigación fueron la imposibilidad para conciliar el sueño, el cansancio extremo, la presencia de sensaciones de agobio por el aumento de las preocupaciones, la anhedonia, restricciones en los

procesos de toma de decisiones y solución de problemas, y una percepción de inutilidad en las tareas de la cotidianidad.

En resumen, las investigaciones descritas (Alaimo et al. 2001; Alarcão, et al., 2020; Jones, 2017; Martins, 2017, 2018; Siefert et al., 2001; Vozoris y Tarasuk, 2003) permiten, por un lado, mantener las hipótesis de que altos niveles de inseguridad alimentaria producen la aparición de alteraciones en la salud mental claramente evidenciables en indicadores ansiosos, depresivos o de reducción del bienestar general, y por otro lado, son hallazgos que sirven de evidencia al modelo resumido de Compton y Shim, (2015), que ya fue expuesto con anterioridad, y que realza estas vinculaciones entre las alteraciones alimentarias y la salud mental. Sin embargo, según dicha propuesta, la ansiedad y la depresión deben entenderse como condiciones individuales que surgen como respuesta a la inseguridad alimentaria como evento estresante de la vida. Siendo necesario incluir una comprensión teórica y empírica de las nociones de estrés (como evento y como respuestas) para explicar minuciosamente las consecuencias psicológicas de la inseguridad alimentaria.

## **Eventos Estresantes de la Vida y Respuestas al Estrés**

En el texto clásico "*Stress, appraisal and coping*" de Lazarus y Folkman (1984), aparece la que podría ser una de las primeras concepciones psicológicas otorgadas a la noción de estrés. Para los autores, siguiendo la propuesta de Selye y Cannon, debe existir una analogía entre el estrés y una fuerza física que afecta a un objeto, que, al alcanzar cierta intensidad, es capaz de producir alteraciones como deformaciones, cambios o destrucción en las propiedades de dicho objeto.

En principio, definiciones de ese estilo se sostenían sobre la idea de que estas "fuerzas" (estresores) aparecían de forma aislada y afectaban de forma lineal a los individuos o grupos familiares. Sin embargo, la evidencia fue demostrando que estos estresores rara vez aparecen de manera individual y que, por el contrario, tienden a acumularse. Bajo esta línea de pensamiento, Lavee et al. (1987) introdujeron la concepción de "acumulación de demandas" para describir los mecanismos mediante los

cuales los estresores tienden a agruparse impactando de formas particulares a los individuos o grupos de sujetos.

Para los autores, se da lugar a la acumulación de estresores por múltiples razones, entre las que se puede mencionar: (a) un estresor individual puede acarrear ciertas dificultades que no suelen ser sencillas de superar con inmediatez; (b) transiciones normativas que ocurren en los individuos o grupos familiares, y; (c) el desgaste psíquico que implica hacer frente a las demandas de cada estresor por separado.

Por otra parte, Lavee et al. (1987) aclaran de forma explícita que no existe una única manera de entender a los eventos estresantes de la vida, ya que los mismos pueden ser clasificados por su magnitud o intensidad, su lugar de origen, la condición esperada o inesperada o su nivel de deseabilidad. Una manera de condensar dichos indicadores implica agrupar a los estresores como normativos o no normativos.

Los eventos estresantes normativos son aquellos cambios asociados a los roles sociales que desempeña la persona, transiciones de carácter programado y que, usualmente, son experiencias de tiempo corto. Por otro lado, los estresores no-normativos suelen ser inesperados, indeseables y con efectos duraderos para la vida de las personas (Lavee et al. 1987).

Es así como, siguiendo la posición de distintos autores y adoptando un modelo del estrés como respuesta (Evans, 2004; Evans y English, 2002; Evans, et al. 2005; Llorens 2013; Rodríguez, 2002), se podría entender a las condiciones de dificultad económica como la fuente desencadenante de variados estresores, entre los cuales podemos situar a la inseguridad alimentaria, y que generan respuestas particulares de los sujetos ante los montos subjetivos de tensión experimentados.

Siguiendo las clasificaciones de los eventos estresantes de la vida sugerida por Lavee et al. (1987), se podría considerar a la inseguridad alimentaria en las familias como un estresor que puede variar en su magnitud para los distintos hogares, dependiendo del ingreso económico de las familias. Además, podríamos inferir que es un estresor poco deseado por las consecuencias físicas y psicológicas que ya han sido descritas en la

literatura (Alaimo et al. 2001; Jones, 2017; Martins, 2017, 2018; Siefert et al., 2001; Vozoris y Tarasuk, 2003), de tipo no normativo por lo duradero de sus consecuencias (Jyoti, Frongillo y Jones, 2005) y por el carácter crónico que algunas investigaciones han demostrado este fenómeno tiene en la sociedad venezolana (Bernal y Lorenzana, 2007; Landaeta-Jiménez, Sifontes y Herrera, 2018) .

Por ejemplo, el estudio de Bernal y Lorenzana (2007) que tuvo como finalidad obtener indicadores psicométricos para una escala de seguridad alimentaria puesta a prueba en una muestra de 924 adolescentes venezolanos, halló que en ese año, cuando la economía venezolana experimentaba indicadores favorables por el mencionado “*boom petrolero*”, ya existía en su muestra de estudio un 54% de sujetos que manifestó algún nivel de inseguridad alimentaria, mientras que un 20% de esas familias describió escenarios de hambre a raíz del dinero insuficiente que declaraban tener para la compra de alimentos.

En resumen, la inseguridad alimentaria es uno de los eventos estresantes de la vida en el innumerable listado de factores de riesgo presentes en contextos de precariedad económica, y esto trae como consecuencia la necesidad de estudiar no solo al detonante, sino también las estrategias de afrontamiento utilizadas por los miembros de la familia ante el estresor, y las respuestas individuales como la ansiedad y la depresión que se generan en los sujetos.

En su revisión teórica Galindo y Ardila (2012), sostuvieron que en contextos de pobreza incluso la forma en la que los sujetos explicaron las causas de sus realidades, interfirió la manera en cómo las manejaron. Según los autores, las personas sometidas a estos contextos tienden a explicar gran parte de sus realidades en función de elementos externos, soliendo aparecer una fe o creencia en Dios, que determinaba en la mayoría de los casos conductas pasivas en lo referente a la toma de decisiones ante sus problemas, pero que sin embargo, funcionaba como un elemento protector de todas las calamidades por enfrentar.

Bajo esta línea de pensamiento, Huang, Matta y Kim (2010) realizaron una investigación con la finalidad de verificar algunas características de los jefes de hogar en inseguridad alimentaria: (a) estrés parental; (b) la calidez de los padres; (c) su angustia psicológica, y; (d) la autoestima, y si estas eran capaces de mediar la relación existente entre la inseguridad alimentaria y los problemas de conducta de los niños.

Los autores mantuvieron la hipótesis de la mediación partiendo de los preceptos del modelo de estrés familiar de Conger y Donnellan (2007), que sostienen como la calidad de la crianza y la salud mental de los padres se constituyen como los indicadores que median la relación entre inseguridad alimentaria y los problemas de conducta. Esto ocurriría ya que los hogares en pobreza impulsan a los padres a la realización de sacrificios para el mantenimiento económico de la familia, lo que a su vez obliga a la reducción de tiempo efectivo en el cuidado y participación de los padres en el desarrollo infantil, y ello, en consecuencia, tendría un impacto en el bienestar de los jóvenes.

La muestra utilizada en la investigación de Huang, Matta y Kim (2010) incluyó 419 niños pertenecientes a 249 hogares de los Estados Unidos de América, cuyos datos fueron obtenidos a través de dos encuestas, la del Suplemento del Desarrollo Infantil (CDS) y el Panel Study Of Income Dynamics.

En cuanto a los instrumentos utilizados, los autores hicieron uso de: (a) Índice de problemas de conducta (BPI) obtenido en el CDS; (b) escalas de estrés y calidez parental como indicadores de las características del cuidador principal, y; (c) la salud mental obtenida por medio de indicadores de algún trastorno psicológico y por el inventario de autoestima de Rosenberg (Huang, Matta y Kim, 2010).

Para el caso de los resultados obtenidos, Huang, Matta y Kim (2010) encontraron que la inseguridad alimentaria se relacionó de forma baja y positiva con el estrés parental ( $r=0.16$ ;  $p\leq 0.05$ ), la salud mental comprometida en el cuidador ( $r=0.16$ ;  $p\leq 0.05$ ), su autoestima ( $r=0.27$ ;  $p\leq 0.05$ ), y los síntomas externalizadores en los niños ( $r=0.15$ ;  $p\leq 0.05$ ). No obstante, cuando se calculó la correlación entre los problemas de conducta de los niños y la inseguridad alimentaria en el hogar, controlando las características

parentales, se obtuvo que el monto de las correlaciones descendió, tanto para los problemas externalizadores como los internalizadores.

Dichos hallazgos ponen en evidencia que la relación entre inseguridad alimentaria y las alteraciones en la conducta infantil, resulta más compleja de lo discutido tradicionalmente en la literatura (Alaimo et al. 2001; Jones, 2017; Martins, 2017, 2018; Siefert et al., 2001; Vozoris y Tarasuk, 2003) y pusieron de manifiesto que el estrés parental es el principal mediador de la relación, por encima de la calidez del trato padre-hijo.

Este tipo de realidades ya han sido desarrolladas en el campo de la psicología clínica, y en congruencia con lo planteado por Huang, Matta y Kim (2010), Suter, Huggenberger y Schachinger (2007), afirman textualmente lo siguiente:

“El estrés es un importante factor que puede afectar en las interacciones sociales, especialmente en la interacción madre-hijo. Las madres, durante los episodios estresantes de su vida, suelen estar menos sensibles, más irritables, críticas y punitivas (...) en general, el estrés parece ser un factor capaz de alterar gravemente las prácticas de crianza, lo cual resulta en una menor calidad de la interacción madre-hijo” (Suter, Huggenberger y Schachinger, 2007, p. 46)

Otra investigación similar, fue la emprendida por Weinreb, Wehler, Scott, Hosmer, Sagor y Gundersen (2002), quienes pretendieron estudiar el efecto que el hambre tiene sobre la salud mental, física y otros indicadores como el rendimiento académico de los jóvenes, controlando estadísticamente distintas variables asociadas al comportamiento materno.

La investigación se desarrolló en 408 niños (26% en edad preescolar; 74% con edades académicas) americanos, puertorriqueños y afrodescendientes de Massachusetts. Las madres de los jóvenes también fueron involucradas en el estudio, de

hecho, a cada jefa del hogar se le permitía la inscripción de máximo un bebe, un niño en edad preescolar y hasta dos jóvenes con edades escolares (Weinreb et al. 2002).

Gran cantidad de instrumentos fueron utilizados en el estudio. Algunos de ellos fueron aplicados a las madres, como, por ejemplo, medidas de historias del hogar, salud personal, eventos estresantes de la vida y además informaron para el caso de jóvenes sobre su historial de hambre, salud, problemas de comportamiento y experiencias estresantes de la vida. Los niños con edad escolar completaron auto reportes sobre el rendimiento académico, los eventos estresantes de la vida y otros indicadores sobre la calidad de vida que poseían al momento de la investigación (Weinreb et al. 2002).

En cuanto al análisis de resultados, Weinreb et al. (2002), indicaron la utilización de varios pasos, en primer lugar, se llevaron a cabo los análisis descriptivos de rigor, posteriormente se comparó a los niños con puntajes altos y bajos en los indicadores de hambre en el hogar y por último emprendieron regresiones múltiples para contrastar las conjeturas realizadas. Es así como a partir de ello se pudo caracterizar que los niños con episodios de hambre, tenían más probabilidad de tener bajo peso al nacer, enfermedades crónicas y de experimentar más eventos estresantes si se les comparaba con los jóvenes sin puntajes de hambre.

Por otro lado, los jóvenes hambrientos tenían más probabilidad de experimentar episodios ansiosos y problemas de atención, pero no se halló relación entre el hambre y los resultados académicos de los jóvenes. Una característica definitoria de los hallazgos fue que permitieron definir que las madres de jóvenes hambrientos presentaron altos puntajes en síntomas depresivos, ansiosos y de estrés postraumático. También se halló que la mejor combinación lineal del hambre infantil severa, el bajo peso al nacer, los eventos estresantes de la vida y los niveles de angustia materna fueron capaces de predecir la salud de los niños y sus síntomas psicológicos internalizadores. Para este último indicador de la salud mental de los jóvenes, cuando fueron controladas la angustia materna y sus cuidados de crianza como covariables, los autores obtuvieron que la predicción fue mucho menor, por lo que la investigación de Weinreb et al. (2002), concuerda con ya reportado por Huang, Matta y Kim (2010).

Otras investigaciones de relevancia en el área, son aquellas que consideran a las estrategias de afrontamiento ante situaciones de estrés provocadas por la inseguridad alimentaria, y que evalúan como estas estrategias impactan sobre el desarrollo de síntomas psicológicos individuales. Por ejemplo, el estudio reciente de Myer et al. (2019), se propuso visibilizar a las minorías norteamericanas expuestas a contextos de inseguridad alimentaria. Concretamente, el objetivo de dicha investigación fue conocer las estrategias de afrontamiento utilizadas por sujetos afroamericanos que asisten al sistema público de salud mental. La especificidad de la muestra, parte del interés de los investigadores por estudiar las realidades psicológicas de poblaciones que, según la literatura, se ven expuestas a contextos de exclusión y de inseguridad alimentaria.

Según estos investigadores, las personas que han sido diagnosticadas con alguna enfermedad mental y que a su vez pertenecen a grupos minoritarios dentro de las sociedades, son individuos con altas probabilidades de experimentar episodios de inseguridad alimentaria, como consecuencia de las desventajas económicas y sociales de tipo estructural. Utilizando métodos mixtos y con una muestra principal de 21 pacientes psiquiátricos (52% masculinos) que recibieron atención de salud mental en centros comunitarios de Washington. En dichos participantes, los historiales clínicos reflejaron que las alteraciones de ansiedad y los trastornos psicóticos, fueron los cuadros diagnósticos que predominaron, y además de ello se reportó que un 71% de la muestra padecía de altos niveles de inseguridad alimentaria (Myer et al., 2019).

Todos los sujetos respondieron a una entrevista semi-estructurada que evaluó distintas temáticas, como el listado de alimentos deseados, las barreras para poder alcanzarlos y las estrategias de afrontamiento utilizadas por los sujetos para compensar las dificultades atravesadas. El enfoque de la teoría fundamentada, fue utilizado para la identificación de los temas emergentes (Myer et al., 2019).

En cuanto a los resultados obtenidos Myer et al. (2019), hallaron que aunque los antecedentes de tipo cuantitativo demuestran una asociación entre la inseguridad alimentaria y algún síntoma de tipo psicológico, esta no tiende a verse exacerbada en las narrativas construidas por los pacientes psiquiátricos. No obstante, en la entrevista existió

espacio para que los participantes expusieran el uso social que le otorgan a la poca cantidad de alimentos disponibles y a las estrategias de afrontamiento utilizadas para afrontar esta situación de tensión. Es por esto, que el 75% de los sujetos entrevistados indicó un uso creativo de la comida, al evitar cocinar para pocas personas y por el contrario solo hacerlo en presencia de otros miembros de la comunidad de origen.

Los proveedores de alimentos variaban de una semana a otra y ello facilitaba que no se acabaran los pocos recursos con los que se contaba. En definitiva, la escasez de comida era un foco estresante para los participantes, mientras que los rituales para solucionar la condición adversa se constituyeron como un pasatiempo o una especie de salida, al tiempo que era una oportunidad para conectarse con otros. En consonancia con estos hallazgos, una participante indicó textualmente lo siguiente:

Yo amo que la gente pruebe mi cocina, ya sabes, esa es una de mis cosas favoritas. Me gusta presumir, voy a ser sincera, me gusta presumir de mi cocina. Me encanta porque tengo tres hijos. Cada uno de ellos está con sus chicas o sus novias (...) Los domingos preparo una buena comida (...) porque sé que alguno de ellos vendrá, si no los tres. Eso es casi todos los sábados y domingos. Sabes, uno de mis hijos puede venir el sábado por la mañana y preparamos el desayuno, ¿sabes?, nos sentamos, hablamos o chateamos (Myer et al., 2019, p. 444)

Otra estrategia, para combatir a la inseguridad alimentaria que fue descrita en los hallazgos de la investigación, pasa por entender que, en condiciones de carencia alimentaria, la mayoría de los participantes pudo recurrir a los servicios sociales para satisfacer sus necesidades (Myer et al., 2019).

En conclusión, Myer et al. (2019) indicaron que, pese a las limitaciones de acceso a los alimentos, los participantes eran capaces de mitigar su experiencia subjetiva de no tener suficiente comida, con las redes sociales que se activaban con aquellas personas que se percibían con alimentos suficientes y que eran capaces de compartir su comida, cocinar juntos o facilitar parte de sus beneficios de la asistencia social.

Por otro lado, Shariff, Mohd y Khor (2008), emprendieron una investigación con la finalidad obtener evidencia acerca de las asociaciones existentes entre la inseguridad alimentaria, distintos factores sociodemográficos, socioeconómicos y las estrategias de afrontamiento de los miembros de hogares desfavorecidos.

La muestra fue obtenida en un poblado rural a las afueras de Kuala Lumpur, la capital de Malasia. En total, fueron encuestados 290 hogares pertenecientes a las tribus malayas (73.40%) e indias (26.60%), y para que estos pudieran conformar al grupo definitivo de estudio, debían integrarse como mínimo, por una pareja, y uno o más hijos. Aquellas familias con miembros extendidos, también se incluyeron, pero en menor proporción.

En cuanto a las estrategias de recolección de datos, fueron utilizados indicadores sociodemográficos, la escala de seguridad alimentaria de Radimer/Cornell, cuyos valores obtenidos pueden categorizarse en cuatro niveles ordinales: (a) seguridad alimentaria; (b) inseguridad alimentaria individual; (c) inseguridad en el hogar y (d) hambre infantil. Por último, se empleó un instrumento dirigido a la medición de las estrategias de afrontamiento en contextos de inseguridad alimentaria; los reactivos de esta escala, fueron agrupados en dos factores, estrategias de afrontamiento con los alimentos y estrategias hacia los ingresos y gastos (Shariff, Mohd y Khor, 2008).

En cuanto a los análisis estadísticos realizados Shariff, Mohd y Khor (2008), reportaron que técnicas de chi cuadrado y t de student para muestras independientes, fueron utilizadas para comparar a los grupos con seguridad e inseguridad alimentaria en función de las variables sociodemográficas, el ingreso socioeconómico, y sus estrategias de afrontamiento en cuanto a los ingresos y gastos. Entre los resultados obtenidos, se halló que existieron diferencias entre los hogares con y sin seguridad alimentaria, en la mayoría de las variables incluidas en el análisis.

Concretamente, en los hogares con inseguridad alimentaria, el tamaño de las familias suele ser mayor, la probabilidad de estar por debajo del umbral de la pobreza es

significativamente más alta y, por último, hogares hambrientos tienden a gastar mucho más dinero del que ingresan mensualmente (Shariff, Mohd y Khor, 2008).

En términos de las estrategias de afrontamiento, Shariff, Mohd y Khor (2008) demostraron las diferencias que pueden existir entre hogares con inseguridad alimentaria y aquellos que se muestran seguros, en cuanto a las estrategias de afrontamiento preferidas. Las familias pertenecientes a hogares con seguridad alimentaria, en contextos económicos adversos optan por vender algún patrimonio valioso o por pedir dinero prestado en mayor medida que los hogares inseguros (venta valiosa= 81%; solicitud de préstamos= 82%). Por otra parte, aunque los miembros de hogares con inseguridad alimentaria también pueden solicitar préstamos, tienden a realizarlo con familiares extendidos o miembros de la comunidad y no con entidades financieras formales.

Naturalmente, el dinero solicitado por los jefes de familia de hogares inseguros, es utilizado para comprar alimentos. Otra estrategia empleada por estos miembros, consistió en dejar de enviar a sus hijos al colegio, con la finalidad de ahorrar el dinero invertido en gastos educativos. Por último, los autores también encontraron que en estos hogares es frecuente cocinar los alimentos disponibles y compartirlos con otras personas que los necesiten, aunque esto suponga una reducción en la cantidad de comidas ingeridas por los miembros de la familia (Shariff, Mohd y Khor, 2008).

En resumen, la exposición teórica y empírica desarrollada en el presente apartado (Conger y Donnellan, 2007; Huang, Matta y Kim, 2010; Lavee et al. 1987; Myer et al., 2019; Shariff, Mohd y Khor, 2008; Weinreb et al. 2002) sostiene la importancia que los síntomas de estrés y sus estrategias de afrontamiento, mantienen en la relación existente entre la inseguridad y las respuestas psicológicas al estrés (ej. depresión, ansiedad). Pero, por otro lado, añadido a lo ya expuesto, existen una serie de variables sociodemográficas que pudieran servir de moderadoras entre dicho vínculo trabajado en la literatura.

## **Inseguridad Alimentaria, Salud Mental y Ciclo Vital**

Hasta el momento se ha discutido evidencia de como la inseguridad alimentaria es un factor capaz de impactar a distintas muestras, tanto a niños, adolescentes como adultos. Sin embargo, autores como Bernal, et al. (2012), han sugerido la necesidad de estudiar la inseguridad alimentaria en niños ya que la conciben conceptualmente diferente a la manifestada por los adultos, pues consideran que la falta de independencia, el poco conocimiento sobre la realidad financiera de las familias y la poca probabilidad de asumir las labores de preparación de alimentos, establecen un límite entre la realidad adulta y la juvenil.

El foco de la discusión ha sido hasta ahora el impacto que tiene la inseguridad alimentaria en la salud mental de los adultos y jefes del hogar. Sin embargo, es relevante desarrollar las características de esta influencia en las realidades infantiles. Especialmente porque la niñez suele ser concebida como la etapa más importante en la consolidación de la personalidad y también como la fase más crítica, en el estudio de las consecuencias de la pobreza sobre el bienestar psicológico (Galindo y Ardila, 2012). Por ello investigaciones como la de Connell, Lofton, Yadrick y Rehner (2005), tuvieron la finalidad de explorar las percepciones que un grupo de niños mantenía sobre la inseguridad alimentaria en el hogar.

Los autores emprendieron un estudio cualitativo que contó con 32 participantes con edades comprendidas entre los 11 y 16 años, pertenecientes a áreas de bajos ingresos. Entrevistas a profundidad fueron realizadas en un formato individual y semiestructurado.

Las preguntas utilizadas fueron desarrolladas con la ayuda de expertos en seguridad alimentaria y una experta en mercadeo cualitativo con niños. Las preguntas evaluaban ¿qué sucedió cuando los suministros de alimentos en la casa comenzaron a escasear? y ¿qué pensaron los llevó a esa situación?, así como también se indagó sobre la ansiedad por el suministro de alimentos en la familia (Connell et al., 2005).

Para Connell et al. (2005), las respuestas de los niños sugerían la gravedad de la inseguridad alimentaria. La mayoría de ellos se libraron del hambre gracias a los adultos, excepto en el nivel más grave de inseguridad alimentaria en el hogar. También se pudo observar el importante papel que desempeñaban los programas de desayuno y almuerzo escolar al proporcionar alimento a los niños, ya que algunos de ellos mencionaron la necesidad de no faltar a clases, para poder comerse todo el almuerzo escolar, que a posteriori les evitaría tener hambre en la cena.

A partir de estos resultados, los autores concluyeron que existen diferencias en como la inseguridad alimentaria afecta a los niños y adultos, sin embargo, los infantes comparten con los adultos la afectación en las dimensiones físicas, psicológicas y sociales (Connell et al., 2005).

En el caso venezolano, la investigación ya mencionada de Bernal, et al. (2012), se propuso conocer, describir y conceptualizar como la inseguridad alimentaria de los infantes pudiera resultar cualitativamente distinta a los reportes realizados por adultos.

La investigación contó con 55 niños pertenecientes al Estado Miranda en Venezuela, que fueron abordados bajo un enfoque naturalista que permitió estudiar a 42 jóvenes bajo la técnica del focus group y a 13 a través de entrevistas individuales, cuyos resultados fueron analizados mediante procedimientos de la teoría fundamentada (Bernal et al. 2012).

Para organizar los resultados de su investigación Bernal et al. (2012), intentaron responder 6 preguntas: (a) ¿qué le sucede a los niños con inseguridad alimentaria?; (b) ¿cuáles son los patrones de alimentación de estos jóvenes en contextos carentes?; (c) ¿cuáles suelen ser las características físicas de estos niños?; (d) ¿por qué y cuándo ocurre la inseguridad alimentaria?; (e) ¿cómo afrontan los niños la inseguridad alimentaria? y; (f) ¿los padres protegen de alguna manera a sus hijos de la inseguridad alimentaria?.

En cuanto a los resultados hubo temas que se repitieron tanto en los grupos focales como en las entrevistas a profundidad, ejemplo de ello fue el discurso sobre dietas

poco diversas, la poca presencia de apoyo social, la conciencia sobre un contexto carente, la necesidad del trabajo infantil y la solicitud de ayuda a miembros ajenos a la familia para poder comer. Como insumo exclusivo de las entrevistas a profundidad, se obtuvo que algunos niños reportaron sentimientos de vergüenza al experimentarse sin alimentos en sus hogares (Bernal et al. 2012).

Además de esto, los autores indicaron que los niños que experimentaron inseguridad alimentaria solían presentar una realidad emocional, donde la ansiedad y la tristeza ocupan un lugar preponderante, aunque no siempre encuentran una única vía de manifestación, ya que en ocasiones el niño puede preferir comentarlo con sus pares (ej. amigos o hermanos), y hacerlo en menor medida con sus padres o simplemente optar por no presentar una expresión emocional directa de dichos afectos. Por otro lado, en cuanto a los patrones de alimentación de los niños con inseguridad alimentaria, la mala ingesta y la calidad de la dieta comprometida suelen ser un factor común para estos jóvenes (Bernal et al. 2012).

En tercer lugar, Bernal et al. (2012), indicaron que en términos de características físicas estos niños suelen percibirse como delgados, aunque no entiendan el concepto de desnutrición y en casos de inseguridad alimentaria extrema, pudieran percibirse como enfermos. En cuanto a la atribución causal de los fenómenos que generan inseguridad alimentaria, los niños entrevistados suelen asociar la falta de alimentos con factores externos (ej. huelgas generales, fallas en los servicios básicos) o internos (ej. desempleo en los jefes del hogar, falta de recursos o uso y dependencia de algunos de los miembros de drogas o alcohol).

Por otro lado, los hallazgos también describen las estrategias de afrontamiento que los niños perciben en sus padres o ejecutan por sí mismos en contextos de inseguridad alimentaria, y en cuanto a ello, se sabe que en los hogares con estas características suele ser necesario prolongar las provisiones de alimentos, aumentar los ingresos, y para ello se puede acudir a estrategias como disminuir la cantidad de consumo de los miembros menos vulnerables o acudir a la familia extendida u otras personas de la comunidad, para conseguir alimentos (Bernal et al. 2012).

Por último, los padres intentan proteger a sus hijos de la inseguridad alimentaria, por dos vías: (a) la primera, siendo ellos quienes se sacrifican en el consumo de alimentos, con la finalidad de guardar las mejores porciones a sus hijos y (b) tratando de ocultar (de una forma ingenua) la realidad alimentaria del hogar a sus niños (Bernal et al. 2012).

En resumen, el estudio de Bernal et al. (2012), se convierte en una investigación que da cuenta de cómo la inseguridad alimentaria es capaz de crear en los niños conciencia cognitiva, emocional y física de las condiciones de exclusión a las que se ven sometidos sus hogares de procedencia.

Recientemente Bassi y Hernández (2019), realizaron una investigación con el objetivo de comparar los síntomas internalizadores de ansiedad y depresión y externalizadores de hiperactividad, que presentaban niños pertenecientes a hogares con alta y baja inseguridad alimentaria en el hogar.

Para cumplir con el objetivo pretendido, las investigadoras incluyeron en su estudio dos muestras, la primera de ella conformada por 200 niños venezolanos con edades comprendidas entre los 8 y los 12 años de edad (46.5% masculinos y 53.5% femeninos) y su respectivo representante. La intención por incluir ambas muestras, pasaba por poder encuestar los síntomas depresivos y ansiosos directamente en los jóvenes, mientras que los padres fueron los encargados de suministrar datos sobre la inseguridad alimentaria en el hogar y además emitieron su juicio sobre los síntomas de hiperactividad percibidos en sus representados.

En cuanto a las hipótesis planteadas, Bassi y Hernández (2019), esperaban encontrar que los niños cuyos hogares eran descritos por sus padres con altos niveles de inseguridad alimentaria, tenderían a presentar a su vez mayores niveles de ansiedad, depresión y síntomas clínicos de hiperactividad, si se les comparaba con aquellos niños pertenecientes a hogares con baja inseguridad alimentaria.

Se ejecutó un diseño prospectivo simple y los análisis de resultados fueron llevados a cabo con la técnica no paramétrica de Wilcoxon Mann-Whitney, encontrando

que tal como se conjeturó, los hogares con mayor inseguridad alimentaria tienden a presentar niños con mayores manifestaciones de nerviosismo (U de Mann-Whitney=3549.50;  $p=0.001$ ), pensamientos fatalistas-síntomas fisiológicos (U de Mann-Whitney=3975.00;  $p=0.01$ ) y perturbaciones emocionales de tipo depresivo (U de Mann-Whitney=4206.00;  $p=0.05$ ). Resultados que fueron similares para los síntomas externalizadores de hiperactividad (U de Mann-Whitney=3656.0;  $p=0.001$ ) en un contexto muestral donde los padres reportaron moderados niveles de inseguridad alimentaria en el hogar (Bassi y Hernández, 2019).

A partir de dichos resultados, Bassi y Hernández (2019) discutieron que las condiciones de inseguridad alimentaria moderadas encontradas en la muestra, pudieran

guardar relación con el contexto hiperinflacionario que atraviesa Venezuela, que compromete los salarios de los hogares hasta el punto de hacerlos insuficientes para el cumplimiento de las necesidades alimentarias básicas. Teniendo esto un impacto psicológico no solo en los adultos sino también en los niños.

En resumen, estos hallazgos (Bassi y Hernández, 2019; Bernal et al. 2012; Connell et al., 2005) permiten inferir que los síntomas psicológicos que surgen como consecuencia de la inseguridad alimentaria, pudieran resultar diferentes cualitativa y cuantitativamente según el grupo etario al que se pertenezca. Por ejemplo, al comparar los resultados obtenidos por Martins (2017, 2018) con los reportados por Aguilar y Requena (2018) y Bassi y Hernández (2019), se evidenció que aunque tanto en adultos, adolescentes y niños la inseguridad alimentaria generó síntomas de ansiedad y depresión, fue en los infantes donde la magnitud del efecto resultó mayor.

De esta manera y haciendo uso de lo mencionado anteriormente, el objetivo que persigue la presente investigación consiste en: evaluar la influencia que tienen la inseguridad alimentaria, el sexo, las estrategias de afrontamiento al estrés y la diversidad alimentaria sobre distintos indicadores de la salud mental (ansiedad y depresión), verificando como esta relación se encuentra moderada por el grupo etario al que

pertenezca el sujeto: infante, adolescente o adulto, mediante la utilización de tres diagramas de ruta.

# **Método**

## **Problema de Investigación**

¿Cómo es la influencia de la inseguridad alimentaria en el hogar, el sexo, las estrategias de afrontamiento y la diversidad alimentaria sobre distintos indicadores de la salud mental (ansiedad y depresión), viéndose dicho efecto moderado por el grupo etario de pertenencia? ¿y como estas variables se relacionan entre sí?

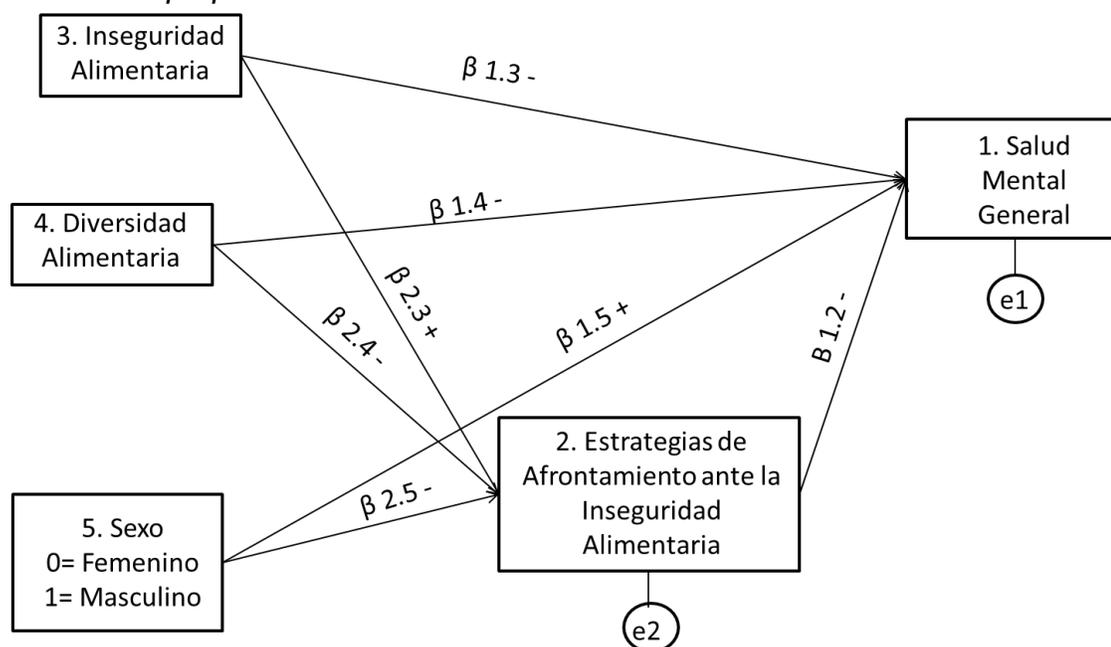
## **Hipótesis**

### **Hipótesis General**

Existe una influencia de la inseguridad alimentaria, el sexo, las estrategias de afrontamiento al estrés y la diversidad alimentaria sobre los distintos indicadores de la salud mental (ansiedad y depresión), viéndose dicho efecto moderado por el grupo etario de pertenencia, al tiempo que todas estas variables se relacionarán entre sí.

### **Hipótesis Específicas**

Se pretende verificar las relaciones propuestas en el siguiente diagrama de rutas:

**Figura 2***Diagrama de rutas propuesto*

\*En niños y adolescentes se estima la magnitud de la predicción resulte mayor. Por ello se procederá a la estimación de tres diagramas uno por cada grupo etario. Donde las relaciones planteadas serán las mismas con independencia de la edad.

## Definición de Variables

### Variables Endógenas

A continuación, se presentarán las definiciones conceptuales de las variables sometidas a estudio, con su correspondiente propuesta operacional. Las medidas utilizadas variaron según el grupo etario estudiado, en este sentido, en cada definición operacional se aclaró cual fue el instrumento utilizado para cada grupo de personas.

#### Salud Mental General

Definición conceptual: Según la OMS, es "un estado de bienestar en el que el individuo se da cuenta de sus propias capacidades, puede hacer frente con el estrés normal de la vida, puede trabajar de manera productiva, y es capaz de hacer una

contribución a su comunidad" (OMS, 2001, p.1). A partir de dicha definición se puede inferir que, en ausencia de salud mental, los sujetos presentan incapacidades para afrontar la cotidianidad al presentarse síntomas perturbadores que repercuten desde un punto de vista personal e interpersonal (Villa, Zuloaga y Restrepo, 2013)

Definición operacional (adultos y adolescentes, 14 a 55 años) Los síntomas de ansiedad y depresión para adolescentes y adultos (14 a 55 años), fueron medidos con inventarios individuales, especializados en la medición de estos constructos metas. Para el caso de los síntomas de depresión, se utilizó la puntuación total obtenida a partir del promedio de los puntajes en la dimensión de depresión del cuestionario de salud general de Goldberg (GHQ-28) en la versión adaptada por Lobo, Pérez y Artal (1986). Esta dimensión se encontró conformada por 17 interrogantes (Ver Anexo A) cuyo formato de respuesta fue tipo Likert de 4 puntos que iban desde "nunca" hasta "siempre". Donde a mayor puntaje en el subfactor, menores serán los síntomas depresivos. Sin embargo, para facilitar la lectura de las hipótesis, se invirtió el proceso de codificación de la variable, de manera tal que, a menor puntaje, sean menores los síntomas depresivos del entrevistado (Ver Anexo A).

Para el caso de los síntomas ansiosos, se procedió a la aplicación del inventario de ansiedad-estado (STAI) de Spielberger, Gorhuch y Lushene (Ver Anexo B), que se encuentra conformado por 20 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos que va desde la opción "nada" hasta "mucho". Las puntuaciones fueron obtenidas a través del puntaje promedio total, y se estima que mientras mayores sean estas puntuaciones mayores serán los síntomas de ansiedad presentes en los adultos.

Definición operacional (exclusiva para niños): Los síntomas de ansiedad y depresión para niños (grupo de 8 a 12 años) fueron medidos con inventarios individuales, especializados en la medición de esos constructos en muestras de infantes venezolanos. De esta manera, los síntomas ansiosos se obtuvieron por medio del puntaje promedio total obtenido en el inventario de ansiedad-estado para niños adaptada por Bauemeister, Villamil y Spielberg (1986) (Ver Anexo C), garantizando de esta forma la equivalencia de mediciones entre los tres grupos etarios. El formato de respuesta por afirmación fue de

tipo Likert de tres puntos. La escala utilizada contuvo 20 reactivos y a mayor puntuación promedio total obtenida mayores fueron los síntomas ansiosos presentados por el niño.

Por su parte, los síntomas depresivos fueron evaluados por medio del puntaje promedio total obtenido a partir de las respuestas otorgadas al “Children’s Depression Inventory” (CDI) (Kovacs, 1992) en la versión adaptada por Fhima y Márquez (2011) (Ver Anexo D). Dicha escala estuvo conformada por 26 reactivos con un formato de respuesta Likert de 3 puntos, donde a mayor puntuación promedio total obtenida, mayor cantidad de indicadores de depresión presenta el niño en cuestión.

### Estrategias de Afrontamiento al Estrés

Definición conceptual: Hace referencia a los esfuerzos cognitivos, afectivos y comportamentales de carácter variable que ejecutan los sujetos con la finalidad de manejar las demandas específicas internas o externas que son percibidas como agobiantes, considerando los recursos disponibles (Lazarus y Folkman, 1986).

Definición operacional (para todos los grupos etarios): Puntaje total obtenido a partir del promedio de las puntuaciones de la escala de estrategias de afrontamiento de Fernández-Abascal (1997) en su versión corregida y adaptada por Londoño, Pérez y Murillo (2009) (Ver Anexo E). El instrumento estuvo constituido por 18 ítems que fueron presentados en un formato de respuesta tipo Likert de 6 puntos que fue desde “nunca” hasta “siempre”. Los análisis factoriales exploratorios realizados en la muestra definitiva, permitieron concluir que estos reactivos se dividieron en la medición de los siguientes factores: (a) estrategias ligadas a la solución de problemas; (b) estrategias disociativas y (c) estrategias de afrontamiento interpersonales. Donde a mayor puntaje, en la escala total y en cada una de las dimensiones, las personas tendieron a utilizar mayores estrategias afrontamiento ante las problemáticas experimentadas.

## **Variables Exógenas**

Inseguridad Alimentaria en el Hogar

Definición conceptual: Condición que ocasiona disponibilidad limitada o incierta de los alimentos nutricionalmente adecuados, que además puede coexistir con una capacidad comprometida para adquirir alimentos de una forma socialmente aceptada para el consumo de un grupo familiar (Bickel, Nord, Price, Hamilton y Cook, 2000; Jones, 2017).

Definición operacional (para todos los grupos etarios): puntaje promedio total obtenido a partir de las respuestas registradas en la Escala de Acceso de la Inseguridad Alimentaria de los Hogares (HFIA) elaborada por Coates, Swindale y Bilinsky (2007) en la versión adaptada por Martins (2017) y reajustada para la presente investigación (Ver Anexo F), conformada por 18 reactivos con un formato de respuesta Likert de 4 puntos comprendidos entre “nunca” hasta “siempre”. Donde a mayor puntaje promedio en la escala total, mayor inseguridad alimentaria en el hogar.

#### Diversidad Alimentaria

Definición Conceptual: Es una aproximación cualitativa y del acceso que los hogares tienen de los alimentos, así como también un indicador indirecto de la adecuación de la dieta a nivel individual (Kennedy, Ballard y Dop 2013).

Definición Operacional (para todos los grupos etarios): puntaje total obtenido a partir de la sumatoria de alimentos consumidos el día anterior a la aplicación del instrumento, y que fueron recogidos en la escala de diversidad alimentaria (versión reducida) propuesta por Kennedy, et al., (2013) y adaptada al contexto alimentario venezolano por Martins (2017) (Ver Anexo G), constituida por 9 reactivos que representaron distintos grupos de alimentos entre los cuales destacaron: (a) cereales raíces o tubérculos; (b) tubérculos frutas y verduras ricas en vitamina A; (c) verduras de hoja verde oscura; (d) carnes de vísceras; (e) carnes y pescados; (f) huevos; (g) legumbres nueces y semillas y (f) leche y productos lácteos. Donde a mayor puntaje en la escala total, mayor diversidad existió en la dieta del sujeto.

#### Sexo

Definición conceptual: Diferencia física y constitutiva del hombre y la mujer (Minardi y Paoli, 2002).

Definición operacional: Corresponde a la respuesta otorgada en la hoja de identificación del instrumento acerca de si se es hombre o mujer. En las bases de datos se codificó como “0” a las mujeres y “1” a los hombres.

## **Variable Moderadora**

### Edad

Definición Conceptual: indica el tiempo transcurrido desde el nacimiento de la persona hasta la fecha en que se realiza el estudio (Hoil, 2008).

Definición operacional: edad medida en años, reportada por los sujetos en la hoja de identificación de los cuestionarios. Los niños del estudio tuvieron de 8 a 12 años, y se codificaron en la base de datos con el numero “0”, los adolescentes correspondieron al código “1” y tuvieron de 14 a 18 años, mientras que los adultos de la investigación estuvieron comprendidos entre los 20 y 74 años de edad, siendo identificados con el numero “2”.

## **Estrategias de Control**

1) Tipo de institución de origen u ocupación ejercida: Debido a que la presencia de hogares con inseguridad alimentaria fue necesaria en la investigación, se procedió a incluir sujetos cuyo tipo de institución de estudio (público o privada) fuera registrada. Se garantizó que un 30% de los niños y adolescentes proviniera de colegios públicos donde los niveles de exclusión social sean evidenciables y el 70% restante tuviera como origen colegios privados ubicados en zonas de Caracas cuyo nivel socio-económico estimado resultara de medio a medio-bajo. Para el caso de los adultos, se registró la ocupación de origen de los participantes, siguiendo las sugerencias de la ENCOVI (Zuñiga, 2017) y se garantizó que todas las ocupaciones tuvieran presencia en la muestra.

Estas ocupaciones a saber fueron: (a) trabajadores del sector privado; (b) empleados públicos; (c) estudiantes universitarios públicos; (d) estudiantes universitarios privados; (e) obreros del sector privado; (f) obreros del sector público; (g) trabajadores por cuenta propia y (h) patronos o empleadores. En el análisis de resultados se evaluó a posteriori si el tipo de institución y la ocupación de origen permitieron diferenciar la inseguridad alimentaria presente en los hogares, las estrategias de afrontamiento empleadas y los síntomas psicológicos experimentados, y en el caso de que dicha influencia fuera evidenciada se procedió a incluir a estas dos variables como factores predictores en el estudio.

2) Otras variables no descritas exhaustivamente en el marco teórico pero que se infieren relacionadas con los distintos síntomas de salud mental, fueron medidas con el objeto de realizar análisis adicionales que demostraran o descartaran el impacto de cada una de ellas sobre los síntomas depresivos y ansiosos. Estas variables fueron: número de integrantes en las familias, presencia de trabajo en la actualidad, frecuencia de comidas realizadas en el día, padecimiento de enfermedades crónicas y presencia de algún diagnóstico psicológico.

3) Modalidad de aplicación de los instrumentos: Considerando que para el momento de la elaboración del proyecto de investigación se atravesaba en Venezuela por la pandemia de la COVID-19, a modo de resguardo de los participantes y del investigador, se aplicaron todas las encuestas a distancia vía Google Forms, garantizando las normativas de distanciamiento social estipulados en los protocolos de protección ante el virus.

## **Tipo de Investigación**

Diversas son las maneras de clasificar las investigaciones, para ello existen distintos criterios que facilitan la taxonomía de los estudios. Según el grado de control que se tiene sobre las variables y fenómenos estudiados, la presente investigación corresponde a una investigación no experimental, considerando que fue un estudio empírico y sistemático donde no hubo manipulación directa sobre las variables de estudio (Kerlinger y Lee, 2002): la salud mental, la inseguridad y diversidad alimentaria, las

estrategias de afrontamiento ante el estrés, el sexo y la edad. El escaso control sobre las variables de estudio fue debido a que algunos factores resultaron intrínsecamente no manipulables (ej. sexo o edad) o porque estas son condiciones que ya ocurrieron (ej. síntomas depresivos o ansiosos e inseguridad alimentaria),

En segundo lugar, según el grado de elaboración del conocimiento, se desarrolló una investigación causal, puesto que se evaluó el efecto que unas variables tienen sobre otras, considerando la magnitud del impacto y la dirección de la relación (Arnau, 1978).

Por último, el hecho de que el estudio se desarrollara en el ambiente natural de los sujetos sin hacer intervención directa sobre este, convirtió a la presente investigación en un estudio de campo (Arnau, 1995).

## **Diseño de Investigación**

Dentro de las investigaciones no experimentales, se emplearon tres diseños de ruta, uno para cada grupo etario incluido en el estudio: niños, adolescentes y adultos. Para Kerlinger y Lee (2002), este es un modelo causal que se vale de las correlaciones y de un diagrama, que al suponer las relaciones causa-efecto permite generar predicciones.

Según Klem (1995), este diseño debe entenderse como una ampliación de los modelos de regresión al trabajar con más de una variable dependiente, condición que resulta favorable en la presente investigación que pretende estudiar el impacto que ejerce la mejor combinación lineal de la inseguridad alimentaria en el hogar, el sexo y la diversidad alimentaria sobre los indicadores de la salud mental y las estrategias de afrontamiento ante el estrés.

Entre las condiciones del mencionado diseño, se ha establecido que: (a) el sistema de factores debe ser cerrado o completo, donde cada variable endógena esté determinada por la mejor combinación lineal del resto de las variables; (b) no debe existir multicolinealidad entre los factores; (c) el modelo debe ser recursivo, es decir, que las relaciones entre las variables han de ser causa efecto, donde el nivel de medida de cada

variable debe ser de intervalo o razón; (d) el tipo de análisis tendrá presente el efecto de los errores de medida, pero no los incluirá; (e) se busca reducir los errores de especificación mediante un análisis de literatura que evite la inclusión de variables irrelevantes en el modelo y (f) se propondrá un tamaño de la muestra consonante con los análisis de regresión propuestos (Sierra-Bravo, 1981; Angelucci, 2007).

## **Diseño Muestral**

La población meta estuvo constituida por niños, adolescentes y adultos provenientes de la Gran de Caracas con edades comprendidas entre los 8 a 12 años (grupo de niños), 14 a 18 (grupo de adolescentes) y 20 a 75 (grupo de adultos).

Se utilizaron tres muestras (una para cada grupo etario), el tipo de muestreo utilizado para los hogares, adultos, adolescentes y niños fue de tipo no probabilístico, ya que las técnicas aleatorizadas no fueron consideradas en la selección de las unidades muestrales. Dentro de las técnicas no probabilísticas, el muestreo fue de tipo intencional o propositivo, es decir, se consideraron los “juicios e intenciones deliberadas para obtener muestras representativas al incluir áreas o grupos que se presuponen típicos de la muestra” (Kerlinger y Lee, 2002, p.160).

La muestra de adultos incluyó 260 participantes (55% femeninos) con edades comprendidas entre los 20 y 74 años de edad y con las siguientes ocupaciones desempeñadas: (a) trabajadores del sector privado (28.6%); (b) trabajadores por cuenta propia (19.3%); (c) estudiantes universitarios privados (18.2%); (d) empleados públicos (17.8%); (e) obreros del sector privado (8.2%); (f) estudiantes universitarios públicos (4.8%); (g) obreros del sector público (2.2%); y (h) patronos o empleadores (0.7%). Por otro lado, un 60% de los adultos manifestó trabajar en la actualidad, un 83.6% negó padecer alguna enfermedad médica, mientras que un 90% de ellos admitió no haber recibido algún diagnóstico psicológico durante los dos años previos a la realización del estudio.

Por su parte el grupo de adolescentes encuestados estuvo conformado por 251 jóvenes (62.2% femeninos) con edades comprendidas entre los 14 y los 18 años de edad.

De este grupo encuestado, un 95.2% admitió estudiar para el momento de la investigación, proviniendo la mayoría de los estos estudiantes de instituciones privadas (71.7%). Con respecto a sus condiciones médicas y psicológicas, un 92.8% de los jóvenes negó poseer alguna enfermedad de carácter crónico, mientras que, un 20.3% admitió haber recibido algún tipo de diagnóstico psicológico durante los dos años previos a la realización del presente estudio.

Por último, la muestra de niños contó con 201 informantes (52.7% femeninos) con edades comprendidas entre los 8 y los 12 años de edad, todos escolarizados y provenientes en su mayoría de centros educativos privados (70.6%). En términos médico-psicológicos, un 91.6% negó poseer una enfermedad crónica para el momento de estudio, mientras que, un 88.1% declaró no haber recibido algún diagnóstico psicológico durante los dos años previos al estudio.

En resumen, el presente estudio evaluó a 712 personas predominantemente femeninos (57.58%) con edad mínima de 8 años y máxima de 74.

## **Instrumentos, Aparatos o Materiales**

### *Cuestionario sociodemográfico*

Para los fines de la presente investigación este instrumento fue elaborado con el objetivo general de identificar el sexo del participante, su edad, su ocupación, la frecuencia de comidas que realizó durante el día, la presencia de enfermedades crónicas y la existencia de diagnóstico o tratamiento psicológico. Para el presente estudio, existieron tres tipos de cuestionarios sociodemográficos, uno para niños, otro para adolescentes y el de adultos (Ver Anexo H, I y J respectivamente).

Para el caso de los niños se solicitó información sobre el sexo que se codificó como niño o niña. La edad se expresó como una variable continua que mostro el número de años del joven al momento de completar la encuesta. Además de ello, se solicitó información sobre el tipo de colegio en el que estudiaba el niño, siendo las opciones, colegio público o privado. Por otro lado, el niño debió indicar con cuantas personas vivía en el hogar para el momento de la encuesta. Y, por último, la frecuencia del número de

comidas fue interrogada mediante un formato de respuesta categórico ordinal donde los niños manifestaron si solían comer una, dos, tres o más de tres veces durante el día. En consonancia con los aspectos éticos de investigación en psicología (Escuela de Psicología, 2002; Manzini, 2000), en el cuestionario sociodemográfico para niños, el representante directo del joven debió autorizar la participación de este en la investigación.

En el cuestionario sociodemográfico de adolescentes, el sexo de los participantes también se codificó como hombre o mujer. La edad se expresó como una variable continua que dio cuenta del número de años que poseía el participante. Se consultó si el joven se encontraba escolarizado para el momento de la aplicación del instrumento y en caso de existir una respuesta afirmativa, el joven debió precisar si la institución era de carácter público o privado. Al igual que para la muestra de niños, los padres de adolescentes menores de edad, debían autorizar en esta sección la participación de los jóvenes en el estudio, al tiempo que los adolescentes indicaron la frecuencia del número de comidas y el número de personas que habitan su hogar en el mismo formato de respuesta ya descrito.

Por último, para el caso del cuestionario de adultos, sexo, edad y frecuencia de comidas fueron reportados en los mismos términos que para la muestra de niños y adolescentes. No obstante, este instrumento se diferenció evaluando la ocupación del participante que fue una variable categórica inspirada en las propuestas ocupacionales de la ENCOVI 2015 (Zuñiga, 2017), lo que facilitó la inclusión de grupos que se presuponen típicos de la población, entre los cuales destacan: (a) trabajadores del sector público; (b) trabajadores del sector privado; (c) empleado por cuenta propia; (d) estudiante universitarios sectores públicos y privados; (e) patronos o empleadores; (f) obreros de los sectores públicos y privados.

Por último, esta página para los tres grupos etarios incluye una sección que permite que los participantes manifiesten su consentimiento claro y explícito en formar parte de la investigación en conjunto con la explicación otros aspectos éticos como: (a) confidencialidad de los evaluados, tanto en lo que se refiere a su identidad como a sus respuestas y los resultados producto de la interpretación de éstas; (b) anonimato de las

respuestas de los participantes, evitando o aminorando al máximo la posibilidad de cualquier daño moral y (c) participación voluntaria y consciente de los evaluados, evitando cualquier tipo de coerción al momento de solicitar su participación (Escuela de Psicología, 2002; Manzini, 2000).

#### *Cuestionario de salud general de Goldberg (GHQ-28) subescala de depresión*

Los síntomas depresivos en adolescentes y adultos fueron medidos por medio del cuestionario de salud general creado por Goldberg en 1972 y adaptado al idioma español por Lobo et al. (1986) (Ver Anexo A). Según Retolaza et al. (1993), distintas han sido las versiones que se han creado acerca del instrumento, siendo la original un test de 60 ítems que a partir de los análisis factoriales realizados ha quedado reducido a 28 interrogantes.

El formato de respuesta fue de tipo Likert con 4 opciones de selección, (1) “nunca”, (2) “algunas veces”, (3) “bastantes veces” y (4) “siempre”. Donde a mayor puntaje menor fue la salud mental de los sujetos, sin embargo, para facilitar la lectura de las hipótesis, se invirtió el proceso de codificación de la variable, de manera tal que, a menor puntaje, menores fueron los síntomas depresivos en los encuestados.

Lobo et al. (1986) realizaron una investigación en 100 pacientes que asistieron al servicio de medicina interna en una clínica ambulatoria en España. Aplicaron a dicha muestra el GHQ-28 traducido al español, al tiempo que administraron de forma independiente el cuestionario estandarizado “clinical interview schedule” para establecer diagnósticos en los pacientes que asistían a consulta. Bajo dichas premisas, las puntuaciones en el instrumento permitieron identificar correctamente entre el 83 y 85% de los casos que independientemente habían sido diagnosticados por los expertos. Además de ello Lobo et al. (1986), plantearon que la escala se encontraba conformada por cuatro factores que denominaron (a) síntomas somáticos; (b) ansiedad e insomnio; (c) disfunción social y (d) depresión severa.

Resultados similares se han encontrado en muestras venezolanas, tal es el caso de Núñez y Socorro (2005) quienes, en una investigación con 463 estudiantes

universitarios de postgrado, obtuvieron una consistencia interna elevada para efectos de investigación ( $\alpha=0.90$ ) y además replicaron los cuatro factores ya descritos, al utilizar un análisis de componentes principales, con rotación VARIMAX. Dicho patrón de fiabilidad elevada y estructura factorial multidimensional ha sido constantemente repetido en otros estudios con muestras venezolanas (Parra y Peñuela, 2008; Casal y Granja, 2012).

No obstante, investigaciones recientes como las de Martins (2017, 2018), han reportado en muestras venezolanas de adolescentes y adultos estructuras ligeramente diferentes para las puntuaciones de la escala. Por ejemplo, en el estudio del año 2017 que fue emprendido en una muestra de 300 adolescentes escolarizados entre 12 y 19 años de edad (60.56% femenino; 39.44% masculino), provenientes de distintos sectores populares de Caracas, se estimó la consistencia interna de las puntuaciones obtenidas a partir de método Alfa de Cronbach, encontrando que tanto para la escala total ( $\alpha=0.86$ ), como para las dimensiones de ansiedad ( $\alpha=0.82$ ) y depresión ( $\alpha=0.80$ ) se hallaron puntuaciones adecuadamente consistentes para fines de investigación y diagnóstico siguiendo las recomendaciones de Cicchetti (1994).

Sin embargo, la dimensión de bienestar obtuvo niveles de consistencia interna adecuados solo para fines de investigación ( $\alpha=0.69$ ). Para evaluar la composición factorial de las puntuaciones del instrumento, Martins (2017) calculó un análisis de componentes principales, con rotación VARIMAX, obteniendo que las tres dimensiones extraídas -ansiedad, depresión y bienestar-, explicaron el 37.76% de la varianza total del test.

Por último, el estudio de Martins (2018) fue emprendido en una muestra de 970 adultos caraqueños, provenientes de distintos municipios de la zona metropolitana de la capital de Venezuela. Tanto la fiabilidad como la estructura factorial del test fueron estimados con los mismos métodos ya descritos para el estudio precedente (Martins, 2017), manteniéndose la estructura de tres factores con una consistencia interna un tanto más elevada para la escala total ( $\alpha=0.89$ ). En la presente investigación, con la finalidad de garantizar la equivalencia entre los grupos etarios solo fueron utilizados los 17 ítems dedicados a la medición de los síntomas depresivos.

*Inventario de Ansiedad-Estado para adultos (STAI) de Spielberger, Gorhuch y Lushene e Inventario de Ansiedad-Estado para niños (IDAREN) adaptada por Bauemeister, Villamil y Spielberg (1986)*

El STAI de Spielberger, Gorhuch y Lushene, fue el instrumento utilizado para obtener indicadores de la ansiedad en la muestra de adultos y adolescentes. Este inventario se encuentra estructurado por un total de 20 ítems cuya puntuación total es obtenida a partir del promedio de las respuestas suministradas a la escala.

Todas las afirmaciones del inventario poseen un formato de respuesta de 4 puntos que van desde la opción "nada" hasta "mucho". Sugiriendo que, a mayor puntaje en cada uno de los reactivos y la escala total, mayores serán los síntomas de ansiedad presentes en los sujetos. No obstante, tal y como están redactadas las afirmaciones (Ver Anexo B) 9 de ellas son propuestas como ítems inversos que requieren ser codificados de tal manera en la base de datos, estos ítems fueron los siguientes: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16 y 19.

García et al., (2017) realizaron una investigación con la finalidad de estudiar la estructura factorial del STAI, su consistencia interna y evaluar distintos indicadores de validez externa al test, en una muestra que incluyó poblaciones generales y hospitalarias de Republica Dominicana.

La muestra en definitiva quedó conformada por 1034 participantes, la mayoría de ellos mujeres (54.8%) provenientes de la una población no hospitalaria (76.5%), que fueron evaluados por medio de las subescalas de la ansiedad-estado y ansiedad-rasgo del STAI, al tiempo que como una medida de contraste también respondieron al inventario de depresión de Beck (BDI-II).

La estructura factorial de la dimensión ansiedad-estado, fue estudiada por medio de un análisis factorial confirmatorio (AFC) cuyo método de estimación fue el de Mínimos Cuadrados No Ponderados, a partir del cual se buscó contrastar los tres modelos teóricos que suponen mayor evidencia en cuanto a la estructura de las puntuaciones de la escala.

Estos modelos suponían que la escala era unifactorial, bifactorial con una dimensión de ansiedad y otra de bienestar, o bifactorial con un factor general ortogonal. Tras contrastar los modelos, se obtuvo que la propuesta de dos dimensiones que contemplaban a la ansiedad y el bienestar como factores, resultó la más adecuada ( $\chi^2=517.70$ ; GFI=0.890; CFI=0.912; RMSEA=0.067). Por otro lado, en cuanto a la consistencia interna se hallaron coeficientes adecuados para fines de investigación y diagnóstico, tanto para la ansiedad ( $\alpha=0.88$ ;  $\omega=0.86$ ) como para el bienestar ( $\alpha=0.88$ ;  $\omega=0.86$ ).

Por último, en la investigación de García et al., (2017), se hallaron correlaciones positivas entre la dimensión de ansiedad y los indicadores de depresión medidos a través del BDI-II ( $r=0.60$ ;  $p\leq 0.01$ ) y negativos con respecto al bienestar ( $r=-0.58$ ;  $p\leq 0.01$ ), hechos que sugieren la presencia de validez convergente y discriminante respectivamente.

Otra investigación llevada a cabo por Rojas-Carrasco (2010), contempló el objetivo de validar el STAI en una muestra mexicana de padres y madres que se vieron expuestos a un estresor de alta intensidad, como lo fue tener un hijo hospitalizado en terapia intensiva.

Pese al carácter específico de la muestra, el estudio contó con 210 padres (57% fueron madres) con edades que se estimaron entre los 30 y 39 años, que tuvieron la oportunidad de completar el STAI. La autora procedió a calcular un análisis de componentes principales con rotación VARIMAX, ante el cual se obtuvieron adecuadas cargas factoriales para todos los ítems (todas fueron superiores a 0.30). Y, por último, el coeficiente Alfa de Cronbach fue estimado para las puntuaciones en la muestra general ( $\alpha=0.89$ ), en la de padres ( $\alpha=0.88$ ) y madres ( $\alpha=0.89$ ), hallándose en todos los casos niveles de fiabilidad adecuados para fines de investigación y diagnóstico (Rojas-Carrasco, 2010).

Hasta el momento se han abordado aquellas situaciones en las que el STAI ha sido utilizado para muestras de adultos, sin embargo, el instrumento con sus variaciones ha sido aplicado para muestras de niños y adolescentes. Esta última versión es conocida como el IDAREN y la sección que se encarga de la medición de la ansiedad-estado se

encuentra conformada también por 20 ítems (Ver Anexo C), que son respondidos en un formato de respuesta que va del 1 al 3 y que muestran un aumento gradual de la respuesta ansiosa, por ejemplo, ante la afirmación "calmado" el niño puede indicar que se siente (1) muy calmado, (2) calmado o (3) no se encuentra calmado. Es así, como una lectura correcta de la escala sugiere que, a mayor puntaje promedio total, mayores serán los síntomas de ansiedad presentes en los niños y adolescentes.

Al igual que en la versión para adultos, el IDAREN cuenta con algunos ítems inversos (ítems: 2, 4, 5, 7, 9, 11, 15, 16, 18, y 19) que intentan controlar la fijación de respuesta en el instrumento. Entre los estudios que han utilizado al instrumento se encuentra el de Castrillon y Borrero (2005), quienes realizaron una investigación con la finalidad de describir la estructura factorial del test y estimar el coeficiente de confiabilidad en una muestra de 670 niños colombianos, provenientes de Medellín y con edades comprendidas entre los 8 y 15 años de edad.

En dicha investigación, fue utilizado el instrumento completo de 40 ítems que contempla a la ansiedad-estado y la ansiedad-rasgo. Y, un análisis de componentes principales con rotación VARIMAX confirmó la presencia de estos dos factores que en conjunto explicaron el 46.07% de la varianza total del test. Por último, fue estimado el coeficiente Alfa de Cronbach para la puntuación total del instrumento, encontrado valores promedios de consistencia interna ( $\alpha=0.60$ ) para un test cuyos fines son de investigación (Castrillon y Borrero, 2005).

Cabe destacar, sin embargo, que los autores del estudio no reportaron la fiabilidad para cada una de las dimensiones extraídas. Es por ello que resulta oportuno revisar investigaciones que si realicen este reporte y que además hayan contemplado la aplicación del inventario en muestras venezolanas. Un estudio reciente llevado a cabo por Aquino (2020), que tuvo como objetivo evaluar la influencia de la migración de los padres, los recursos psicológicos y familiares sobre la ansiedad de los niños, aplicó el IDAREN en una muestra de 252 niños estudiantes de educación primaria y provenientes de colegios públicos del oeste de Caracas. Encontrando que el coeficiente de

consistencia interna resultó adecuado para fines de investigación ( $\alpha=0.78$ ) en dicha muestra.

### *“Children’s Depression Inventory” (CDI)*

Al igual que en el caso del IDAREN, se procedió a utilizar este instrumento exclusivamente en la muestra de niños de 8 a 12 años de edad. El inventario de depresión para niños (CDI), debe entenderse como una ligera modificación y adaptación realizada por Kovacs (1992) del inventario de depresión de Beck (BDI). Esta escala se propone inferir el nivel de depresión que posee un niño o adolescente a partir de las respuestas otorgadas al inventario.

Un total de 26 ítems conforman al CDI y la puntuación total del instrumento es obtenida a partir del promedio de las respuestas otorgadas a la escala. Cada afirmación del CDI posee un formato de respuesta que va del 0 al 2 y que refleja un aumento gradual de la patología, por ejemplo, ante la dimensión *“tristeza”* el niño podrá indicar *“estoy triste de vez en cuando”*, *“estoy triste muchas veces”* o *“estoy triste siempre”*. Se sugiere que a mayor puntuación total y en las dimensiones extraídas, mayor será la depresión de los jóvenes (Ver Anexo D).

Bernal, Rosselló y Martínez (1996) en un estudio realizado en Puerto Rico, evaluaron las propiedades psicométricas del CDI en una muestra de adolescentes de 13 a 20 años, encontrando que en una población no clínica (256 participantes) el coeficiente de consistencia interna del CDI fue de 0.82 y en una población clínica (59 participantes) fue de 0.80. Por lo que se concluyó que para ambas muestras existió una adecuada consistencia interna para efectos de investigación y diagnóstico. Resultados similares son descritos en cuanto a la fiabilidad de las puntuaciones en muestras españolas ( $\alpha= 0.81$ ) (Del Barrio et al., 1999).

Por último, al igual que para el caso del IDAREN, el CDI también posee evidencia reciente que sostiene su aplicación en el contexto venezolano (Fhima y Márquez, 2011; Bassi y Hernández, 2019). Para el caso de la primera investigación, los autores

reportaron que, en una muestra de 417 niños de 8 a 12 años, se obtuvo una consistencia interna útil para efectos de investigación y diagnóstico ( $\alpha = 0.81$ ) (Fhima y Márquez, 2011).

Por otro lado, Bassi y Hernández (2019) al proponerse evaluar no solo la fiabilidad de las puntuaciones sino también la estructura factorial del test por medio de un análisis de componentes principales, hallaron en una muestra de niños de 8 a 12 años puntuaciones consistentes ( $\alpha = 0.78$ ) y una estructura bifactorial que explicó el 31.77% de la varianza total del test. Las dimensiones extraídas por las autoras fueron denominadas: (a) Síntomas Cognitivos e Interpersonales de la Depresión Infantil ( $\alpha = 0.75$ ) y (b) Síntomas Emocionales y Fisiológicos de la Depresión Infantil ( $\alpha = 0.70$ ). Tomando en consideración que la puntuación total de la escala es homogénea, con la finalidad de garantizar la equivalencia entre las puntuaciones del CDI y la dimensión de depresión del cuestionario de salud general de Goldberg, en la presente investigación se procederá a utilizar exclusivamente el puntaje promedio de la escala total y no el obtenido en los factores que fueron hallados por Bassi y Hernández (2019).

*Escala de Acceso de la Inseguridad Alimentaria de los Hogares (HFIAS) reajustada por Martins (2020) para la presente investigación*

Dicha escala fue administrada en todas las muestras del estudio. Este instrumento fue creado Coates, et al. (2007) y está constituido por 9 reactivos que requirieron su traducción al idioma español y posterior adaptación al contexto venezolano. En su versión original cada reactivo poseía dos formatos de respuesta, el primero dicotómico que permitía medir la ocurrencia o no de la afirmación, y el segundo que buscaba medir la frecuencia de la ocurrencia, en caso de ser afirmativa la respuesta. Dicha frecuencia se presentaba en un formato tipo Likert de 3 opciones que son “0 raramente” “1 a veces” y “2 a menudo”.

En la investigación realizada por Martins (2017), la escala fue traducida al español y sus ítems en conjunto con el formato de respuesta fueron adecuados siguiendo las sugerencias ponderadas de tres jueces expertos en los temas de metodología de la investigación, psicometría y nutrición. Es así, como la escala quedó reducida a 8 reactivos (en el último ítem se halló una nula capacidad discriminativa), que se presentaron en un

único formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos que iba desde “*nunca*” hasta “*siempre*”. El puntaje total es obtenido a partir del promedio de las respuestas otorgadas por el sujeto, estimando que a mayor puntaje mayor será la inseguridad alimentaria en el hogar percibida por el participante.

Durante dicho estudio, las puntuaciones de la escala fueron sometidas a un análisis de consistencia interna mediante la técnica Alfa de Cronbach y la estructura factorial se estimó con un análisis de componentes principales con rotación VARIMAX. Obteniéndose un solo factor que explicó el 44.67% de la varianza total del test y cuya consistencia interna se adecuó a los fines de investigación y diagnóstico ( $\alpha = 0.83$ ) (Martins, 2017).

Recientemente, otras investigaciones en contextos venezolanos han hecho uso del instrumento (Bassi y Hernandez, 2019; Martins, 2018; Angelucci, Martins y Rodríguez, 2020), reutilizando los métodos de estimación de la fiabilidad y validez ya descritos. Para los tres estudios se replicó la estructura unidimensional que explicó un 59.70%, 54.49% y 61.66% respectivamente. Por último, se obtuvieron puntuaciones consistentes, útiles para fines de investigación y diagnóstico ( $\alpha = 0.89$ ;  $\alpha = 0.83$ ;  $\alpha = 0.90$ ).

Con la finalidad de realizar una ampliación de los indicadores de la inseguridad alimentaria que pretenden ser evaluados en la presente investigación, se propuso la redacción de nuevos ítems que se hallaran íntimamente relacionados con la realidad alimentaria que atraviesa Venezuela.

Estos nuevos ítems fueron construidos para los fines de esta investigación en conjunto con los aportes de un curso básico de psicometría de la Universidad Católica Andrés Bello. En principio se redactó un banco de ítems de 60 reactivos en un formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos que van desde la opción “*nunca*” hasta “*siempre*”, que se adecuó al estilo de la escala original. El puntaje total de estos nuevos ítems se obtiene por medio del cálculo del promedio de las puntuaciones otorgadas por los participantes, donde a mayor puntaje mayores será la inseguridad alimentaria manifestada.

Como primer paso a la construcción del banco de ítems, se realizaron 6 entrevistas semi-estructuradas (Ver Anexo L) a personas cuyas ocupaciones pudieran facilitar la presencia de inseguridad alimentaria en el hogar. Estas personas eran empleados públicos y privados, estudiantes universitarios públicos o trabajadores por cuenta propia. La creación del formato de entrevista estuvo fundamentada en la revisión de la literatura (Brinkmann, 2002; Galleta, 2013; Hesse-Biber y Johnson, 2015) y el análisis del contenido de las respuestas de los sujetos, permitió fortalecer la formulación de la tabla de especificaciones.

Dicha tabla de especificaciones orientó a la redacción de los ítems y facilitó el proceso de validación de contenido por medio de la valoración de jueces expertos, quienes evaluaron en cada reactivo su pertinencia, claridad y adecuación del contenido a la muestra. En total fueron seleccionados tres expertos en las áreas de metodología de la investigación, psicometría y evaluación psicológica en contextos de pobreza.

Una vez que los jueces emitieron sus juicios sobre el banco de ítems inicial que propuso 60 reactivos, se generó un instrumento preliminar de 10 ítems junto a los 8 originales y fueron sometidos a prueba en una muestra piloto de 380 sujetos (65.8% femeninos), provenientes de la Gran Caracas y con edades comprendidas entre los 7 y 67 años de edad.

Para conocer la estructura factorial subyacente a este nuevo instrumento, se estimó un análisis factorial exploratorio (AFE) con el método de extracción de mínimos cuadrados no ponderados para matrices policóricas (ULS Robusto), esto considerando el número de opciones de respuesta que posee el formato Likert (igual a cuatro) y a que, además los ítems 7 (“no hubo comida de ninguna clase en su hogar debido a la falta de recursos para obtener los alimentos”) y 8 (“no hubo comida de ninguna clase en su hogar debido a la falta de recursos para obtener los alimentos”) de la escala original no se ajustaron a una distribución normal.

Previamente a ello fueron evaluados y garantizados todos los supuestos requeridos para el AFE. Y en este sentido un análisis paralelo, en conjunto de los

indicadores de bondad de ajuste fueron empleados como técnicas para la retención definitiva de los factores.

Tal como se resume en la tabla 1, la cantidad de factores a extraer fue uno, esto tomando en consideración que al comparar el porcentaje de varianza en la data real con la proporción del percentil 95, se halló que fue hasta la primera dimensión donde se superó el criterio del azar.

**Tabla 1**

*Resultados del análisis paralelo para la Escala de Inseguridad Alimentaria en los Hogares.*

Variable	Porcentaje de Varianza en la data real	Media del porcentaje de varianza aleatorio	Percentil 95 del porcentaje aleatorio de varianza
1	63.13*	11.33	12.66
2	7.67	10.33	11.38
3	5.20	9.54	10.33
4	3.95	8.87	9.65

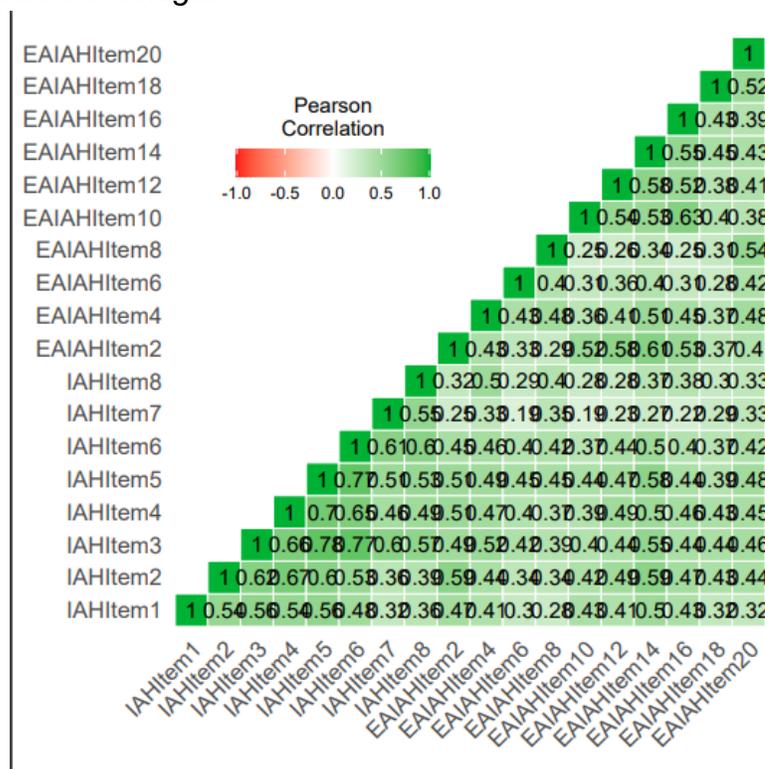
Posteriormente se procedió a calcular un nuevo AFE bajo los mismos parámetros, pero solicitando la extracción de un factor con los 18 ítems iniciales. En este último AFE al igual que en el anterior, se garantizó el cumplimiento de los supuestos iniciales. En este sentido, se encontró una alta interrelación entre las variables sometidas al análisis ( $KMO=0.93$ ), al tiempo que la matriz de correlaciones inicial no se ajustó a la matriz de identidad (Test de esfericidad de Bartlett= 4284.70;  $p= 0.000$ ). Por otra parte, los índices de bondad de ajuste demostraron niveles adecuados (RMSEA=0.064; GFI=0.987; CFI=0.989).

El factor extraído en esta nueva versión de la escala de inseguridad alimentaria en el hogar (HFIAS), explicó un 59.98% de la varianza total del test. El coeficiente de fiabilidad fue obtenido por medio los coeficientes alfa de Cronbach y por el Omega de McDonald, tomado en consideración el tamaño de la muestra, encontrado para ambos valores similares ( $\alpha=0.93$ ;  $\omega=0.93$ ) que sugieren alta consistencia entre las puntuaciones del instrumento.

Cabe señalar que la escala para la presente investigación quedó conformada por los 18 ítems (Ver Anexo F) ya que las correlaciones entre todos ítems fueron adecuadas, tal y como se muestra en la siguiente figura 3.

**Figura 3**

*Matriz de correlaciones entre los ítems antiguos (IAH) y nuevos (EAIAH) de la escala de inseguridad alimentaria en el hogar*



*Escala de diversidad alimentaria (versión reducida) propuesta por Kennedy, et al., (2013)*

Este instrumento fue diseñado por Kennedy, et al. (2013) y se aplicó en la presente investigación a todos los grupos etarios que serán objeto de estudio. El cuestionario en su versión reducida posee 9 reactivos que contabilizan el número de grupos de alimentos consumidos por el sujeto encuestado en las últimas 24 horas, dicha temporalidad es usada en congruencia con la noción de “*periodo de referencia*” planteado en el campo nutricional, que facilita a los sujetos un recuerdo cercano de los alimentos que fueron ingeridos (Ver Anexo G).

El formato de respuesta por ítem es dicotómico “sí” o “no” y el puntaje de la prueba se obtuvo al sumar el número de alimentos ingeridos por el participante, siendo el puntaje mínimo 0 y el máximo 9. Se estima que a mayor puntaje obtenido mayor fue la diversidad de la dieta de los sujetos. Los autores de la escala recomiendan la adecuación de los reactivos o grupos de alimentos en función a las características del lenguaje alimentario propio de cada país.

Esta adecuación ya fue realizada en la investigación de Martins (2017), y entre las propiedades psicométricas obtenidas destaca la estimación realizada del coeficiente Alfa de Cronbach, que permitió obtener un valor bajo de consistencia interna en la medida ( $\alpha = 0.32$ ). No obstante, dicho valor que se aumentó levemente ( $\alpha = 0.41$ ) en la investigación de Martins (2018), puede justificarse ya que mientras el constructo evalúa que tan diversa es la dieta de los sujetos, el coeficiente alfa computa el nivel de congruencia entre las puntuaciones de todos los reactivos (Martínez-Arias, 1995; Magnusson, 2002) que, desde el inicio, son grupos de alimentos diferentes.

Por último, en la presente investigación, se aplicó el instrumento a 24 estudiantes de psicología en dos momentos temporales diferentes, separados por una semana entre evaluaciones, con la finalidad de estimar la estabilidad de la medida mediante el coeficiente de correlación Test Retest. Hallándose un coeficiente promedio ( $r_{tt} = 0.67$ ) adecuados para fines de investigación.

*Escala de Estrategias de Afrontamiento ante el estrés de Fernández-Abascal (1997) corregida y adaptada por Londoño, Pérez y Murillo (2009)*

Las estrategias de afrontamiento ante el estrés, fueron medidas por medio de una escala formulada a partir del instrumento de Fernández-Abascal (1997) corregida y adaptada por Londoño, Pérez y Murillo (2009). El instrumento original se encuentra conformado por 72 reactivos destinados a medir 18 factores que contemplan las siguientes estrategias: la reevaluación positiva, reacción depresiva, negación, planificación, conformismo, desconexión cognitiva, desarrollo personal, control emocional, distanciamiento, suspensión de actividades distractores, refrenar el

afrontamiento, evitar el afrontamiento, resolver el problema, apoyo social al problema, desconexión comportamental, expresión emocional, apoyo social emocional y respuesta paliativa.

Martin, Jiménez y Fernández-Abascal (1997) realizaron una investigación con la finalidad de evaluar las propiedades de la escala de estrategias de afrontamiento ante el estrés, en una muestra de 319 estudiantes universitarios españoles (81% mujeres) provenientes de las siguientes profesiones: (a) psicología (69%); (b) odontología (18%); (c) terapia ocupacional (8%) y (d) otras profesiones (5%).

En dicho estudio la escala total obtuvo una consistencia interna adecuada para fines de investigación ( $\alpha=0.73$ ), mientras que no todas sus dimensiones hallaron valores aceptables desde esta perspectiva. Así, por ejemplo, solo las dimensiones de reevaluación positiva ( $\alpha=0.73$ ), planificación ( $\alpha=0.65$ ), desconexión cognitiva ( $\alpha=0.72$ ), desarrollo personal ( $\alpha=0.71$ ), control emocional ( $\alpha=0.71$ ), resolver el problema ( $\alpha=0.72$ ), expresión emocional ( $\alpha=0.72$ ), apoyo social emocional ( $\alpha=0.73$ ), método activo ( $\alpha=0.83$ ) y el método evitativo ( $\alpha=0.70$ ) obtuvieron puntuaciones consistentes.

Tal y como se ha descrito, se puede afirmar que el instrumento original presenta dos debilidades aparentes, en primer lugar, la longitud del test pudiera traer como consecuencias negativas la fatiga de los sujetos al momento de enfrentarse al mismo, al tiempo que favorece un aumento espurio en los coeficientes de confiabilidad (Magnusson, 2002). Y un segundo punto, permitiría reconocer que no todas las dimensiones propuestas, se sustentan en puntuaciones adecuadamente consistentes.

Es por ello que Lodoño, Pérez y Jiménez (2008), realizaron una investigación con la finalidad de emprender una corrección y adaptación sobre la base del instrumento original. El estudio fue ejecutado en una muestra de 786 estudiantes universitarios colombianos, oriundos de la ciudad de Medellín (54.2% mujeres; promedio de edad= 21 años).

En principio los autores procedieron a la administración del instrumento original, y a partir de sus puntuaciones fueron estimados coeficientes Alfa de Cronbach y, por otro

lado, se calculó un análisis de componentes principales con rotación VARIMAX para evaluar la estructura factorial del test.

No todas las dimensiones propuestas obtuvieron puntuaciones consistentes, tal y como ocurrió en la investigación de Martín, Jiménez y Fernández-Abascal (1997), para esta muestra de estudiantes colombianos solo tres dimensiones alcanzaron esta condición y estas fueron: la reevaluación positiva ( $\alpha=0.85$ ), la desconexión cognitiva ( $\alpha=0.74$ ) y el apoyo social emocional ( $\alpha=0.72$ ).

Tomando en consideración esta particularidad del funcionamiento de las puntuaciones de las dimensiones, Lodoño, Pérez y Jiménez (2008), procedieron a eliminar 54 reactivos de la escala por presentar dificultades en términos de su carga factorial. Con los 18 ítems restantes, las puntuaciones de la escala total manifestaron una consistencia interna adecuada para fines de investigación ( $\alpha=0.76$ ) y explicaron un 62.04% de la varianza total del test.

Los autores extrajeron cuatro factores, donde el primero explicó el 24.95% de la varianza ( $\alpha=0.86$ ), el segundo 17.67% ( $\alpha=0.88$ ), el tercero 13.29% ( $\alpha=0.75$ ) y el cuarto 6.13% ( $\alpha=0.64$ ). Estos factores fueron identificados como reevaluación positiva, apoyo social, desconexión cognitiva y estrategias ligadas a la resolución del problema. Esta versión adaptada al contexto colombiano y corregido será utilizada en la presente investigación (Ver Anexo E).

## **Procedimiento**

Como se está en presencia de una investigación que contó con tres muestras de estudio en función del grupo etario al que se pertenezca, se planteó obtener una base de datos de colegios públicos y privados de la zona metropolitana de Caracas, que permitieran acceder a las muestras de niños y adolescentes. Para esto se acudió a información propiciada por entes oficiales como el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y el Consejo Nacional Electoral (CNE), localizando en dichas fuentes aquellos colegios que permitían acceder simultáneamente a la educación primaria y secundaria, donde se suelen agrupar niños de 8 a 12 años y adolescentes de 14 a 18. Por otro lado, desde el

momento de la elaboración del presente proyecto, fueron establecidos contactos con organizaciones no gubernamentales, dedicadas a la atención alimentaria de poblaciones vulnerables (ej. Caracas mi Convive, Alimenta la Solidaridad y otros comedores ubicados en sectores populares de la Gran Caracas), con la finalidad de poder utilizar las muestras a las que ellos acceden y que se mantienen en funcionamiento pese a la COVID-19.

Seguidamente, se enviaron cartas a las directivas de las instituciones necesarias para poder asegurar el número de sujetos requeridos para la muestra definitiva; estas cartas explicaron el objetivo de la investigación y solicitaron el permiso para administrar los instrumentos a los niños y adolescentes de la institución (Ver Anexo J). Se tomaron en cuenta las zonas de estas instituciones, mientras estas se encuentren dentro del área Metropolitana de Caracas y garanticen la presencia de personas cuyos hogares pudieran presentar niveles de inseguridad alimentaria en el hogar, infiriéndose está a partir del nivel de exclusión estimado en la zona seleccionada. Los colegios participantes fueron aquellos que decidieron voluntariamente participar en la investigación.

Una vez obtenido el acceso a los colegios, se les solicitó a los padres de los jóvenes, que autorizaran la participación de sus representados. Posteriormente, se aplicaron los instrumentos de la investigación a la muestra de niños y adolescentes autorizados, aclarándoles que su participación en el estudio fue completamente voluntaria y que podían retirarse del mismo si así lo deseaban. Estuvo previsto que la aplicación de los instrumentos se hiciera utilizando las metodologías de aplicación a distancia, garantizando las normativas de distanciamiento social. Es importante mencionar, que se estipuló que la administración de los instrumentos estuviese a cargo del investigador principal y cuatro ayudantes de investigación debidamente adiestrados, que contarán con los adecuados equipos electrónicos para recolectar la data (ej. Teléfonos inteligentes) y cuyos honorarios fueron asumidos por el investigador principal.

En el caso de la muestra de adultos, la aplicación de los instrumentos también se realizó utilizando medios de encuestas electrónicas (Google Forms) que facilitaron el

acceso a muestras heterogéneas donde se vieran representados los distintos grupos ocupacionales sugeridos por la ENCOVI.

Una vez emprendidas estas actividades, fueron las respuestas de todas las muestras a los instrumentos suministrados, condición que facilitó la creación de tres bases de datos en el programa estadístico SPSS (Statistical Package for Social Science) donde fueron codificadas todas las variables, tabulados todos los datos y calculados todos los estadísticos necesarios para evaluar las propiedades psicométricas de los instrumentos y contrastar las hipótesis propuestas.

## **Consideraciones Éticas**

En el presente estudio se tomaron en cuenta los aspectos éticos y deontológicos de la investigación en psicología, con la finalidad de evitar perjudicar tanto física como psicológicamente a los participantes, ya que en la misma se trabajará con sujetos humanos (Escuela de Psicología, 2002).

En este sentido, en acuerdo con la Escuela de Psicología (2002), el autor del presente estudio asumió el compromiso de mantener altos estándares de competencia en las actividades que se realizaron, asumiendo las consecuencias de sus actos en la realización del estudio.

Por otro lado, en concordancia con los principios de la ciencia y la tecnología la presente investigación estuvo justificada, documentada e interpretada siguiendo estándares científicos, pues se parte de la idea que esta es la forma de conocimiento que rige la actividad de investigación en psicología (Escuela de Psicología, 2002).

El análisis de datos utilizado en la presente investigación se ajustó a las características de la información obtenida y en este sentido los hallazgos reportados se correspondieron con la base de datos construida a partir del proceso de recolección de información en la muestra de niños, adolescentes y adultos (Escuela de Psicología, 2002).

Se tomó en cuenta el respeto por los individuos, garantizando su bienestar y su dignidad, encontrándose estos a un bajo riesgo para su bienestar. Aunado a esto, al momento de administrar los instrumentos se les comunicó a los participantes el objetivo principal del estudio, asimismo se les informó que su participación fue voluntaria, pudiendo abandonar la actividad si así lo deseaban, cumpliendo así con el requisito del consentimiento informado (Escuela de Psicología, 2002). Todos aquellos sujetos menores de edad, debían ser autorizados por sus padres para formar parte del estudio (Manzini, 2000).

Por otra parte, se les garantizó a los sujetos que los datos obtenidos fueran anónimos y confidenciales, es decir, no se les solicitó identificación ni se le brindó la información obtenida sus respuestas particulares al público, únicamente se mostrarán los resultados generales para los fines de esta investigación (Kerlinger y Lee, 2002).

En cuanto a la interacción que tuvo el investigador con los participantes, durante la realización del estudio se conservó el propósito original de la investigación y los límites acordados en el consentimiento otorgado por los participantes; es decir, se evitó cualquier tipo de relación interpersonal hasta que la investigación terminara (Escuela de Psicología, 2002).

## **Resultados**

El análisis de los resultados en el presente apartado se organizó de la siguiente manera: (a) evaluación de la consistencia interna de las puntuaciones de los instrumentos y su estructura factorial; (b) análisis descriptivo de datos; (c) constatación de los supuestos de los análisis de regresión lineal; (d) contraste de las hipótesis de cada diagrama de ruta diferenciado por grupo etario y (e) análisis adicionales. Los cálculos estadísticos necesarios para conseguir los objetivos de la investigación fueron realizados

con los softwares estadísticos IBM SPSS 22 (IBM Corp., 2013) y FACTOR Analysis (Lorenzo-Seva y Ferrando, 2011).

## **Análisis de las escalas**

En primer lugar, se procedió al análisis de las propiedades psicométricas de aquellos instrumentos que resultaron comunes a todos los grupos etarios encuestados. En este sentido, se inició el análisis con la escala de inseguridad alimentaria en el hogar, seguido de las estrategias de afrontamiento, culminando con la lista de chequeo de la diversidad alimentaria.

### *Escala de Acceso de la Inseguridad Alimentaria de los Hogares:*

En la muestra total, las puntuaciones de la escala presentaron una consistencia interna elevada para fines de investigación, diagnóstico y predicción ( $\alpha=0.93$ ). En cuanto al poder discriminativo de los ítems se halló un recorrido que fue desde  $r= 0.51-0.73$ . Siendo el ítem 7 ("no hubo comida de ninguna clase en su hogar debido a la falta de recursos para obtener los alimentos"), el que presentó una menor asociación ítem-test (Ver Anexo M). Es importante mencionar, que la consistencia interna de las puntuaciones no presentó variaciones significativas en función del grupo etario ( $\alpha$  niños=0.94;  $\alpha$  adolescentes= 0.93;  $\alpha$  adultos= 0.92).

Con la finalidad de evaluar la estructura factorial de las puntuaciones, en primer lugar, se calculó un análisis paralelo que permitió estimar el número de dimensiones a extraer en el análisis factorial exploratorio (AFE), ULS Robusto con rotación Oblimin directo. Tal como se resume en la tabla 2, solo debió extraerse un factor, ello tomando en consideración que al comparar el porcentaje de varianza en la data real con la proporción del percentil 95, se halló que fue hasta la primera dimensión donde se superó el criterio del azar.

**Tabla 2**

Resultados del análisis paralelo para la Escala de Inseguridad Alimentaria.

Variable	Porcentaje de Varianza en la data real	Media del porcentaje de varianza aleatorio	Percentil 95 del porcentaje aleatorio de varianza
1	61.24*	11.15	12.63
2	8.72	10.33	11.59
3	5.16	9.63	10.68
4	4.26	8.95	9.91

Tomando en consideración que no se halló correlaciones ítem-test menores a 0.40, y que tampoco se evidenció dificultades en la asimetría y curtosis de cada uno de los reactivos, se procedió a calcular un AFE para matrices policóricas, donde fueron incluidos los 18 ítems.

Con la finalidad de garantizar el cumplimiento de los supuestos iniciales del análisis, se observó la existencia de una alta intercorrelación entre las variables incluidas en el AFE ( $KMO=0.93$ ), al tiempo que se encontró que la matriz de correlaciones no se ajustó a la matriz de identidad ( $X^2=8210.60$ ;  $gl=153$ ;  $p=0.000$ ). Seguidamente, con la finalidad de evaluar la idoneidad de la solución factorial al extraer un factor, fueron inspeccionados los índices de bondad de ajuste que demostraron niveles adecuados ( $RMSEA=0.088$ ;  $GFI=0.985$ ;  $CFI=0.979$ ). Cabe destacar que el factor extraído explicó el 58.53% de la varianza total del test, y presentó un autovalor de 10.54 (Ver Anexo N).

Por último, fueron calculados AFE para las muestras en función del grupo etario, encontrándose que no existieron variaciones en cuanto al número de factores a extraer en la muestra de niños, adolescentes y adultos. No obstante, leves variaciones en cuanto a la proporción de varianza explicada por este único factor en función de la muestra fueron evidenciadas (muestra niños=50.19%; muestra adolescentes=58.82%; muestra adultos=55.23%).

*Escala de Estrategias de Afrontamiento al Estrés*

Para el caso de las puntuaciones de la presente escala, se obtuvo una consistencia interna útil para fines de investigación y diagnóstico ( $\alpha=0.81$ ). Tras la verificación de las correlaciones ítem-test, se halló un recorrido heterogéneo que fue desde 0.14 hasta 0.63. El ítem 7 "Me evado del problema haciendo cualquier cosa", resultó ser el reactivo con una asociación más débil (Ver Anexo Ñ). Una vez verificada la fiabilidad de las puntuaciones del instrumento en la muestra total, se procedió a estimar la consistencia interna en cada una de las submuestras diferenciadas por el grupo etario de pertenencia, encontrando así, leves diferencias que no alteraron la utilidad del instrumento ( $\alpha$  niños=0.85;  $\alpha$  adolescentes= 0.80;  $\alpha$  adultos= 0.81).

Posteriormente, se procedió a calcular un AFE que diera cuenta de la estructura factorial de las puntuaciones del instrumento. En primer lugar, se estimó un análisis paralelo, mediante la técnica ULS Robusta, con rotación Oblimin Directo para matrices de Pearson. En la tabla 3, se resumen los valores contemplados y se evidencia como debían ser extraídos tres factores, tomando en consideración que al comparar el porcentaje de varianza en la data real con la proporción del percentil 95, se halló que fue hasta la tercera dimensión donde se superó el criterio del azar.

**Tabla 3**

Resultados del análisis paralelo para la Escala de Estrategias de Afrontamiento

Variable	Porcentaje de Varianza en la data real	Media del porcentaje de varianza aleatorio	Percentil 95 del porcentaje aleatorio de varianza

1	32.17*	11.22	12.86
2	15.67*	10.40	11.80
3	12.03*	9.73	10.95
4	5.68	9.05	10.05

Aunque el ítem 7 presentó dificultades en torno a su poder discriminativo, tal como se advirtió, se procedió a mantenerlo con el resto de los reactivos en el AFE, ya que, no se evidenciaron dificultades en su asimetría y curtosis ( $As=0.39$ ;  $Ku=-0.54$ ), condición que se replicó para el resto de los ítems.

En este sentido, se garantizó el cumplimiento de todos los supuestos iniciales del análisis, encontrando que las variables presentaron una alta asociación entre ellas ( $KMO=0.85$ ), al tiempo que la matriz de correlaciones no se ajustó a la matriz de identidad ( $X^2=4513.50$ ;  $gl=153$ ;  $p=0.000$ ). Posteriormente, los índices de bondad de ajuste demostraron niveles adecuados ( $RMSEA=0.039$ ;  $GFI=0.992$ ;  $CFI=0.986$ ) para la solución factorial de tres factores.

Estos tres factores extraídos explicaron el 52.07% de la varianza total del test, teniendo estas tres dimensiones los siguientes autovalores 4.98, 2.43 y 1.95 respectivamente (Ver Anexo O). En cuanto a la configuración factorial, se procedió a resumir en la tabla 4 los ítems que conformaron cada una de las dimensiones, la proporción de varianza individual explicada y la consistencia interna de los factores. Por otra parte, estas dimensiones fueron nominadas como: estrategias de afrontamiento centradas en la solución del problema, disociativas e interpersonales.

**Tabla 4**

Configuración de Factores Escala de Estrategias de Afrontamiento

Factor	Ítems	Proporción de varianza	de Consistencia Interna
--------	-------	------------------------	-------------------------

1. Estrategias de Afrontamiento centradas en la solución del problema	1, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 15, 17	27.71%	$\alpha=0.85$
2. Estrategias de afrontamiento disociativas	7, 13, 14	13.53%	$\alpha=0.57$
3. Estrategias de afrontamiento interpersonales	2, 3, 9, 18	10.83%	$\alpha=0.79$

Se procedió a mantener el factor numero dos pese a su baja consistencia interna, debido a que el contenido evaluado en estos reactivos (Ítem 7: "me evado del problema haciendo cualquier cosa" Ítem 13: "procuro olvidar mi aflicción" Ítem 14: "procuro distraerme para no pensar en el problema") ha sido documentado en la literatura como una de las estrategias más utilizadas ante episodios de inseguridad alimentaria en el hogar. No obstante, se advierte que cualquier interpretación derivada de estos ítems debe realizarse con cautela tomando en consideración el error de medición asociado a dicho factor.

Por último, fueron calculados AFE para las muestras en función del grupo etario, encontrándose que no existieron variaciones en cuanto al número de factores a extraer en la muestra de niños, adolescentes y adultos. Aunque similarmente a lo acontecido con la escala de inseguridad alimentaria en los hogares, se hallaron leves variaciones en cuanto al porcentaje de varianza explicada en función de la muestra originaria (muestra niños=53.05%; muestra adolescentes=50.53%; muestra adultos=53.80%)

### *Escala de Diversidad Alimentaria*

Para la muestra total, el presente instrumento obtuvo una consistencia interna baja ( $\alpha=0.55$ ) (Ver Anexo P). En consonancia con ello, el recorrido del poder discriminativo es amplio y osciló de  $r=0.05$  hasta 0.40, siendo el reactivo que mide el consumo de carbohidratos el que mostró menor correlación ítem-test, esto muy probablemente asociado a la escasa variabilidad que presentó el reactivo (solo 2% de la muestra negó

el consumo de carbohidratos). Una vez verificada la fiabilidad de las puntuaciones del instrumento en la muestra total, se procedió a estimar la consistencia interna en cada una de las submuestras diferenciadas por el grupo etario de pertenencia, encontrando así, leves diferencias que no alteraron la utilidad del instrumento ( $\alpha$  niños=0.58;  $\alpha$  adolescentes= 0.57;  $\alpha$  adultos= 0.52).

Estudios previos del instrumento replicaron estos bajos valores de consistencia interna, que fueron justificados en la naturaleza del constructo a medir. En este sentido, en la presente investigación -tal y como se mencionó en la sección de instrumentos-, fueron obtenidos indicadores de confiabilidad Test-Retest para una muestra de 24 estudiantes universitarios, y se obtuvo que las puntuaciones del instrumento resultaron estables para efectos de investigación ( $r_{tt}$ =0.67), hecho que permitió la utilización de este instrumento en el estudio actual.

En su uso tradicional en el campo de la nutrición y dietética, el presente instrumento es utilizado como una lista de chequeo unifactorial, razón por la cual, no fue evaluada la estructura factorial del instrumento.

A partir de este punto, se procedió a describir las propiedades psicométricas de aquellos instrumentos que fueron utilizados para grupos etarios puntuales y que, por tanto, no fueron administrados a la muestra total de 721 sujetos.

#### *Subescala de Depresión del Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28)*

Para la muestra de adultos, la consistencia interna de las puntuaciones del instrumento resultó elevada para efectos de investigación, diagnóstico y predicción ( $\alpha$  =0.91), realidad que se asemejó en gran medida a lo hallado para la muestra de adolescentes ( $\alpha$  =0.90). Para muestras adultas, se encontró que el poder discriminativo de los ítems osciló de  $r$  0.50 hasta 0.72, mientras que para adolescentes varió desde  $r$  0.41 hasta 0.70, por lo que se puede concluir que todos los ítems poseen una contribución a la consistencia interna de la escala, que es superior al promedio (Ver Anexo Q).

Para la presente subescala no se estimó un AFE, ya que las investigaciones previas han documentado que estos ítems seleccionados se comportan

consistentemente como un único factor, que además fue el necesario para facilitar la comparación de los síntomas depresivos entre los distintos grupos etarios.

#### *Inventario de Ansiedad Estado para Adultos y Adolescentes (STAI)*

El instrumento original posee 20 reactivos, de los cuales 10 están directamente relacionados con la medición directa de la ansiedad, mientras que la otra mitad se encarga de la medición de sentimientos de sosiego y tranquilidad. Al estimar la fiabilidad del inventario completo se encontró que el Alfa de Cronbach reflejó valores inadecuados para efectos de investigación ( $\alpha = 0.55$ ). Es por ello, que en una nueva estimación de la consistencia interna se procedió a extraer todos los ítems que midieran tranquilidad y sosiego que se suponen opuestos al constructo meta (ítems: 1, 2, 3, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20), encontrando para estas puntuaciones una consistencia interna adecuada para efectos de investigación, diagnóstico y predicción ( $\alpha = 0.93$ ). En cuanto al poder discriminativo para estos 10 elementos, se obtuvo correlaciones promedio altas que oscilaron desde  $r=0.64$  hasta  $r=0.84$ , siendo el ítem 14 "me siento atado" el que presentó una menor asociación con el test completo.

Para el caso de la muestra de adolescentes, la totalidad del instrumento presentó una consistencia interna similar a lo reportado para la muestra de adultos ( $\alpha = 0.51$ ), motivo por el cual se procedió a extraer los 10 ítems inversos que fueron detallados con anterioridad, encontrando así, valores de confiabilidad que resultaron adecuados para fines de investigación y diagnóstico ( $\alpha = 0.88$ ) (Ver Anexo R). Tras evaluar el poder discriminativo de estos reactivos, se halló que todos los ítems contribuyeron de forma alta o moderada a la consistencia interna de la escala, puesto que el recorrido de las asociaciones osciló desde  $r=0.47$  hasta  $r=0.81$ .

Para el presente inventario no se estimó un AFE en ninguna de las dos muestras, ya que para la variable ansiedad fueron requeridas puntuaciones unitarias que permitieron comparar como estos síntomas variaron en función del grupo etario.

#### *Inventario de Ansiedad-Estado para niños (IDAREN)*

Al igual que en la versión para adultos, el presente instrumento se encuentra constituido por 20 reactivos (10 directos y 10 inversos). La fiabilidad para el inventario total en la muestra de niños resultó inadecuada ( $\alpha = 0.47$ ), motivo por el cual se procedió a extraer de la escala los ítems inversos (ítems: 1, 3, 6, 8, 10, 12, 13, 14, 17 y 20), encontrando una mejoría significativa en la consistencia interna ( $\alpha = 0.88$ ) (Ver Anexo S). El recorrido en el poder discriminativo de los ítems, resultó homogéneo, ya que, fue desde  $r = 0.52$  hasta  $r = 0.69$ , siendo el ítem 1 "me siento bravo", el que obtuvo menor correlación con la escala total.

Tal y como ocurrió para el inventario utilizado en muestras adultas y adolescentes, para las puntuaciones del presente test no se estimó un AFE, debido a que se necesitaron puntuaciones unidimensionales que facilitaron la comparación de los síntomas ansiosos en función del grupo etario.

#### *Children's Depression Inventory (CDI)*

Las puntuaciones del presente instrumento presentaron valores de fiabilidad útiles para efectos de investigación y diagnóstico ( $\alpha = 0.87$ ). La correlación ítem-test presentó un recorrido heterogéneo que inició en  $r = 0.19$  y alcanzó una  $r = 0.62$  (Ver Anexo T). Siendo el ítem 15, referido a la iniciativa para el cumplimiento de actividades el que presentó una menor asociación con el resto del test. Con la finalidad de facilitar la comparación entre los grupos etarios, se utilizó el puntaje total derivado del promedio de los 24 ítems sometidos a análisis, no procediendo así al cálculo de un AFE.

## **Análisis Descriptivo de Datos**

### *Muestra de Adultos*

#### **Inseguridad Alimentaria en el Hogar**

Para el caso de la inseguridad alimentaria, se emprendió en primer lugar, un análisis descriptivo de todos los indicadores evaluados en la escala, hallando los valores que son expuestos en la figura 4.

Tal como se mostró en la gráfica, las respuestas otorgadas por los sujetos resultaron muy variables en función del indicador de la inseguridad alimentaria en el hogar que fue evaluado. En este sentido, la visita de más de un establecimiento en la búsqueda de la compra de alimentos, resultó ser el indicador con mayor presencia en la muestra, ya que un 83.60% de los sujetos manifestó percibir este comportamiento "siempre" o "casi siempre" en algún miembro de su familia.

Por otro lado, un 82.20% de los adultos encuestados indicaron su preocupación frecuente por encontrar lugares económicos donde comprar sus alimentos. Asimismo, el trabajo en exceso fue una respuesta común percibida por estas personas como consecuencia a la falta de recursos para la compra de alimentos en los hogares, ya que, un 75.50% de estos sujetos admitió que "siempre" o "casi siempre" encuentra en la búsqueda de muchos empleos una herramienta para atender a esta inseguridad alimentaria en sus hogares.

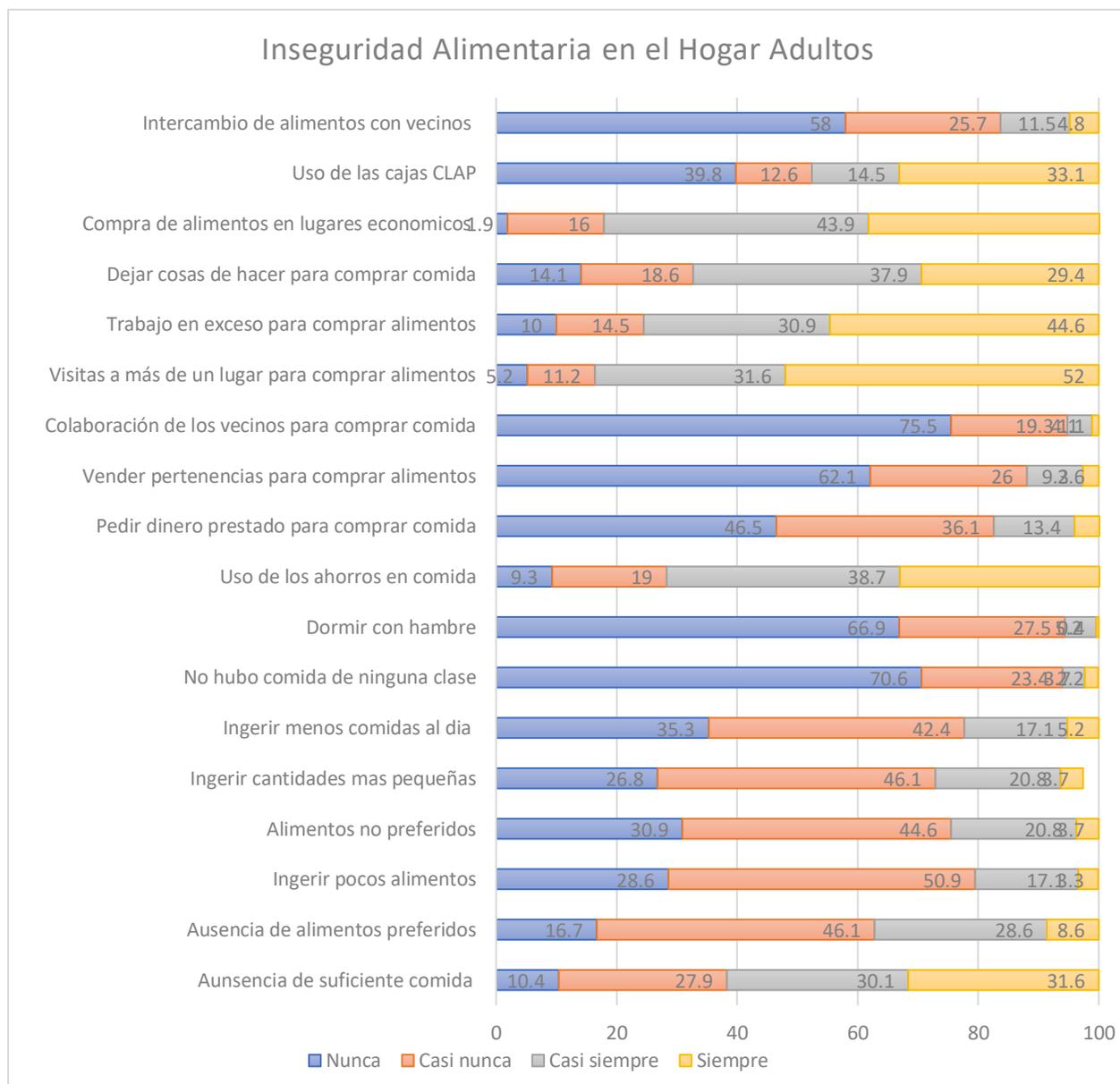
Entre los indicadores tradicionales de la inseguridad alimentaria, destacó la presencia de la preocupación por la ausencia de suficiente comida en los hogares, esto debido a que un 61.70% de los adultos se mostró angustiado por dicha realidad. Por último, la no existencia de comida de ningún tipo en los hogares y el tener que acostarse con hambre, resultaron ser los indicadores con menor presencia en la muestra, sin embargo, cerca de un 30% de los sujetos manifestó que alguna de estas dos realidades fue experimentada al menos una vez, durante las 4 semanas previas a la realización de la encuesta.

En términos de puntuaciones generales, se obtuvo que, para la inseguridad alimentaria en los hogares, el promedio fue de 2.21 (SD=0.57) lo que sugirió que los adultos encuestados "casi nunca" se ven expuestos a condiciones severas de ausencia de alimentos en sus hogares. Tomando como referencia la dispersión de las puntuaciones, se puede afirmar que un 68% (+/- 1 desviación típica) de la distribución se encontró en los niveles de baja y moderada inseguridad alimentaria. Mientras que al evaluar la forma de la distribución ( $As=0.28$ ;  $Ku=-0.09$ ), se encontró que ésta se ajustó a

una distribución normal (Kolmogorov-Smirnov=0.043; p=0.200) tal y como se muestra en la figura 5.

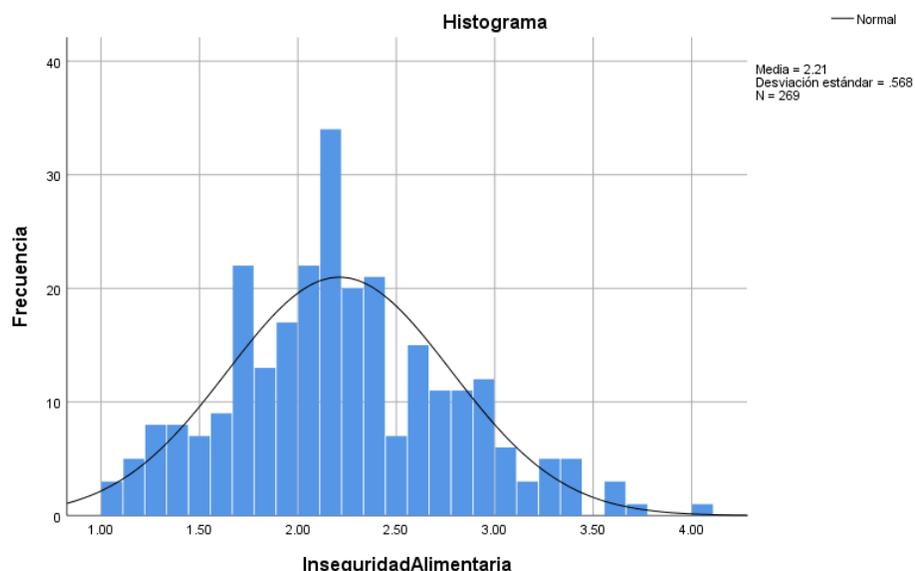
#### Figura 4

Gráfico de barras para la comparación de los indicadores de Inseguridad Alimentaria en el Hogar (muestra de adultos)



**Figura 5**

*Histograma de la Inseguridad Alimentaria en el Hogar (muestra de adultos)*

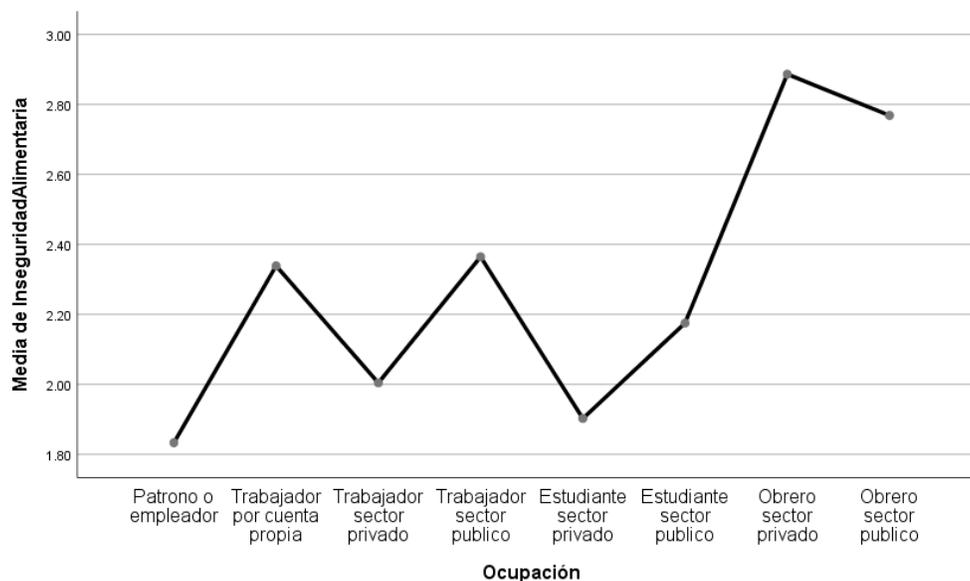


Posteriormente, se procedió a comparar los niveles de inseguridad alimentaria en función de algunas de las variables sociodemográficas que fueron incluidas en el estudio. Encontrando que el sexo ( $t=1.12$ ;  $gl= 267$ ;  $p=0.267$ ), el poseer trabajo en la actualidad ( $t=-0.815$ ;  $gl= 157$ ;  $p=0.416$ ), tener una enfermedad crónica ( $t=0.999$ ;  $gl= 267$ ;  $p=0.319$ ), o haber recibido un diagnóstico psicológico ( $t=1.18$ ;  $gl= 267$ ;  $p=0.239$ ) no diferencian la inseguridad alimentaria experimentada en los hogares.

No obstante, el número de personas que viven el hogar presentó una asociación con la presencia de inseguridad alimentaria, de manera tal que, mientras convivieron más personas dentro de un mismo hogar, se presentó una mayor inseguridad alimentaria ( $r=0.17$ ;  $p=0.001$ ). Asimismo, la ocupación de origen permitió diferenciar que hogares presentaron mayores dificultades en el acceso, disponibilidad y consumo de alimentos ( $F=12.81$ ;  $p=0.000$ ). En la figura 6, se mostró como los obreros de sectores públicos y privados, seguido de empleados del sector público, ostentaron las labores de mayor vulnerabilidad en la vivencia de inseguridad alimentaria.

**Figura 6**

*Gráfico de línea quebrada de la inseguridad alimentaria en función de la ocupación (muestra de adultos)*



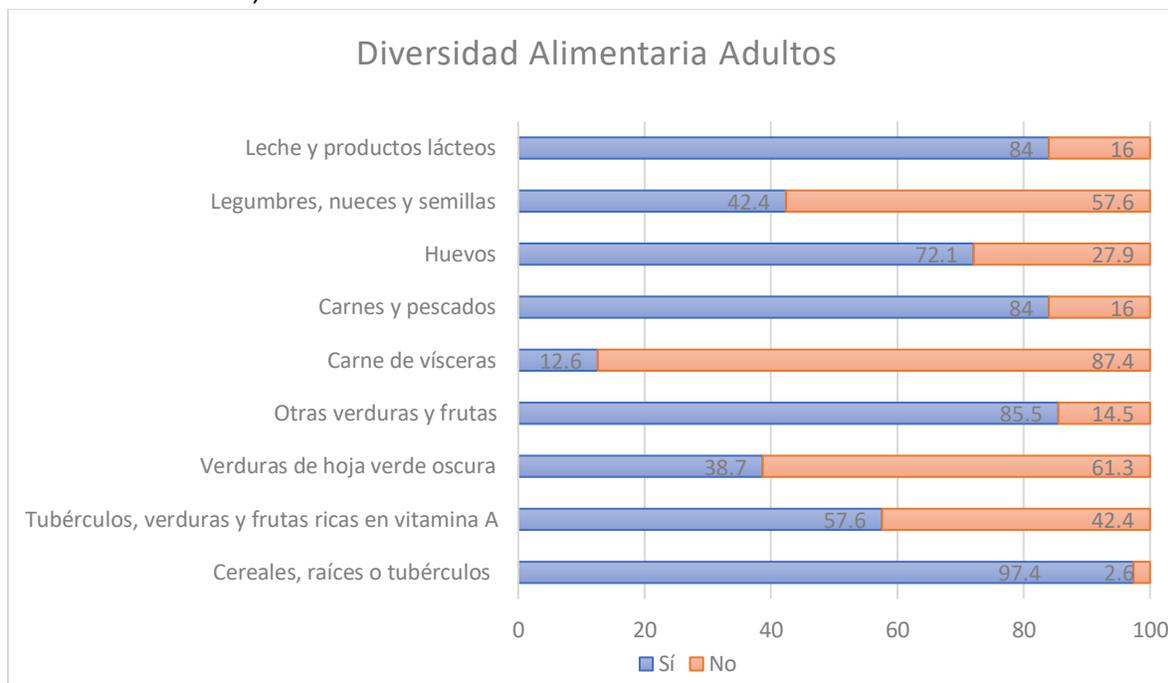
### **Diversidad Alimentaria**

Para evaluar la diversidad alimentaria de los sujetos encuestados, se procedió a indagar el tipo de alimentos ingeridos 24 horas antes de completar la lista de chequeo. Un total de 9 grupos alimentarios ajustados a la cultura gastronómica venezolana fueron consultados. En la figura 7, se mostró el porcentaje de sujetos que admitió ingerirlo o no.

Tal como se observó en la gráfica de barras apiladas, la dieta de los adultos encuestados se caracterizó por la presencia predominante del consumo de carbohidratos (97.4%), frutas y verduras (85.5%), grasas económicas como el queso o los productos lácteos (84%), y las proteínas de origen animal como la carne de res o pescado (84%).

**Figura 7**

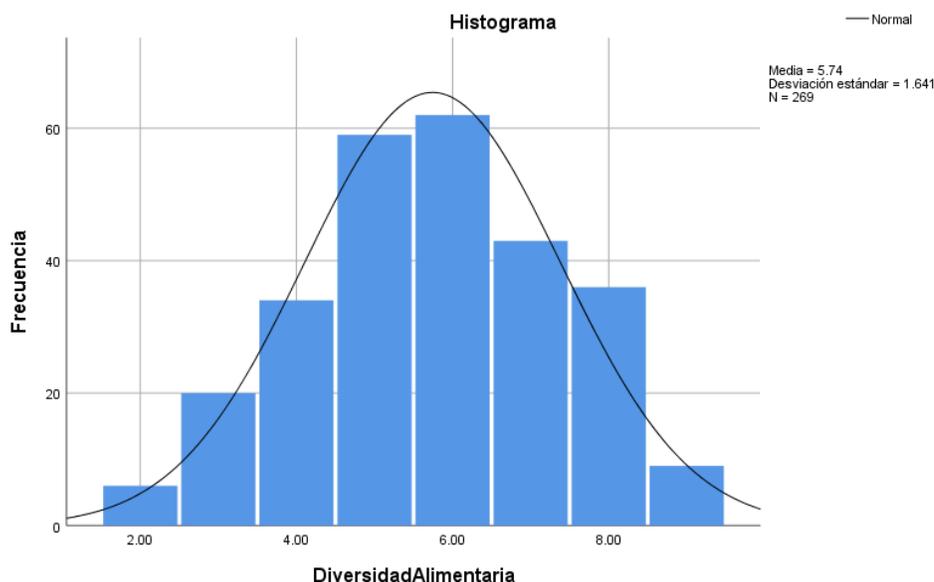
Gráfico de barras para la comparación de los indicadores de Diversidad Alimentaria (muestra de adultos)



Con respecto a la puntuación total de la diversidad alimentaria, la muestra de adultos en promedio ingirió 6 grupos de alimentos ( $SD=1.64$ ) el día anterior a la realización de la encuesta, sin embargo, un 16% de los sujetos encuestados admitió haber ingerido 4 o menos grupos alimenticios, estando la mayoría de las personas por encima del consumo de 5 grupos de alimentos diarios. Al evaluar la forma de la distribución de puntajes ( $As=-0.10$ ;  $Ku=-0.56$ ) se evidenció que la misma no mantuvo un ajuste a la normal ( $Kolmogorov-Smirnov=0.120$ ;  $p=0.000$ ), tal y como se muestra en el histograma de frecuencias de la figura 8.

## Figura 8

### *Histograma de la Diversidad Alimentaria (muestra de adultos)*



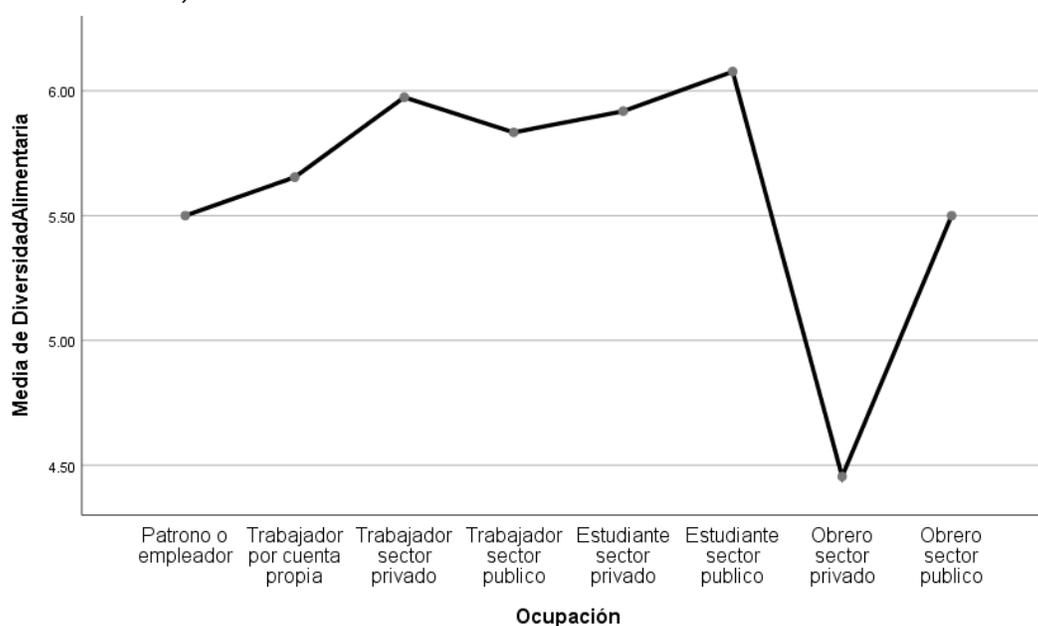
Tal y como se realizó para la variable inseguridad alimentaria, la diversidad también fue comparada en función de las variables sociodemográficas incluidas en el estudio. En este sentido, el sexo ( $t=0.974$ ;  $gl= 267$ ;  $p=0.331$ ), poseer trabajo en la actualidad ( $t=0.611$ ;  $gl= 157$ ;  $p=0.542$ ) y haber recibido un diagnóstico psicológico ( $t=0.875$ ;  $gl= 267$ ;  $p=0.383$ ) no diferenciaron los niveles de diversidad. Sin embargo, poseer una enfermedad crónica sí estableció dicha diferencia ( $t=2.33$ ;  $gl= 267$ ;  $p=0.022$ ), de manera que las personas que han recibido un diagnóstico ( $M=5.22$ ), presentaron una menor diversidad al ser comparados con aquellos que no poseían una enfermedad ( $M=5.84$ ).

Por último, fue comparada la diversidad alimentaria en función de la ocupación de origen de los sujetos, encontrando diferencias significativas en la cantidad de alimentos que ingirieron las personas con cargos obreros ( $F=2.47$ ;  $p=0.018$ ), ya que, estos presentaron una puntuación promedio inferior (Mobreros privados=4.45 ( $n=22$ ); Mobreros públicos=5.50 ( $n=6$ )) al resto de las ocupaciones tal como se evidencia en la figura 9. Tomando en consideración el tamaño relativo de los grupos ocupacionales (obreros

privados=8.2%; obreros públicos=2.2%) es importante que estas diferencias sean interpretadas con cautela.

## Figura 9

*Gráfico de línea quebrada de la diversidad alimentaria en función de la ocupación (muestra de adultos)*



## Estrategias de Afrontamiento

### *Estrategias ligadas a la solución de problemas*

La presente dimensión, se encontró constituida por 9 reactivos dirigidos a la medición de aquellas estrategias de afrontamiento orientadas a la solución de los problemas. En la figura 10, se resume el patrón de respuesta de la muestra de adultos ante este factor, pudiendo indicar que el intento por aprender de la experiencia, resultó ser la herramienta predilecta de los sujetos, ya que, un 78.1% de la muestra afirmó que "casi siempre" o "siempre" optó por dicha estrategia.

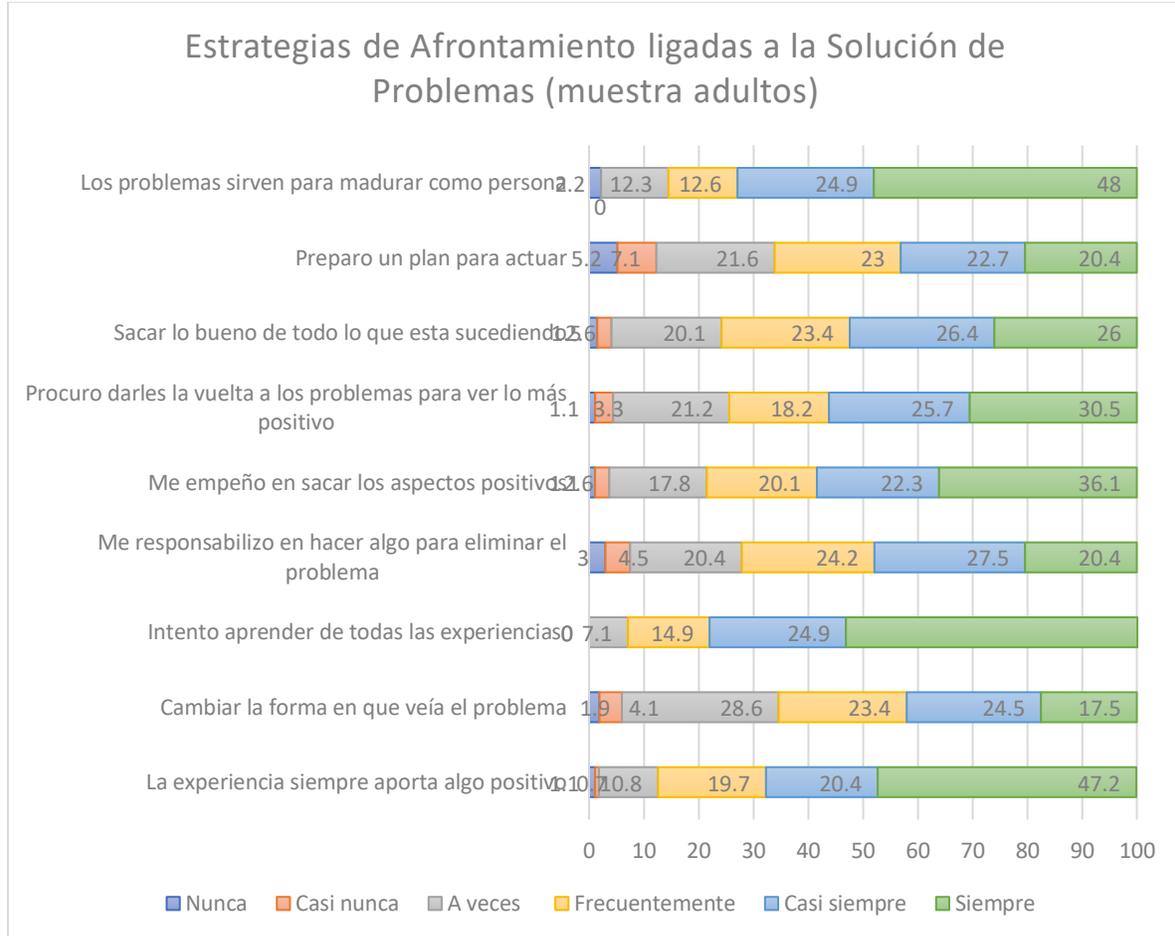
En segundo lugar, queda claro que ante las adversidades los sujetos encuestados intentaron ver el lado positivo de las dificultades como una estrategia para sobrellevar los momentos de tensión, esto debido a que un 56.2% de los adultos prefirió esta herramienta

antes que cualquier otra. Por último, la preparación de un plan para actuar tendió a ser la estrategia menos destacada en el grupo de ítems formulados, debido a que solo un 43.1% de los adultos admitió inclinarse por dicha estrategia "casi siempre" o "siempre".

Por otro lado, al considerar las puntuaciones totales obtenidas resultó relevante indicar que 4.61 fue el promedio de la escala y 0.82 la desviación estándar, donde el 68% de los sujetos obtuvo puntuaciones entre 3.79 y 5.43. Al considerar la forma de la distribución ( $As=-0.37$ ;  $Ku=-0.45$ ) pudo evidenciarse que la misma no se ajustó a la normal (Kolmogorov-Smirnov=0.073;  $p=0.001$ ) y que la mayoría de los sujetos se agrupó a partir de los 4 puntos, tal y como se muestra en el histograma de frecuencias de la figura 11.

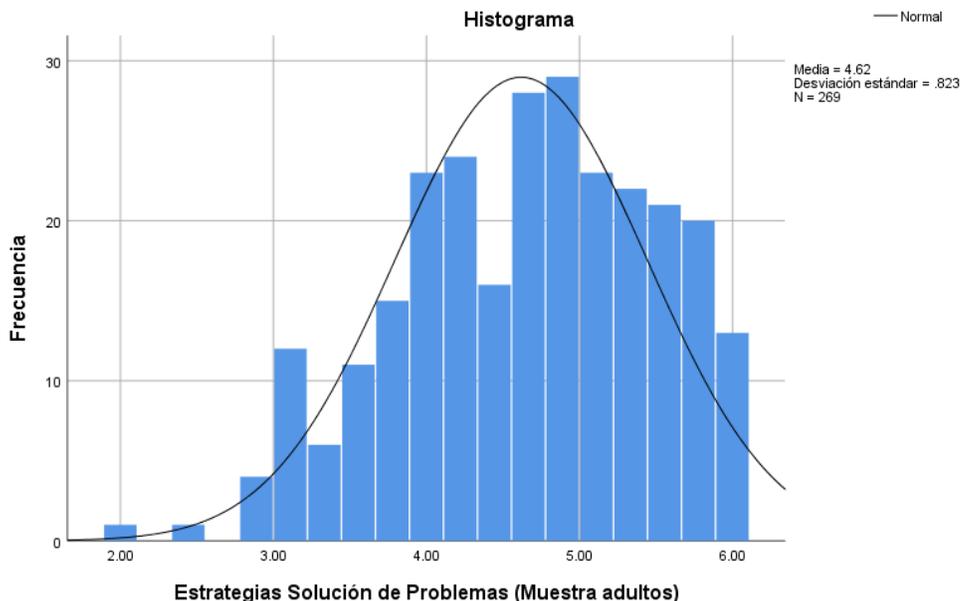
**Figura 10**

*Gráfico de barras para la comparación de los indicadores de las estrategias de afrontamiento ligadas a la solución de problemas (muestra de adultos)*



**Figura 11**

*Histograma de las estrategias de afrontamiento ligadas a la solución de problemas (muestra de adultos)*



Por último, se procedió a comparar las estrategias de afrontamiento ligadas a la solución de problemas, en función de las variables sociodemográficas que fueron involucradas en el estudio, hallando que, el sexo ( $t=0.846$ ;  $gl= 267$ ;  $p=0.398$ ), poseer trabajo en la actualidad ( $t=0.408$ ;  $gl= 157$ ;  $p=0.684$ ), contar con una enfermedad crónica ( $t=1.38$ ;  $gl= 267$ ;  $p=0.168$ ), o un diagnóstico psicológico ( $t=0.666$ ;  $gl= 267$ ;  $p=0.506$ ) no permitieron diferenciar la utilización de este tipo de herramientas. Asimismo, la ocupación de origen ( $F=0.616$ ;  $p=0.742$ ) tampoco generó una diferencia entre los grupos, tal y como si ocurrió en el caso de la inseguridad y diversidad alimentaria.

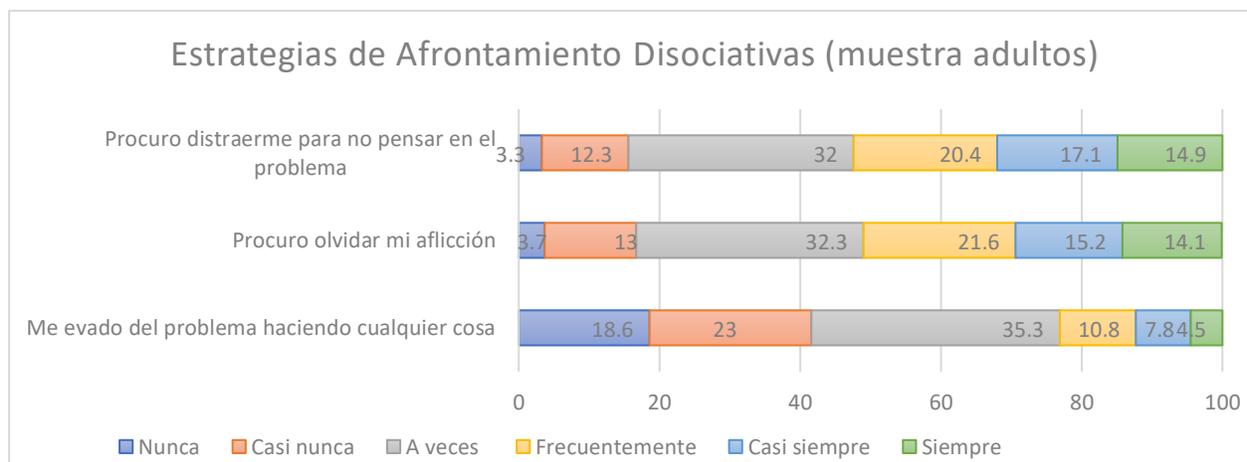
### *Estrategias Disociativas*

El presente factor se encontró constituido por 3 ítems, con la finalidad de evaluar el comportamiento de los mismos, se procedió a observar la frecuencia de respuesta ante las distintas opciones posibles; en la figura 12, se resumen detenidamente la opinión de los sujetos. Fueron los reactivos "procuro distraerme para no pensar en el problema" y el de "procuro olvidar mi aflicción", los que presentaron mayor presencia, ya que, en

promedio un 30% de la muestra fue propensa a utilizar estas estrategias "casi siempre" o "siempre" para sobrellevar las situaciones de tensión.

## Figura 12

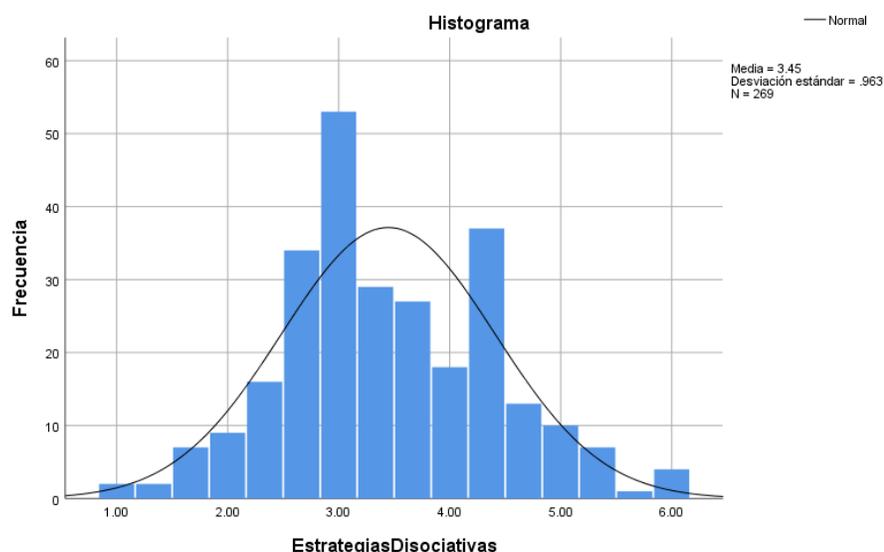
*Gráfico de barras para la comparación de los indicadores de las estrategias disociativas (muestra de adultos)*



Con respecto a la puntuación total de la escala, se obtuvo que el promedio fue de 3.45 (SD=0.96), el 68% de la muestra se ubicó entre 2.49 y 4.41, lo que sugirió que este porcentaje de personas "casi nunca" o "frecuentemente" utilizan este tipo de estrategias para solventar los momentos de tensión. En términos de forma ( $As=0.24$ ;  $Ku= -0.13$ ) la distribución de puntajes no se ajustó a una distribución normal (Kolmogorov-Smirnov=0.136;  $p=0.000$ ) pues resultó leptocúrtica y sin sesgos marcados hacia las puntuaciones extremas, tal y como se muestra en el histograma de frecuencias de la figura 13.

**Figura 13**

*Histograma de las estrategias de afrontamiento disociativas (muestra de adultos)*



También fueron comparadas las estrategias de afrontamiento disociativas en función de las variables sociodemográficas presentes en el estudio, hallando que, el sexo ( $t=-0.80$ ;  $gl= 267$ ;  $p=0.423$ ), poseer trabajo en la actualidad ( $t=-0.07$ ;  $gl= 157$ ;  $p=0.939$ ), contar con una enfermedad crónica ( $t=0.107$ ;  $gl= 267$ ;  $p=0.915$ ), o un diagnóstico psicológico ( $t=0.009$ ;  $gl= 267$ ;  $p=0.993$ ) no permitieron diferenciar la utilización de este tipo de herramientas. Algo similar ocurrió para la ocupación de origen ( $F=1.02$ ;  $p=0.419$ ).

#### *Estrategias de Afrontamiento Interpersonales*

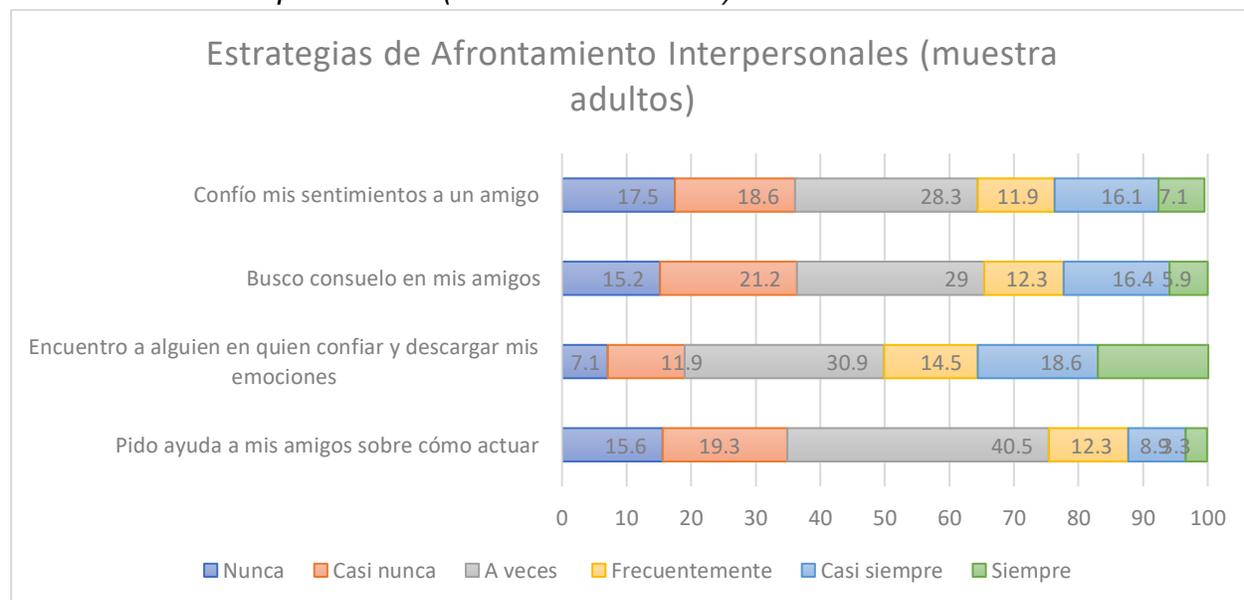
La presente dimensión se halló conformada por 4 reactivos, procediéndose con ellos a realizar un análisis de frecuencia de las respuestas, con la finalidad de describir la utilización que hizo la muestra de adultos de este tipo de estrategias. En la figura 14, se resume el patrón de respuestas de estos sujetos, hallando que, "encontrar a alguien en quien confiar y descargar las emociones", fue la estrategia predominante de esta dimensión, ya que, un 36% de la muestra admitió que "casi siempre" o "siempre" utilizó estas estrategias para aliviar los momentos de tensión.

Por otro lado, "buscar consuelo en los amigos" no tendió a ser una estrategia predilecta por los adultos de la presente muestra, esto tomando en cuenta que un 37%

de los sujetos sugirió que "nunca" o "casi nunca" buscó a terceras personas a modo de desahogo de su experiencia emocional.

### Figura 14

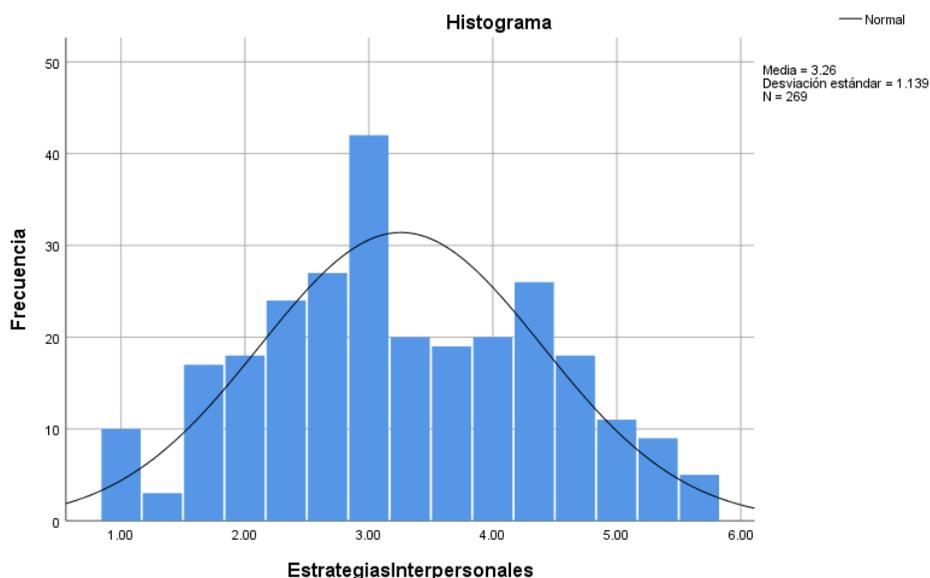
Gráfico de barras para la comparación de los indicadores de las estrategias de afrontamiento interpersonales (muestra de adultos)



Posteriormente, fue analizado la puntuación total de la dimensión de las estrategias de afrontamiento interpersonales, y se obtuvo un promedio de 3.25 (SD=1.14). Un 68% de los adultos alcanzó un puntaje entre 2.11 y 4.39 que señala niveles de ajuste promedio a la utilización de dichas estrategias al momento de enfrentar los contextos angustiantes. La forma de la distribución resultó simétrica y platicúrtica ( $As=0.09$ ;  $Ku=-0.71$ ), al tiempo que no pudo ajustarse a la normal (Kolmogorov-Smirnov=0.114;  $p=0.000$ ) puesto que la mayoría de las personas fueron agrupadas en puntuaciones menores a 3, tal y como se observa en el histograma de frecuencias de la figura 15.

**Figura 15**

*Histograma de las estrategias de afrontamiento interpersonales (muestra de adultos)*



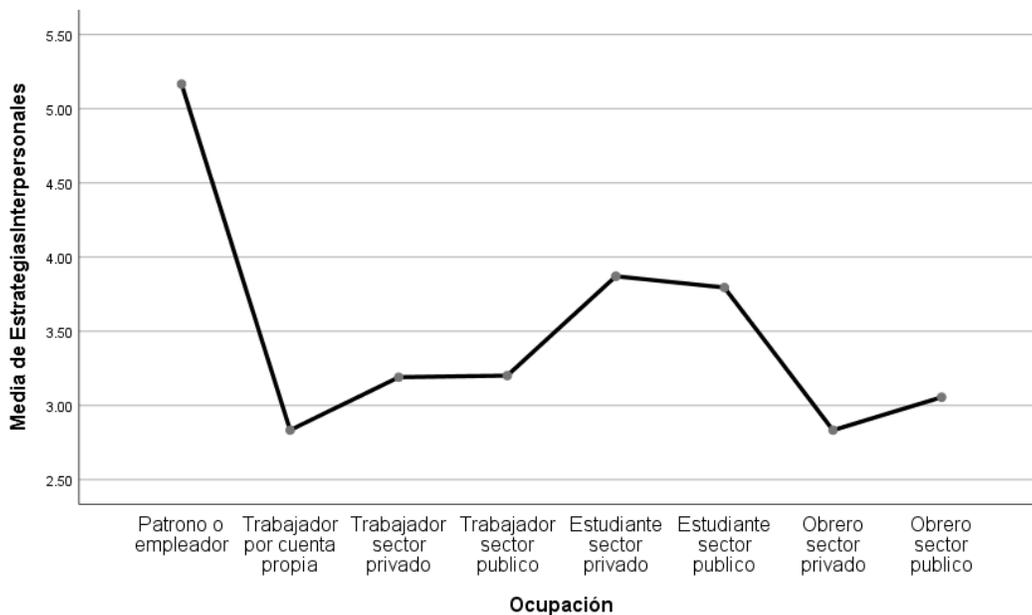
Por último, fueron comparadas las estrategias de afrontamiento interpersonales en función de las variables sociodemográficas incluidas en la investigación y en contraste con los factores anteriormente descritos, estas estrategias si pudieron diferenciarse en función del sexo de los adultos de la muestra ( $t=-5.48$ ;  $gl= 267$ ;  $p=0.000$ ), ya que, las mujeres utilizan más dicho recurso ( $M=3.59$ ;  $SD=1.03$ ) al ser comparadas con los hombres ( $M=2.86$ ;  $SD=1.14$ ). Asimismo, tener un trabajo en la actualidad también facilitó dicha diferenciación ( $t=2.15$ ;  $gl= 157$ ;  $p=0.003$ ) puesto que las personas sin empleo ( $M=3.87$ ;  $SD=1.20$ ) puntuaron significativamente más alto en este tipo de estrategias, al ser comparados con las personas con trabajo ( $M=3.32$ ;  $SD=1.07$ ).

Por su parte, poseer el diagnóstico de una enfermedad crónica ( $t=0.684$ ;  $gl= 267$ ;  $p=0.495$ ), o una condición psicológica ( $t=-1.36$ ;  $gl= 267$ ;  $p=0.172$ ) no permitió la diferenciación en la utilización de las estrategias de afrontamiento interpersonales. No obstante, la ocupación de origen si facilitó la diferenciación en la utilización de las estrategias de afrontamiento interpersonales ( $F=5.34$ ;  $p=0.000$ ), ya que, los patronos y empleadores, seguidos de los estudiantes de universidades privadas y públicas fueron

los grupos que utilizaron en mayor medida estas estrategias, tal y como se observa en la línea quebrada de la figura 16.

### Figura 16

Gráfico de línea quebrada de las estrategias de afrontamiento interpersonales en función de la ocupación (muestra de adultos)

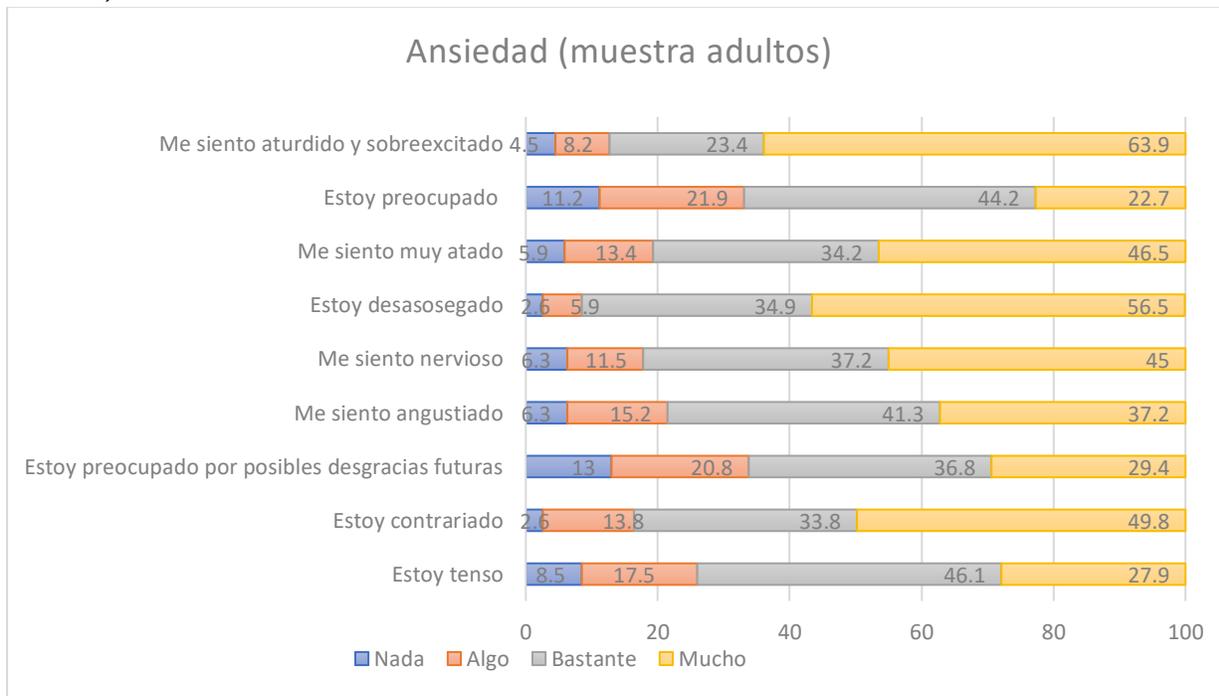


### Ansiedad

Todos los ítems que conforman el presente inventario fueron analizados en términos de la frecuencia de respuesta. En este sentido, tal y como se ve en la figura 17, es posible describir que "me siento aturdido y sobreexcitado" resultó ser el ítem más destacado en la muestra, ya que, un 87.3% de los adultos admitió estar muy aturdido. En segundo lugar, la sensación de desasosiego presentó alta predominancia puesto que un 91.4% de los sujetos admitió la presencia de este síntoma en gran medida. En tercer lugar, "estar contrariado" fue una sensación común en el 83.6% de los adultos que admitió dicho síntoma al momento de la realización de la encuesta.

**Figura 17**

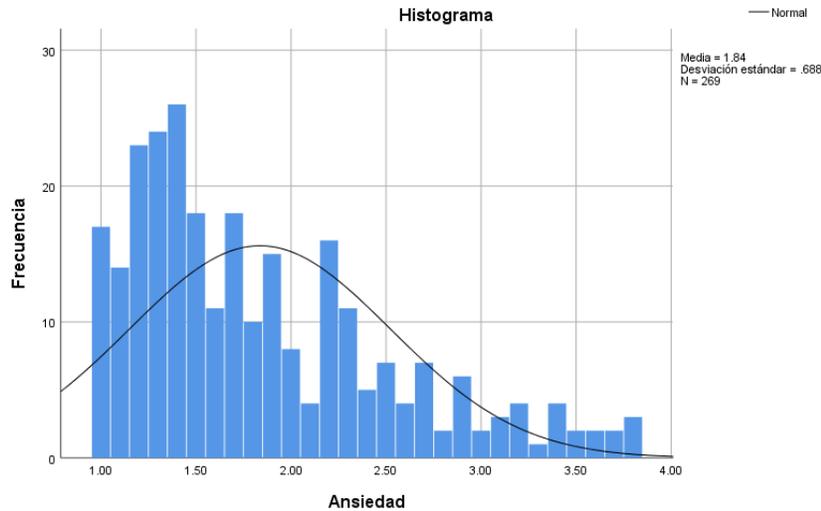
Gráfico de barras para la comparación de los indicadores de ansiedad (muestra de adultos)



Por otro lado, al igual que en las variables precedentes se propuso realizar un análisis descriptivo de la puntuación total de la escala, hallando un promedio de 1.86 (SD=0.69), por lo que, ante los indicadores de ansiedad los adultos encuestados admitieron presentarlos en un nivel moderado. Asimismo, en cuanto a la forma de la distribución, se está en presencia de puntuaciones leptocúrticas y sesgadas hacia la derecha ( $As=0.99$ ;  $Ku=0.28$ ) que no muestran un ajuste a la distribución normal (Kolmogorov-Smirnov=0.141;  $p=0.000$ ), todos estos indicadores pueden verse resumidos gráficamente en la figura 18.

## Figura 18

### *Histograma de los síntomas de ansiedad (muestra de adultos)*

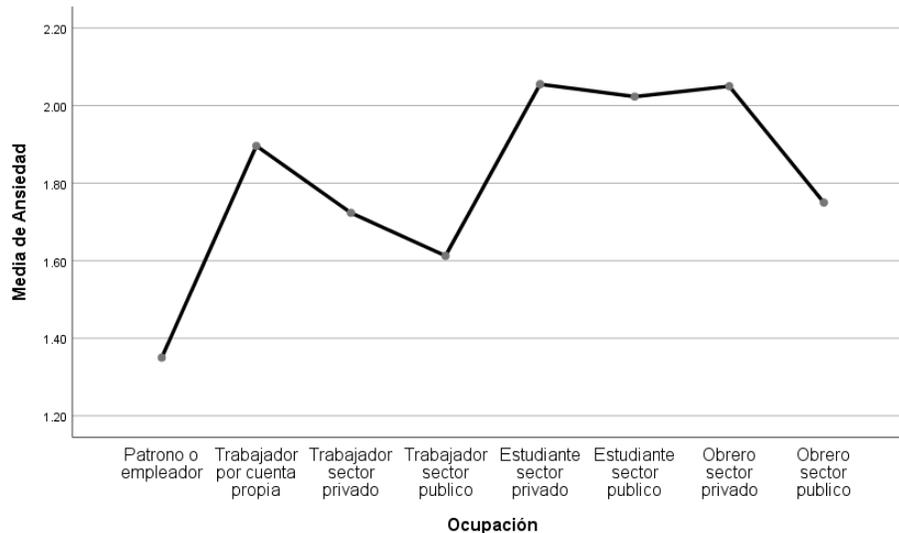


Por último, la ansiedad fue comparada en función de las variables sociodemográficas que fueron incluidas en el estudio, en este sentido el sexo ( $t=-0.89$ ;  $gl= 267$ ;  $p=0.373$ ), poseer trabajo en la actualidad ( $t=1.36$ ;  $gl= 157$ ;  $p=0.177$ ), poseer una enfermedad crónica ( $t=-1.46$ ;  $gl= 267$ ;  $p=0.144$ ), o un diagnóstico psicológico ( $t=-1.75$ ;  $gl= 267$ ;  $p=0.083$ ) no permitieron diferenciar los niveles de ansiedad de los encuestados.

La ocupación de los sujetos también fue utilizada como un factor diferenciador de los síntomas de ansiedad presentes en la muestra, hallando que existió un efecto significativo ( $F=2.47$ ;  $p=0.018$ ), donde los estudiantes del sector privado y público, seguido de los obreros del sector privado y los trabajadores por cuenta propia, fueron los grupos muestrales con puntuaciones medias en ansiedad significativamente más elevadas, tal y como se observa en la figura 19.

**Figura 19**

*Gráfico de línea quebrada de los síntomas de ansiedad en función de la ocupación (muestra de adultos)*



## Depresión

Los indicadores de la depresión en adultos fueron evaluados a través del GHQ-28 de Goldberg y en principio se analizó la frecuencia de respuestas a todos los reactivos presentados. En el gráfico de barras apiladas de la figura 20, se mostró cuales resultaron ser las respuestas más o menos frecuentes en los adultos encuestados; concretamente la presencia de agotamiento o "no tener fuerzas para nada" resultó ser el síntoma más presente, ya que, un 44% de la muestra indicó que "bastantes veces" o "siempre" experimenta dicha sensación.

En segundo lugar, la pérdida del sueño se halló muy presente, en aproximadamente el 19% de los sujetos. Asimismo, la idea de requerir mucho más tiempo del habitual para resolver los problemas fue típico en un 44.3% de los adultos encuestados. Por otro lado, la ideación suicida resultó el síntoma menos probable de admitir por los sujetos.

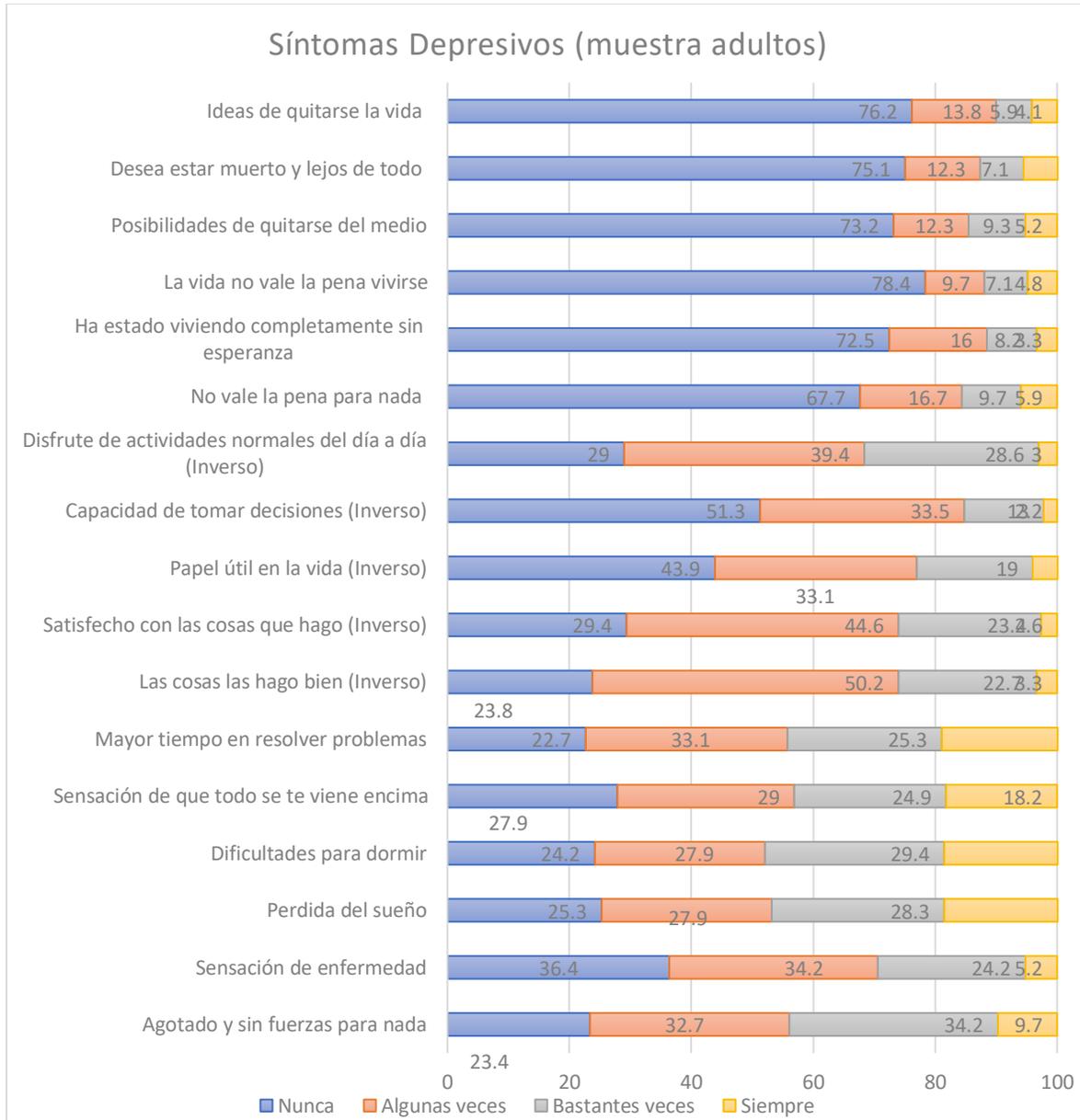
Posteriormente, la puntuación total de la escala fue sometida a un análisis descriptivo y se halló que esta obtuvo una puntuación promedio de 1.88 con una

desviación estándar de 0.59, que situó al 68% de los sujetos entre los puntajes de 1.29 y 2.47. Dicha puntuación media planteó que gran parte de los sujetos admitió haber experimentado "alguna vez" síntomas depresivos. Por otro lado, en cuanto a la forma de la distribución ( $As=0.80$ ;  $Ku=0.28$ ) tal y como se muestra en el histograma de la figura 21, se evidenció una distribución leptocúrtica y sesgada hacia la derecha que no presentó un ajuste a la distribución normal ( $Kolmogorov-Smirnov=0.09$ ;  $p=0.000$ ).

Por último, se procedió a comparar los niveles de depresión en función de los factores sociodemográficos incluidos en el estudio, encontrando que, el sexo ( $t=-2.13$ ;  $gl=267$ ;  $p=0.034$ ) permitió diferenciar los síntomas depresivos, ya que, las mujeres encuestadas se describieron significativamente más deprimidas ( $M=1.96$ ;  $SD=0.61$ ) que los hombres ( $M=1.80$ ;  $SD=0.54$ ). Por otro lado, poseer trabajo en la actualidad ( $t=1.83$ ;  $gl=267$ ;  $p=0.700$ ) y haber sido diagnosticado con una enfermedad crónica ( $t=-0.808$ ;  $gl=267$ ;  $p=0.420$ ) no generó diferencias en los niveles de depresión de estos adultos.

**Figura 20**

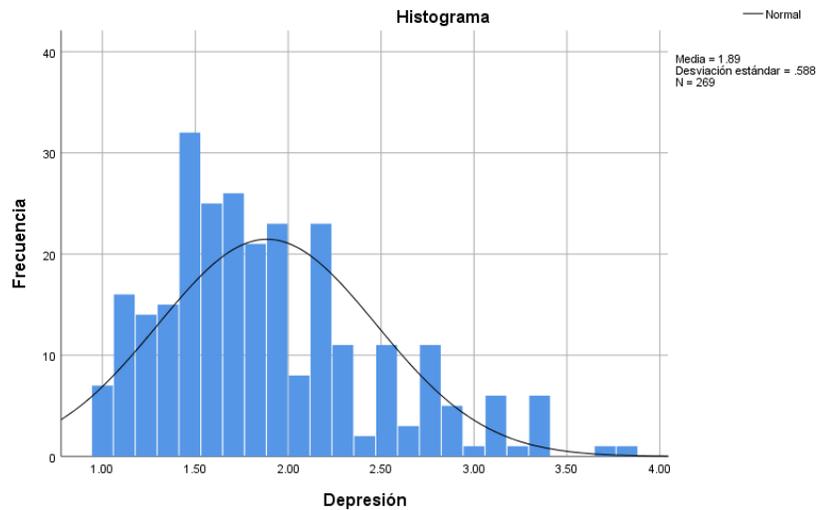
Gráfico de barras para la comparación de los indicadores de ansiedad (muestra de adultos)



Asimismo, haber sido diagnosticado con una enfermedad mental ( $t=-3.96$ ;  $gl= 267$ ;  $p=0.000$ ) si permitió diferenciar los síntomas depresivos, esto tomando en consideración que las personas que poseían historial de alteraciones mentales reportaron mayores síntomas depresivos de una forma significativa ( $M=2.30$ ;  $SD=0.62$ ) al ser comparados con aquellos sujetos que no poseían dicho historial ( $M=1.84$ ;  $SD=0.56$ ).

**Figura 21**

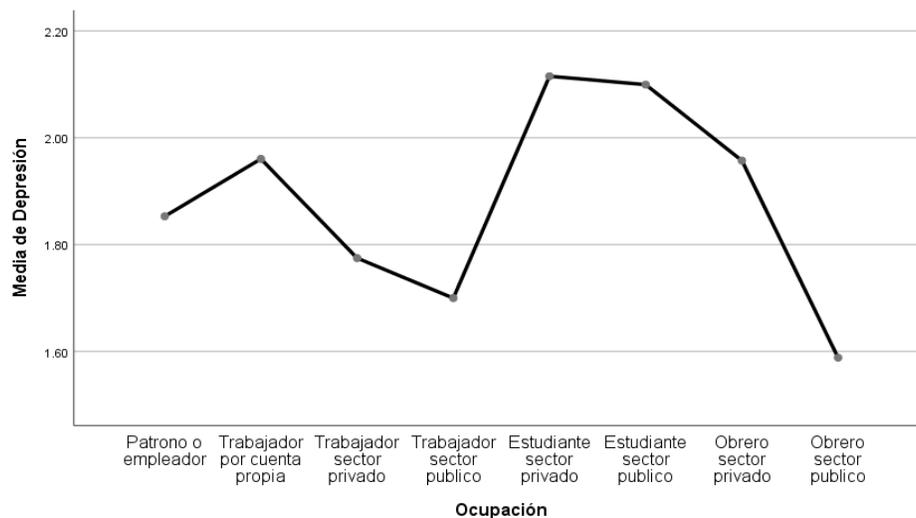
*Histograma de los síntomas de depresión (muestra de adultos)*



Por último, la ocupación de origen también generó un impacto significativo en los síntomas depresivos ( $F=2.91$ ;  $p=0.006$ ) que fueron admitidos por la muestra. En la línea quebrada de la figura 22, se evidenció como los estudiantes universitarios, seguidos de los trabajadores por cuenta propia representaron los sectores ocupacionales que admitieron presentar un mayor nivel de síntomas depresivos.

## Figura 22

Gráfico de línea quebrada de los síntomas depresivos en función de la ocupación (muestra de adultos)



### Muestra de Adolescentes

#### Inseguridad Alimentaria en el Hogar

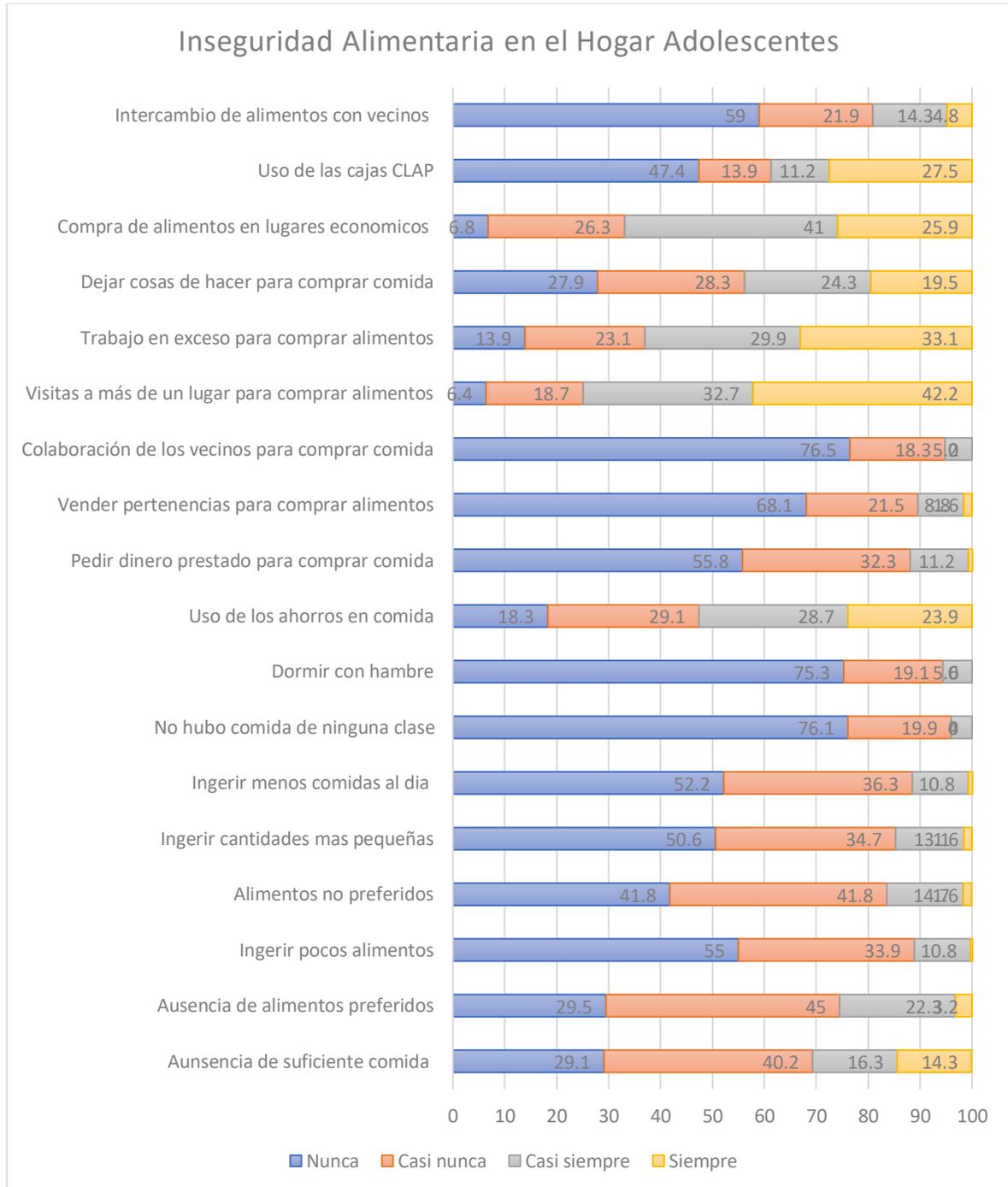
Al igual que para la muestra de adultos, en el presente grupo de sujetos se procedió a describir la frecuencia de respuestas para cada uno de los indicadores de la escala de acceso de la inseguridad alimentaria de los hogares. En la gráfica de barras apiladas de la figura 23, fueron diagramados el porcentaje de sujetos agrupados para cada opción de respuesta. Tal y como se observa en la imagen, el indicador que sugiere la "visita a más de un lugar para la compra de alimentos" resultó ser el más admitido por la muestra, ya que, un 42.2% de los sujetos indicó que es una condición que ocurre "siempre" en sus hogares.

Por otro lado, un 44% de los sujetos sugirió que "siempre" o "casi siempre" existió un sacrificio de actividades, a favor de la compra de los alimentos en sus hogares. En tercer lugar, aproximadamente un 39% de los adolescentes afirmó la necesidad del uso de las ayudas gubernamentales (cajas CLAP) para satisfacer sus necesidades alimentarias.

Las puntuaciones obtenidas para la escala total reflejaron un promedio de 1.95 (SD=0.57), que sugirió que los adolescentes encuestados en al menos una oportunidad durante las 4 semanas previas a la realización de la encuesta presentaron distintos indicadores de inseguridad alimentaria. El 68% de los encuestados obtuvo puntuaciones entre 1.43 y 2.52 y la forma de la distribución ( $As=0.35$ ;  $Ku=-0.75$ ) resultó ser de carácter leptocúrtico y levemente sesgada hacia la derecha, de manera tal, que no existió un ajuste a la distribución normal (Kolmogorov-Smirnov=0.08;  $p=0.000$ ), tal y como se evidencia en la figura 24.

**Figura 23**

*Gráfico de barras para la comparación de los indicadores de inseguridad alimentaria (muestra de adolescentes)*

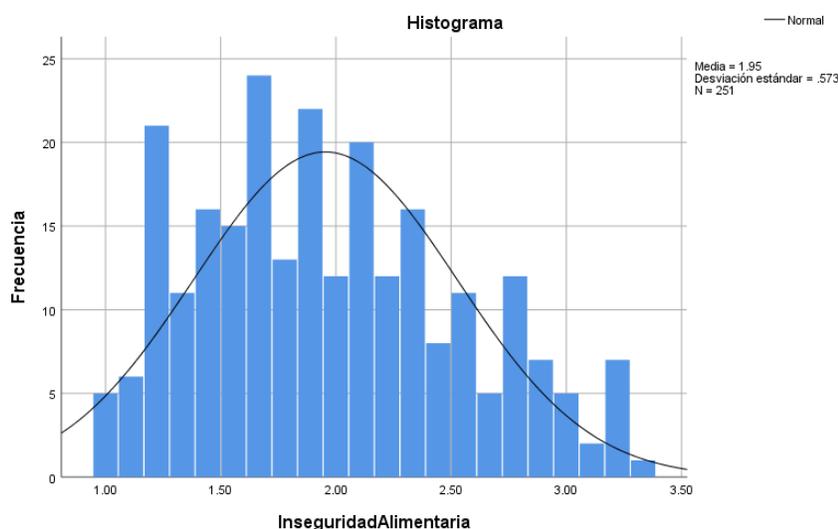


Por último, estos indicadores de inseguridad alimentaria en el hogar, fueron comparados tomando a las variables sociodemográficas del estudio, y se halló que el

sexo ( $t=1.04$ ;  $gl=249$ ;  $p=0.298$ ), poseer alguna enfermedad crónica ( $t=-0.63$ ;  $gl=249$ ;  $p=0.525$ ) o un diagnóstico psicológico ( $t=1.54$ ;  $gl=249$ ;  $p=0.125$ ) no permitieron diferenciar el nivel de inseguridad alimentaria en el hogar admitido por la muestra de adolescentes. No obstante, el tipo de institución en la que estudiaba el joven si generó diferencias significativas en el nivel de inseguridad alimentaria admitido ( $t=6.97$ ;  $gl= 249$ ;  $p=0.000$ ), ya que aquellas personas provenientes de colegios públicos ( $M=2.32$ ;  $SD=0.54$ ) admitieron tener más dificultades en el acceso, disponibilidad y consumo de alimentos al ser comparados con aquellos adolescentes que cursaron estudios en instituciones privadas ( $M=1.80$ ;  $SD=0.51$ ).

## Figura 24

*Histograma de la inseguridad alimentaria en el hogar (muestra de adolescentes)*



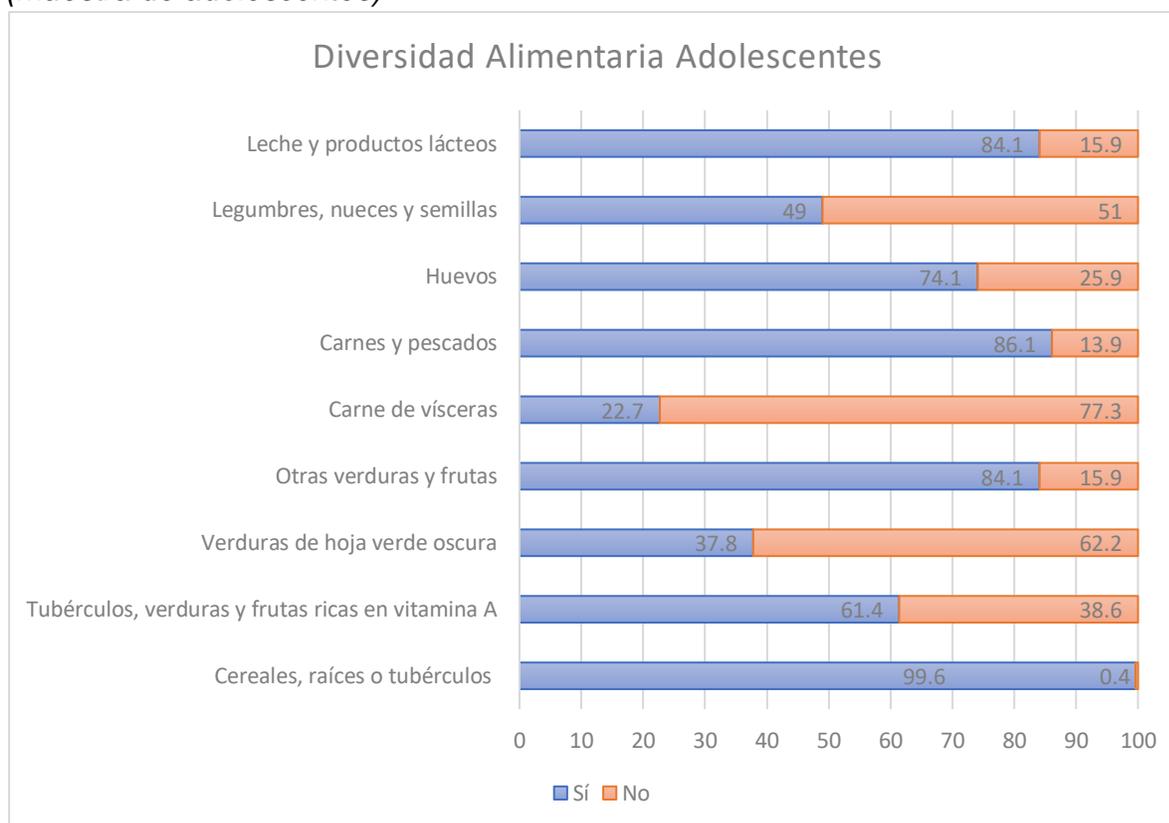
## Diversidad Alimentaria

Como complemento de la medida de la inseguridad alimentaria en el hogar, se propuso indagar que tan diversa resultó ser la dieta de los adolescentes encuestados, para ello, al igual que en el caso de la muestra de adultos se les preguntó a los jóvenes que grupo de alimentos ingirieron 24 horas antes de la realización de la encuesta. En la figura 25, se resumió este patrón alimentario y tal como allí se evidenció, al igual que en el caso de los adultos, existió un predominio de consumo de carbohidratos (99.6%),

proteínas de origen animal (86.1%), verduras y frutas (84.1%) y leche y productos lácteos (84.1%).

### Figura 25

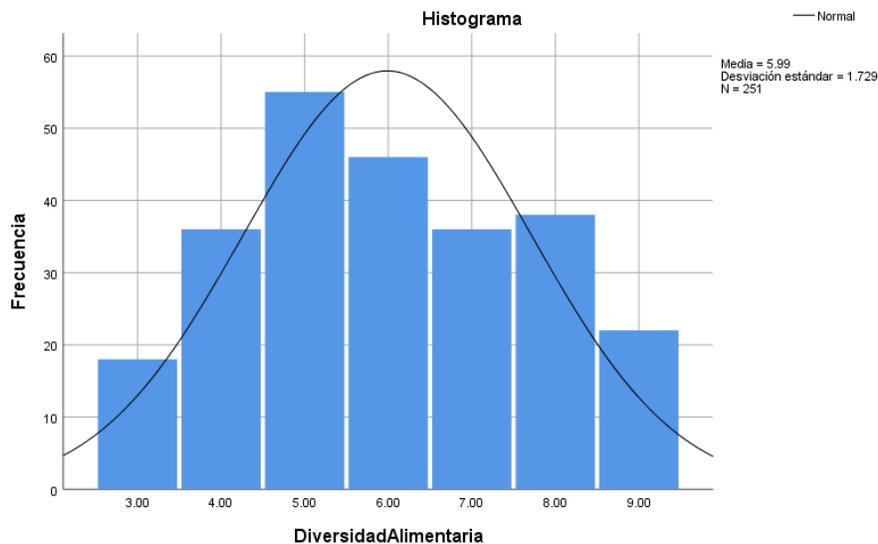
Gráfico de barras para la comparación de los indicadores de diversidad alimentaria (muestra de adolescentes)



En términos de puntuaciones globales fue obtenida una puntuación media de 5.98 con una desviación estándar de 1.72, que indicó que el 68% de los adolescentes encuestados consumió de 4 a 7 grupos de alimentos el día anterior a la realización de la encuesta. Tras evaluar el sesgo y la curtosis de la distribución ( $As=0.10$ ;  $Ku=-0.96$ ) se pudo determinar que la misma resultó mesocúrtica y levemente coleada hacia la derecha, lo que impidió el ajuste de la distribución a una normal (Kolmogorov-Smirnov=0.15;  $p=0.000$ ) tal y como se muestra en el histograma de la figura 26.

## Figura 26

### *Histograma de la diversidad alimentaria (muestra de adolescentes)*



Para finalizar, las puntuaciones de la diversidad alimentaria fueron comparadas en función de las variables sociodemográficas incluidas en el estudio, encontrándose que el sexo ( $t=0.065$ ;  $gl=249$ ;  $p=0.948$ ), el tipo de colegio ( $t=-0.985$ ;  $gl=249$ ;  $p=0.326$ ), poseer una enfermedad crónica ( $t=-0.172$ ;  $gl=249$ ;  $p=0.864$ ) y haber sido diagnosticado con un trastorno mental ( $t=-1.05$ ;  $gl=249$ ;  $p=0.293$ ) no establecieron diferencias en el número de comidas que fueron ingeridas el día anterior a la realización de la encuesta.

## Estrategias de Afrontamiento

### *Estrategias ligadas a la solución de problemas*

Se procedió a analizar la frecuencia de respuesta ante cada una de las opciones contenidas en los reactivos. La figura 27 resume las estrategias ligadas a la solución de problemas que resultaron más destacadas por los sujetos encuestados, tal y como allí se observó, al igual que en la muestra de adultos, estos jóvenes admitieron que "los problemas sirven para madurar como persona", puesto que un 68.9% de los encuestados indicaron que "siempre" o "casi siempre" comparten esa visión.

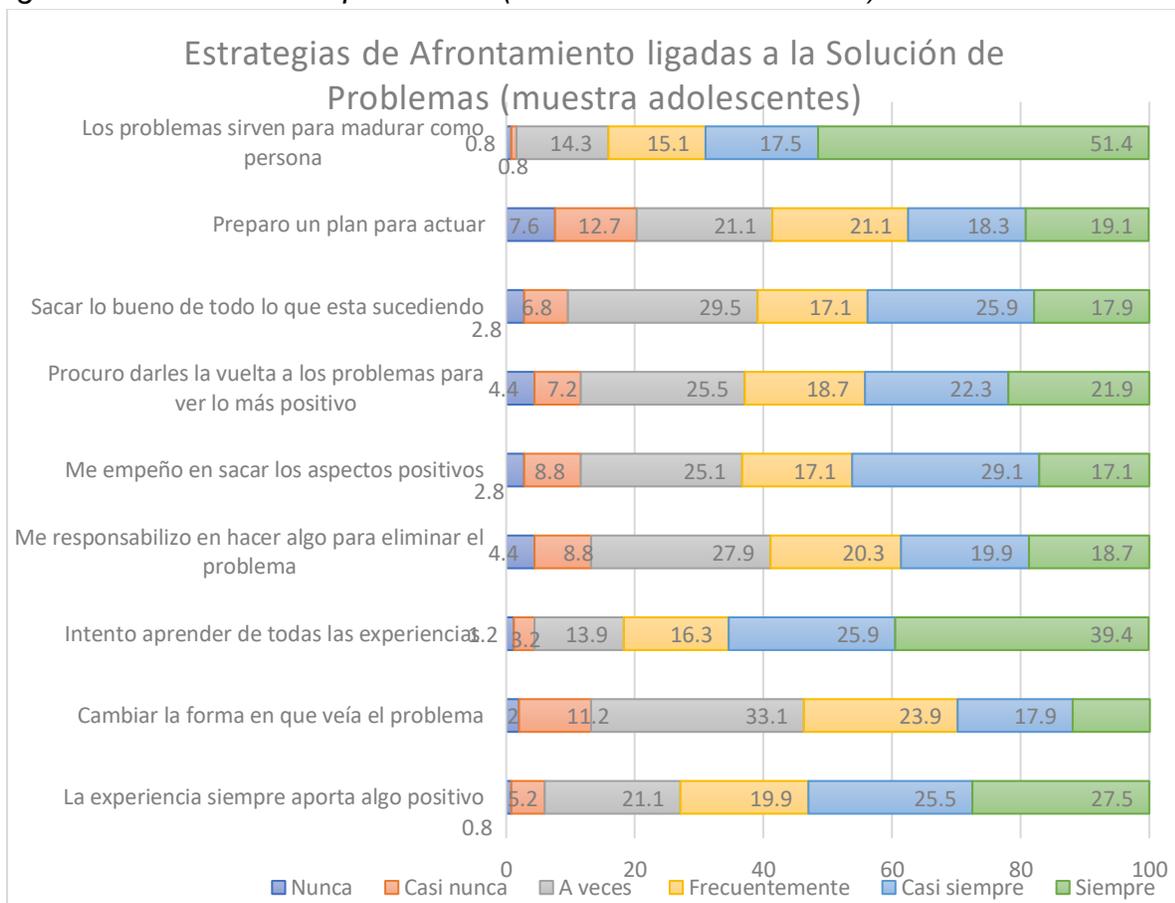
En segundo lugar, los adolescentes declararon que "intentan aprender de todas sus experiencias", muy frecuentemente en un 39% de los casos. Por último, el aprendizaje positivo a partir de los problemas de la vida fue otra de las herramientas predilectas por los jóvenes ante situaciones de tensión (44.2% admitió que "siempre" o "casi siempre" se inclinaron por dicha estrategia).

Por su parte, la puntuación global de la dimensión fue sometida a un análisis descriptivo, hallándose con respecto a la tendencia central una puntuación media de 4.25 con una desviación estándar de 0.86, que sugirió que un 68% de los sujetos se halló entre 3.39 y 5.11. Con respecto a la forma de la distribución ( $As=-0.18$ ;  $Ku=-0.36$ ) se encontraron puntuaciones platicúrticas y levemente sesgadas hacia la izquierda, hecho que impidió el ajuste a la distribución normal ( $Kolmogorov-Smirnov=0.07$ ;  $p=0.001$ ), evidenciables en el histograma de frecuencias de la figura 28.

Por último, se emprendieron contrastes de medias con la finalidad de verificar si las estrategias de afrontamiento ligadas a la solución de problemas variaban en función de los factores sociodemográficos incluidos en la investigación. En este sentido, el sexo ( $t=-2.90$ ;  $gl= 249$ ;  $p=0.004$ ) permitió diferenciar el uso de este tipo de estrategias, ya que los hombres ( $M=4.45$ ;  $SD=0.81$ ) puntuaron significativamente más alto en dicha dimensión al ser comparados con las mujeres ( $M=4.13$ ;  $SD=0.90$ ).

**Figura 27**

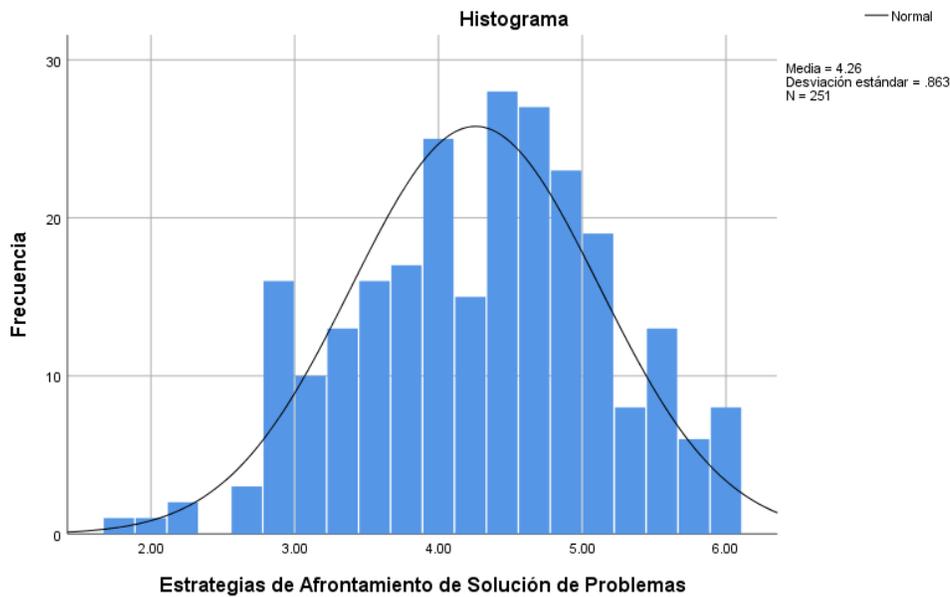
*Gráfico de barras para la comparación de los indicadores de estrategias de afrontamiento ligadas a la solución de problemas (muestra de adolescentes)*



Por otro lado, tener una enfermedad crónica ( $t=0.653$ ;  $gl= 249$ ;  $p=0.555$ ), haber sido diagnosticado con un trastorno mental ( $t=1.34$ ;  $gl= 249$ ;  $p=0.181$ ) y el tipo de institución en la que estudiaba el alumno ( $t=0.205$ ;  $gl= 249$ ;  $p=0.838$ ) no permitieron establecer diferencias en el tipo de estrategias ligadas a la solución de problemas utilizadas.

**Figura 28**

*Histograma de las estrategias de afrontamiento ligadas a la solución de problemas (muestra de adolescentes)*

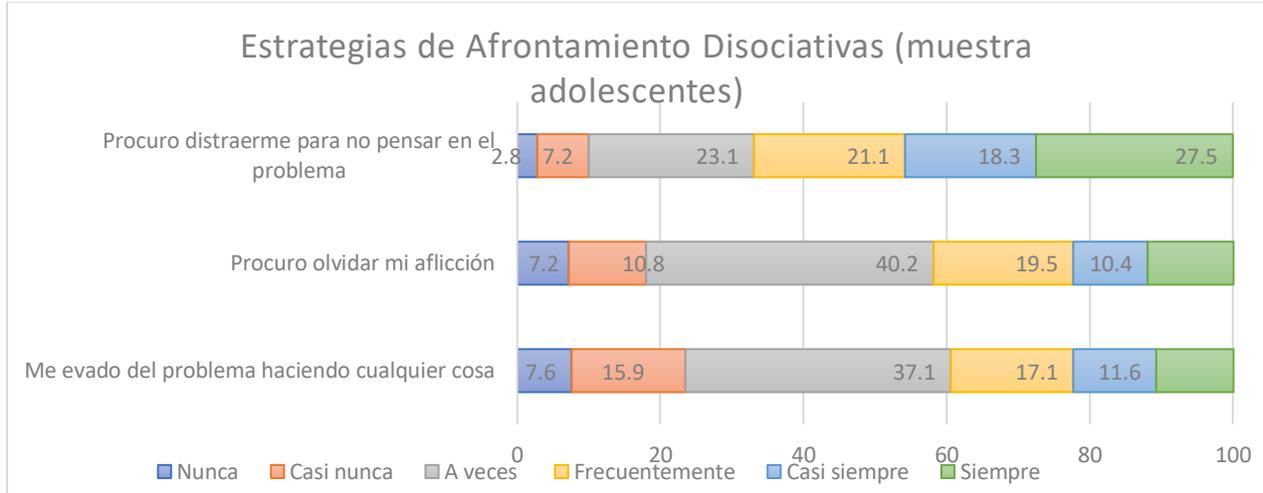


### *Estrategias Disociativas*

Las estrategias disociativas fueron evaluadas en términos de su frecuencia de respuesta, al igual que en todas las variables precedentes, se representó un gráfico de barras apiladas con la finalidad de poder describir con detenimiento las opciones de respuesta más probables en la muestra de adolescentes (Ver Figura 29). Al igual que en el caso de los adultos, los adolescentes tendieron a "procurar distraerse para no pensar en el problema" predominantemente, sin embargo, el porcentaje de jóvenes que utilizó estas estrategias fue mayor, ya que un 32% de los jóvenes admitió que "casi siempre" o "siempre" emprendió esta herramienta. En segundo lugar, "procurar olvidar la aflicción" fue otra estrategia probable para los adolescentes ante las situaciones de tensión, puesto que, un 29% de los encuestados admitió utilizar dicha estrategia.

**Figura 29**

*Gráfico de barras para la comparación de los indicadores de estrategias de afrontamiento disociativas (muestra de adolescentes)*

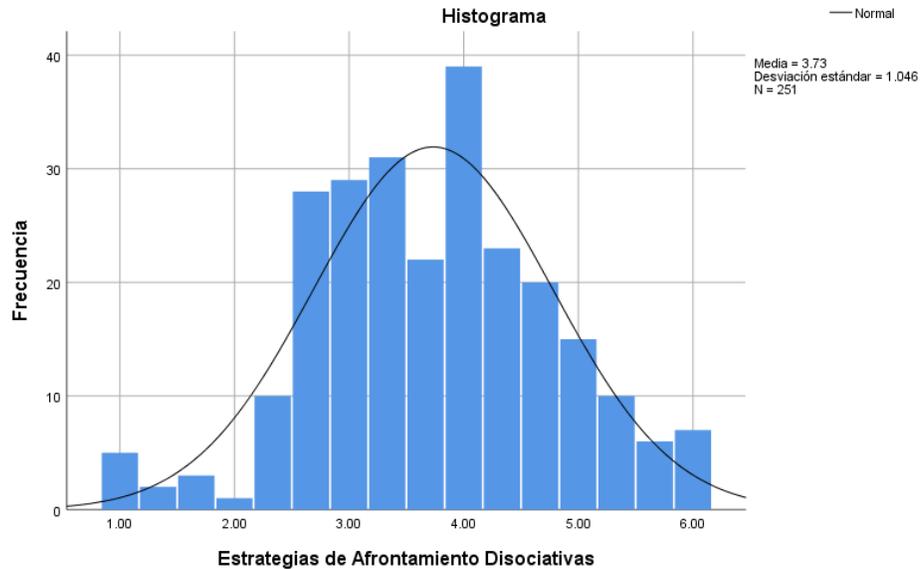


Por otro lado, fue calculada la puntuación total de la dimensión, obteniéndose una tendencia central y dispersión ( $M=3.79$ ;  $SD=1.04$ ) que sugirió que los adolescentes frecuentemente hacían uso de las estrategias disociativas como medio para afrontar las fuentes de estrés. El 68% de los jóvenes puntuó entre 2.75 y 4.83, y en cuanto a la forma de las puntuaciones ( $As=-0.06$ ;  $Ku=-0.006$ ) se obtuvo una distribución mesocúrtica y levemente coleada hacia la izquierda, hecho que impidió el ajuste a la normal ( $Kolmogorov-Smirnov=0.08$ ;  $p=0.000$ ), tal como se visualizó en el histograma de frecuencias de la figura 30.

En último lugar, se procedieron a contrastar los puntajes de la escala de estrategias de afrontamiento disociativas en función de las variables sociodemográficas incluidas en el estudio, encontrando que el sexo ( $t=0.204$ ;  $gl= 249$ ;  $p=0.839$ ), el tipo de institución escolar ( $t=1.74$ ;  $gl= 249$ ;  $p=0.083$ ), poseer en la actualidad una enfermedad crónica ( $t=-0.32$ ;  $gl= 249$ ;  $p=0.974$ ) o mental ( $t=-0.741$ ;  $gl= 249$ ;  $p=0.459$ ) no permitieron diferenciar las estrategias de afrontamiento disociativas utilizadas por el grupo de adolescentes.

**Figura 30**

*Histograma de las estrategias de afrontamiento disociativas (muestra de adolescentes)*

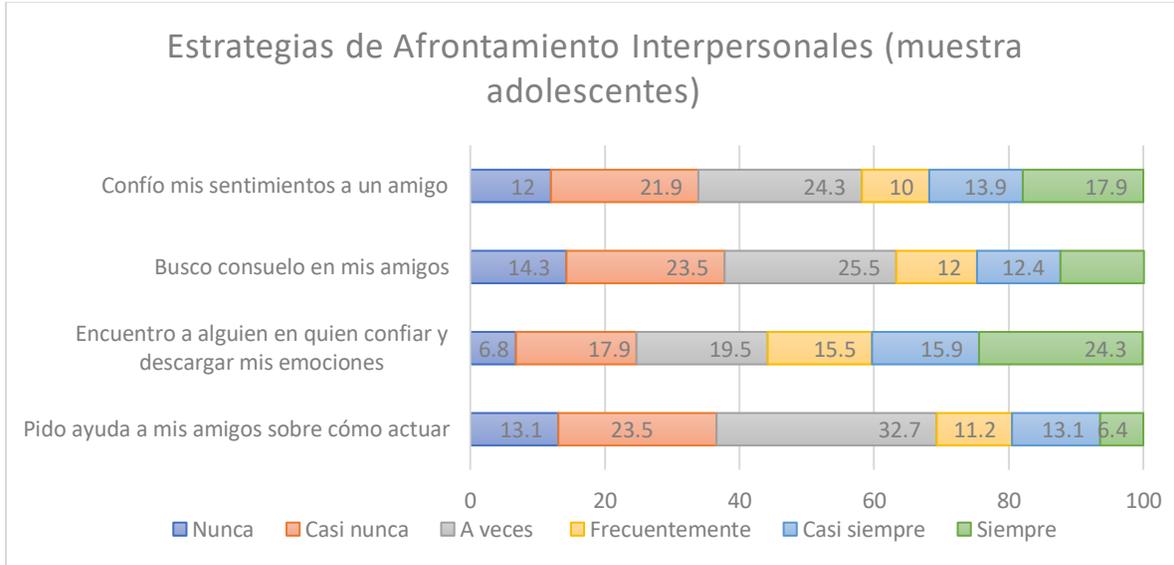


### *Estrategias de Afrontamiento Interpersonales*

Para finalizar la descripción de las estrategias de afrontamiento, se procedió a evaluar la frecuencia de respuestas por opciones ante cada uno de los reactivos interpersonales. La figura 31, contiene una gráfica de barras apiladas que resume estos porcentajes, donde al igual que en la muestra de adultos, para los adolescentes "encontrar alguien en quien confiar y descargar las emociones", resultó la estrategia más frecuente, ello tomando en consideración que un 40.2% de los sujetos admitió que "siempre" o "casi siempre", empleó dicha herramienta. En segundo lugar, "confiar los sentimientos a un amigo" resultó ser otra respuesta común para este grupo de sujetos, ya que representó la respuesta predilecta para un 17.9% de los jóvenes encuestados.

**Figura 31**

*Gráfico de barras para la comparación de los indicadores de estrategias de afrontamiento interpersonales (muestra de adolescentes)*



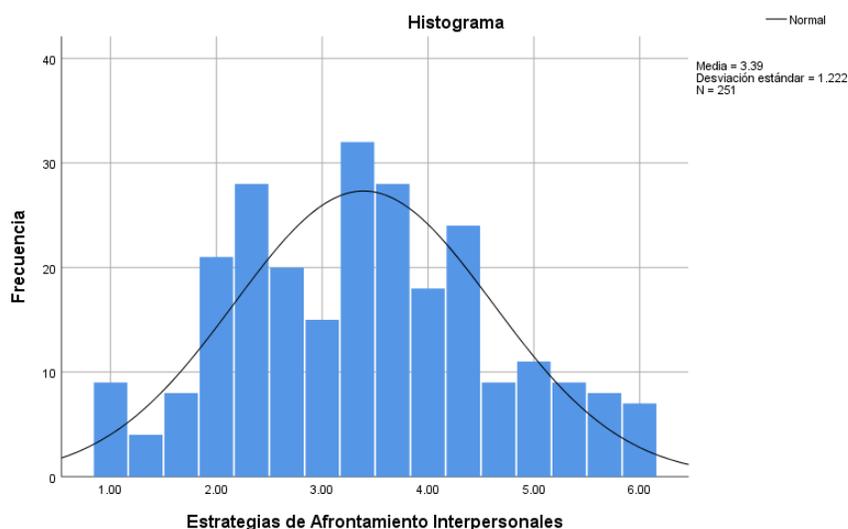
Por otro lado, las puntuaciones totales fueron sometidas a análisis, encontrando una puntuación promedio de 3.39 y una desviación estándar de 1.22, por lo que, el 68% de los adolescentes entrevistados hallaron puntuaciones entre 2.17 y 4.61, hecho que sugirió que los jóvenes solo "a veces" hacen uso de este tipo de estrategias. Para evaluar la forma de la distribución se acudió a los indicadores de asimetría y curtosis ( $As=0.171$ ;  $Ku=-0.570$ ), que sugirieron una distribución platicúrtica, y sin sesgos marcados, y no hubo un ajuste de la distribución a una normal ( $Kolmogorov-Smirnov=0.09$ ;  $p=0.000$ ), evidenciable en la figura 32.

Por último, las puntuaciones totales de la dimensión fueron comparadas en función de los factores sociodemográficos incluidos en el estudio, encontrando que, el sexo permitió diferenciar las puntuaciones en dicho factor ( $t=3.12$ ;  $gl= 249$ ;  $p=0.002$ ), esto tomando en cuenta que las mujeres ( $M=3.57$ ;  $SD=1.24$ ) puntuaron significativamente más elevadas que los hombres ( $M=3.08$ ;  $SD=1.11$ ). En segundo lugar, el tipo de institución educativa de origen también permitió establecer dicha diferencia ( $t=-2.24$ ;  $gl= 249$ ;  $p=0.026$ ), esto considerando que los estudiantes de colegios/universidades privadas ( $M=3.50$ ;  $SD=1.21$ ) hicieron mayor uso de estas estrategias al ser comparados con los

estudiantes de institutos públicos ( $M=3.11$ ;  $SD=1.21$ ). No obstante, poseer una enfermedad crónica ( $t=0.672$ ;  $gl= 249$ ;  $p=0.502$ ) o mental ( $t=-0.396$ ;  $gl= 249$ ;  $p=0.693$ ), no permitió establecer diferenciación en las estrategias de afrontamiento interpersonales.

### Figura 32

*Histograma de las estrategias de afrontamiento interpersonales (muestra de adolescentes)*



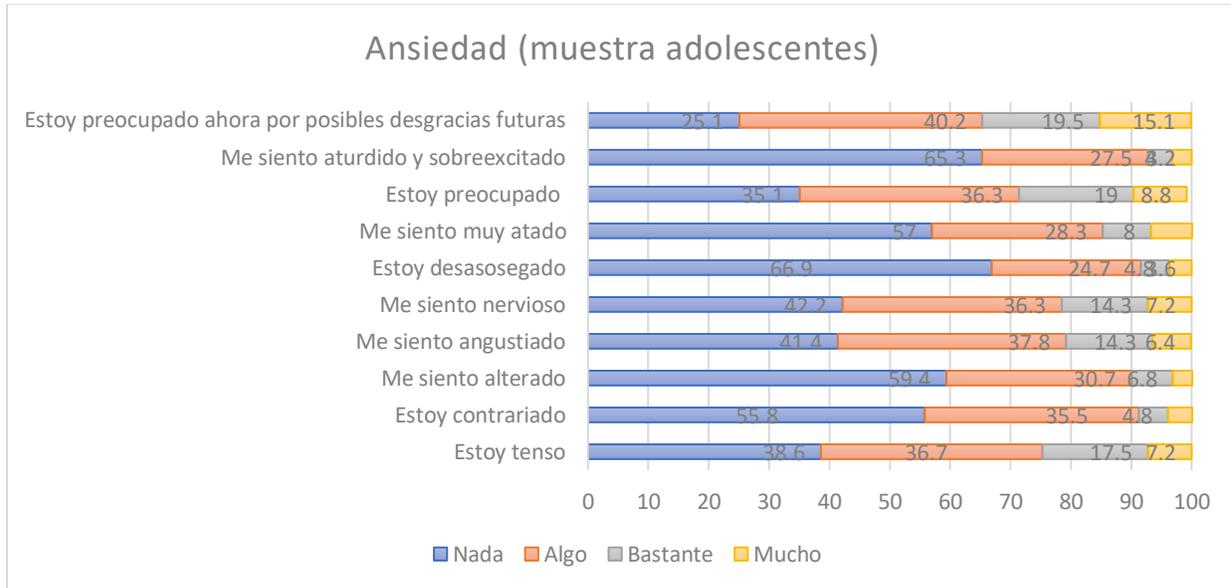
### Ansiedad

Todos los síntomas ansiosos fueron sometidos a un análisis descriptivo que permitió verificar cuales fueron más o menos predominantes en la muestra de adolescentes. En el gráfico de barras apiladas de la figura 33, se resumen todos estos porcentajes, encontrando que, a diferencia de la muestra de adultos, los adolescentes presentaron mayores dificultades en admitir la presencia de alteraciones de tipo ansioso. Sin embargo, resultó la sensación de "preocupación" la más probable en la muestra, ya que un 27% de los encuestados admitió presentar esa sensación en gran medida.

En segundo lugar, estar tenso y sentirse nervioso fueron otras respuestas de tipo ansioso preponderantes en los adolescentes, ello tomando en cuenta que para el primer síntoma un 25% de los jóvenes admitió su presencia, mientras que para el segundo un 21% de ellos admitió que resultó ser algo muy frecuente.

### Figura 33

Gráfico de barras para la comparación de los síntomas de ansiedad (muestra de adolescentes)

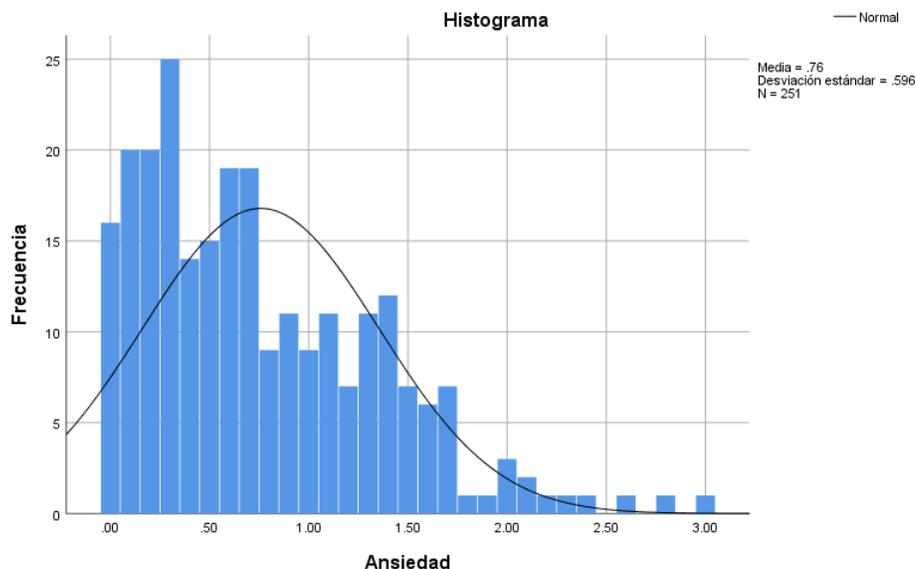


En el caso de la puntuación total de la escala, se obtuvo una media de 0.75 y con respecto a los indicadores de dispersión, la desviación típica fue de 0.60. Esto generó que el 68% de la muestra obtuviera puntuaciones entre 0.15 y 1.35, por lo que en promedio los adolescentes se describieron "algo" ansiosos. Con respecto a los estadísticos de forma ( $As=0.94$ ;  $Ku=0.66$ ), la distribución resultó ser leptocúrtica y considerablemente coleada hacia la derecha, condición que evita el ajuste de las puntuaciones a la normal ( $Kolmogorov-Smirnov=0.13$ ;  $p=0.000$ ), siendo esto visible en el histograma de la figura 34.

Para finalizar, los síntomas ansiosos fueron contrastados en función de las variables sociodemográficas, hallando que, el sexo permitió diferenciar los niveles de ansiedad que son reportados ( $t=2.73$ ;  $gl= 249$ ;  $p=0.007$ ), ya que las mujeres manifestaron significativamente mayor ansiedad ( $M=0.83$ ;  $SD=0.62$ ) que los hombres ( $M=0.62$ ;  $SD=0.53$ ). En segundo lugar, el tipo de institución de origen ( $t=0.07$ ;  $gl= 249$ ;  $p=0.944$ ), poseer una enfermedad física ( $t=-1.83$ ;  $gl= 249$ ;  $p=0.007$ ) o mental ( $t=-1.94$ ;  $gl= 249$ ;  $p=0.005$ ), no permitieron diferenciar que tan ansiosos se mostraron los jóvenes.

## Figura 34

### *Histograma de los síntomas de ansiedad (muestra de adolescentes)*



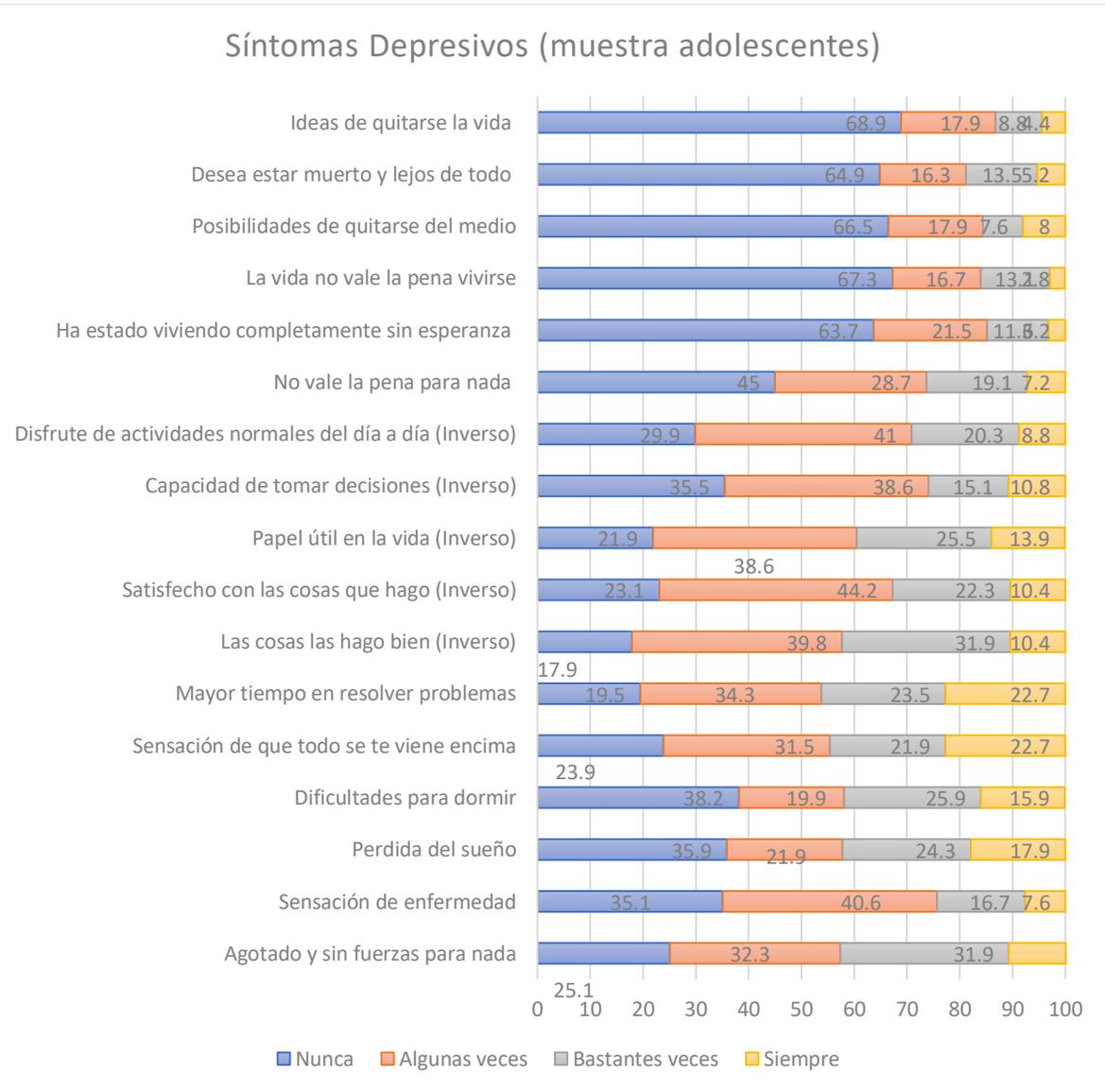
## Depresión

Al igual que en todas las variables precedentes, se propuso en primer lugar, realizar un análisis de frecuencia ante cada opción de respuesta del GHQ-28 aplicado a la muestra de adolescentes. Tras observar el gráfico de barras apiladas de la figura 35, fue posible constatar que los jóvenes manifestaron un patrón de respuesta muy similar a los adultos, en la escala de síntomas depresivos. Necesitar "mayor tiempo para resolver las cosas" acompañado de la "sensación de que todo se te viene encima", fueron los síntomas con mayor presencia, ya que para ambos un 22.7% de la muestra admitió tal sensación.

Por otro lado, la "perdida de sueño" y la "sensación de agotamiento", fueron dos respuestas fisiológicas de la depresión con presencia frecuente en la muestra de adolescentes, esto tomando en consideración que un 42% de los jóvenes admitió que como mínimo esto le sucede "bastantes veces", mientras que 11% se describieron muy agotados. Asimismo, fue la ideación suicida el síntoma que menor presencia tuvo en la muestra, ello tomando en cuenta que el 4.4% de los adolescentes la manifestó en alto nivel.

**Figura 35**

*Gráfico de barras para la comparación de los síntomas de depresión (muestra de adolescentes)*

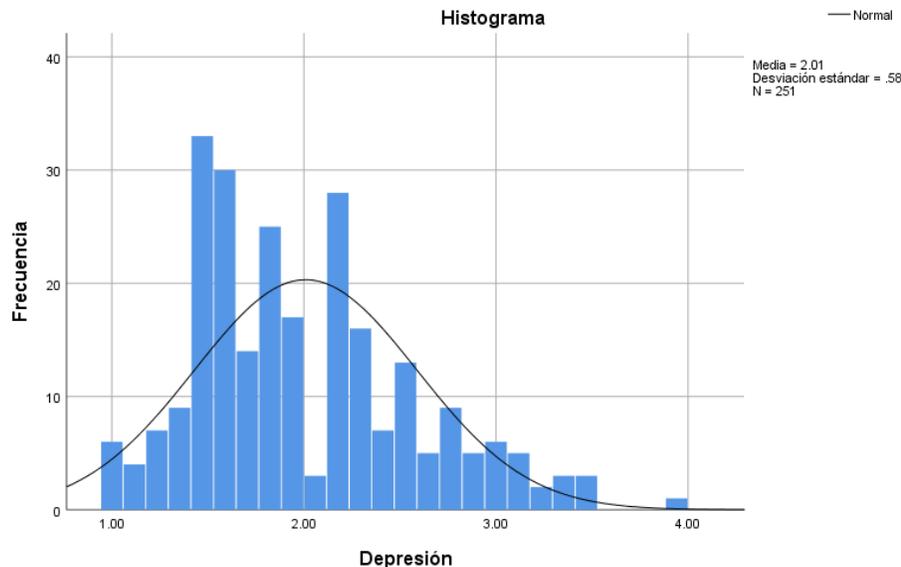


Posteriormente, se evaluaron los estadísticos descriptivos para las puntuaciones totales de la escala de síntomas depresivos, encontrando una media de 2.01 y una desviación estándar de 0.58, que sugirió que la muestra "algunas veces" experimentó una vivencia depresiva. El 68% de los sujetos encuestados halló puntuaciones entre 1.43 y 2.59, y con respecto a la forma de la distribución ( $As=0.65$ ;  $Ku=0.07$ ) esta resultó mesocúrtica y sesgada hacia la derecha, elemento que dejó en evidencia como los

adolescentes tienden a no presentar una manifestación directa de sus síntomas de tristeza. Por su parte, no existió un ajuste a la distribución normal (Kolmogorov-Smirnov=0.13;  $p=0.000$ ). La figura 36 representó todos estos indicadores descritos.

### Figura 36

*Histograma de los síntomas de depresión (muestra de adolescentes)*



Para finalizar los análisis descriptivos de la muestra de adolescentes, se contrastaron los síntomas depresivos en función de las variables sociodemográficas incluidas en el estudio hallando que el sexo permitió diferenciar los síntomas depresivos ( $t=4.73$ ;  $gl= 249$ ;  $p=0.000$ ) considerando que las mujeres ( $M=2.14$ ;  $SD=0.55$ ) admitieron una mayor sensación de tristeza al ser comparadas con los hombres ( $M=1.79$ ;  $SD=0.56$ ). No obstante, el tipo de institución de origen ( $t=0.468$ ;  $gl= 249$ ;  $p=0.640$ ) o poseer una enfermedad crónica ( $t=-0.178$ ;  $gl= 249$ ;  $p=0.859$ ) no permitió diferenciar los niveles de síntomas depresivos. Sin embargo, haber sido diagnosticado con una enfermedad mental ( $t=-2.44$ ;  $gl= 249$ ;  $p=0.015$ ) ejerció una influencia significativa sobre los síntomas depresivos, ya que las personas con un diagnóstico tendieron a puntuar significativamente más elevado ( $M=2.18$ ;  $SD=0.61$ ) en las escalas de depresión al ser comparados con los adolescentes sin diagnóstico ( $M=1.96$ ;  $SD=0.56$ ).

### *Muestra de Niños*

## **Inseguridad Alimentaria**

Al igual que en la muestra de adultos y adolescentes, se inició el análisis de las variables sometidas a estudio, evaluando descriptivamente todos los indicadores de la escala de inseguridad alimentaria en el hogar, encontrando los resultados que se muestran en la gráfica de barras de la figura 37.

Tal y como se muestra en la figura, no todos los indicadores presentaron iguales niveles de presencia en la muestra. Fue la visita de más de un lugar para la compra de alimentos más económicos, el ítem más destacado, ya que, un 75.2% de los niños encuestados manifestó que "siempre" o "casi siempre" ocurre esto en sus hogares. Seguidamente, la percepción del trabajo excesivo en alguno de los miembros de la familia, fue destacado como una conducta habitual por el 72.1% de los jóvenes. Asimismo, el 69.7% de esta muestra indicó que sus familiares tienden a comprar sus alimentos en los lugares más económicos.

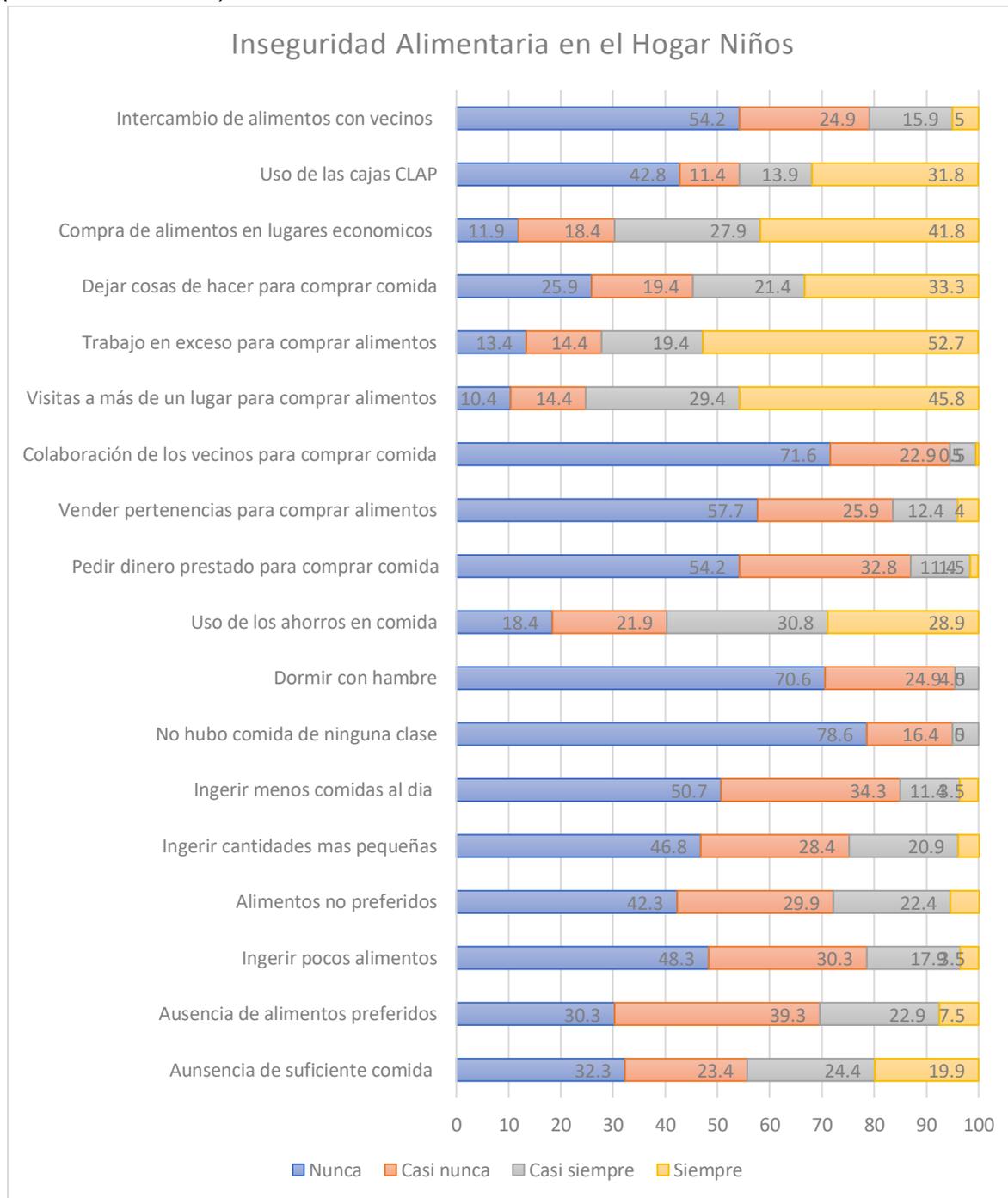
En cuarto lugar, un 59% de estos niños percibió que el uso de los ahorros para comprar los alimentos necesarios para el hogar, resultó un comportamiento frecuente ejecutado por los jefes de sus hogares. En cuanto a los indicadores tradicionales de la inseguridad alimentaria, se observó que los niños manifestaron una menor angustia por la ausencia de suficiente comida en sus casas, al ser comparados con la muestra de adultos, no obstante, un 44.3% de estos jóvenes indicó que "siempre" o "casi siempre" mantienen dicha preocupación.

Por último, al observar los indicadores más comprometedores de la inseguridad alimentaria, se evidenció que un 24.94% de estos jóvenes manifestó acostarse a dormir con hambre al menos en una oportunidad, durante las cuatro semanas previas a la realización de la encuesta; mientras que un 16.4% sugirió haberse quedado sin provisiones alimentarias en el hogar durante el último mes, en al menos una ocasión.



**Figura 37**

*Gráfico de barras para la comparación de los indicadores de inseguridad alimentaria (muestra de niños)*

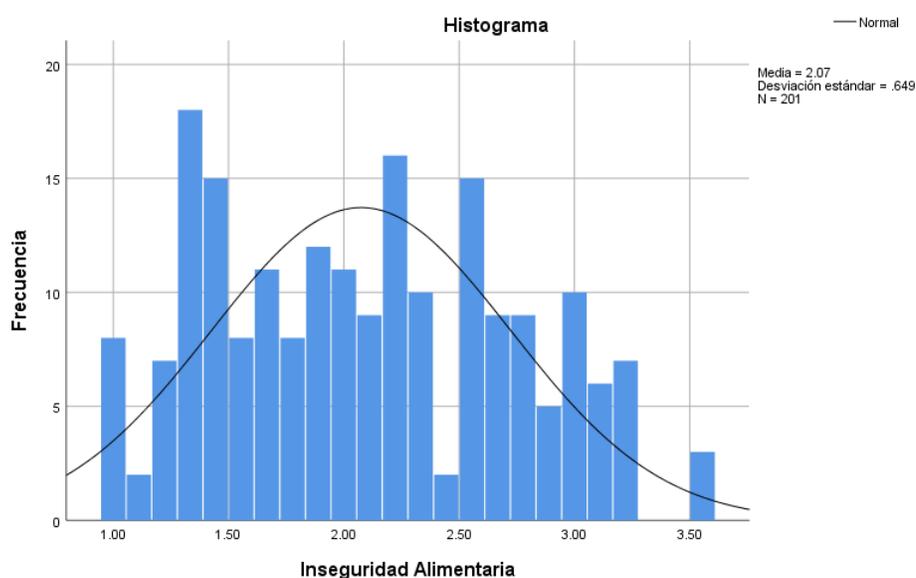


Por otra parte, al evaluar las puntuaciones generales de la escala, se halló que, para la escala de inseguridad alimentaria en los hogares, la puntuación media fue de 2.07

mientras que la dispersión fue de 0.70 y, por tanto, un 68% de los niños encuestados obtuvo puntuaciones entre 1.37 y 2.77. Por su parte, en cuanto a la forma de la distribución ( $As=0.17$ ;  $Ku=-0.99$ ) se obtuvieron puntuaciones platicúrticas y con poca asimetría, por lo que no hubo ajuste a la normal ( $Kolmogorov-Smirnov=0.09$ ;  $p=0.000$ ), tal y como se muestra en el histograma de la figura 38.

### Figura 38

*Histograma de los indicadores de inseguridad alimentaria en los hogares (muestra de niños)*



Por último, se procedió al tradicional contraste de los niveles de la inseguridad alimentaria en el hogar, en función de las variables sociodemográficas que fueron incluidas en la muestra de los niños. Hallándose que el sexo ( $t=-1.05$ ;  $gl= 199$ ;  $p=0.292$ ), poseer una enfermedad crónica ( $t=-1.35$ ;  $gl= 199$ ;  $p=0.178$ ) o haber recibido algún tipo de diagnóstico psicológico ( $t=-1.41$ ;  $gl= 199$ ;  $p=0.159$ ) no permitieron diferenciar los niveles de inseguridad alimentaria en los hogares reportada por los niños. No obstante, el tipo de colegio de origen sí permitió establecer diferencias en cuanto a los niveles de inseguridad alimentaria en los hogares ( $t=8.39$ ;  $gl= 199$ ;  $p=0.000$ ), ya que los niños provenientes de colegios públicos ( $M=2.58$ ;  $SD=0.51$ ), manifestaron mayores dificultades

en la disponibilidad, acceso y consumo de alimentos al ser comparados con los niños que estudiaron en colegios privados ( $M=1.86$ ;  $SD=0.57$ ).

### **Diversidad Alimentaria**

Una medida de diversidad alimentaria fue utilizada como complemento de la inseguridad alimentaria en los hogares, tal y como fue empleada en la muestra de adultos y adolescentes. En este sentido, para recapitular, se les preguntó a los niños qué grupo de alimentos habrían consumido 24 horas antes a la realización de las encuestas de la presente investigación. En este sentido, la figura 39 resume las preferencias alimentarias de estos jóvenes, encontrando una dieta donde predomina el consumo de carbohidratos (98%), leche y productos lácteos (85.1%), proteínas de origen animal como las carnes y pescados (73.5%) y los huevos (70.1%).

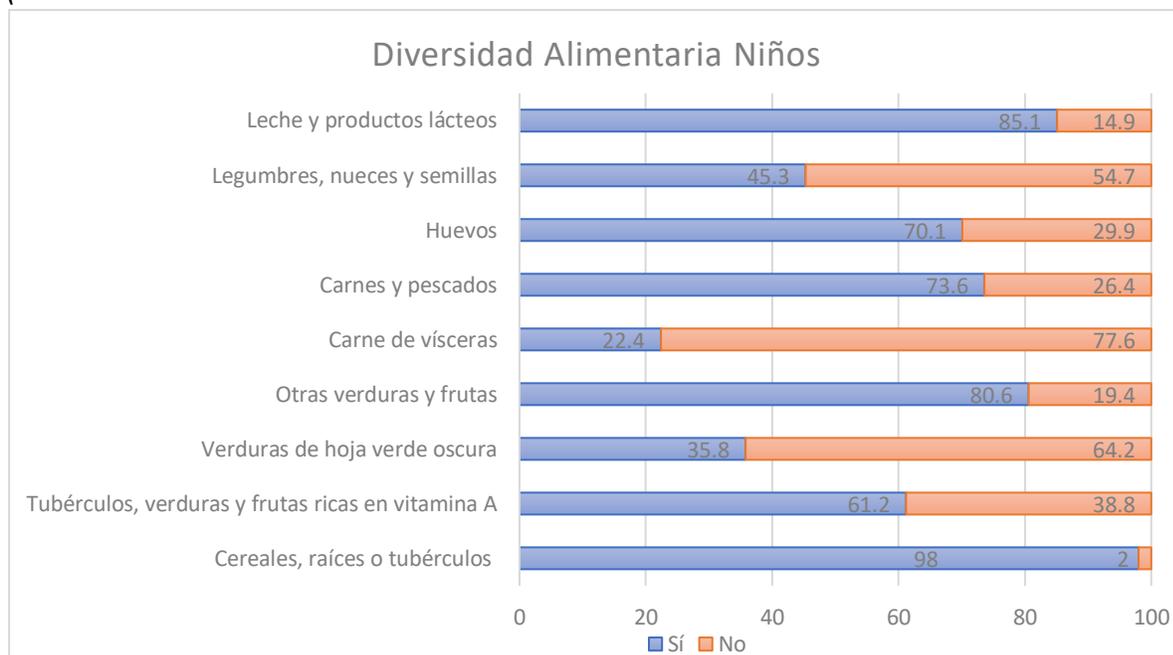
Seguidamente, fueron analizadas las puntuaciones totales de la escala de la diversidad alimentaria, y se halló que en promedio fueron 6 ( $SD=1.82$ ) los grupos alimentarios consumidos por los niños un día antes a la realización del estudio. En este sentido, el 68% de los sujetos consumió entre 4 a 8 conjuntos de alimentos. Por su parte, al inspeccionar el histograma de frecuencias de la figura 40, es posible resumir que en cuanto a la forma de la distribución ( $As=0.01$ ;  $Ku=-0.95$ ), se hallaron puntuaciones platicúrticas y con baja asimetría, por su parte no hubo ajuste a la distribución normal ( $Kolmogorov-Smirnov=0.132$ ;  $p=0.000$ ).

Para finalizar, las variables sociodemográficas fueron utilizadas como factores para intentar diferenciar los niveles de diversidad alimentaria presentes en la muestra de niños. Encontrándose que, el sexo ( $t=1.96$ ;  $gl= 199$ ;  $p=0.845$ ), poseer en la actualidad alguna enfermedad crónica ( $t=1.08$ ;  $gl= 199$ ;  $p=0.280$ ) o contar con un diagnóstico psicológico ( $t=1.11$ ;  $gl= 199$ ;  $p=0.267$ ), no permitieron diferenciar la cantidad de alimentos que fueron consumidos 24 horas antes de la realización de los instrumentos. No obstante, el tipo de institución de origen si estableció dicha diferencia ( $t=-2.73$ ;  $gl= 199$ ;  $p=0.007$ ), ya que los niños que provenían de colegios públicos manifestaron un menor consumo de grupos alimenticios ( $M=5.18$ ;  $SD=1.88$ ), al ser comparados con sus pares oriundos de instituciones privadas ( $M=5.94$ ;  $SD=1.75$ ). Por último, no existió una asociación entre el

numero de personas que habitan los hogares y la diversidad alimentaria ( $r=-0.08$ ;  $p=0.263$ ).

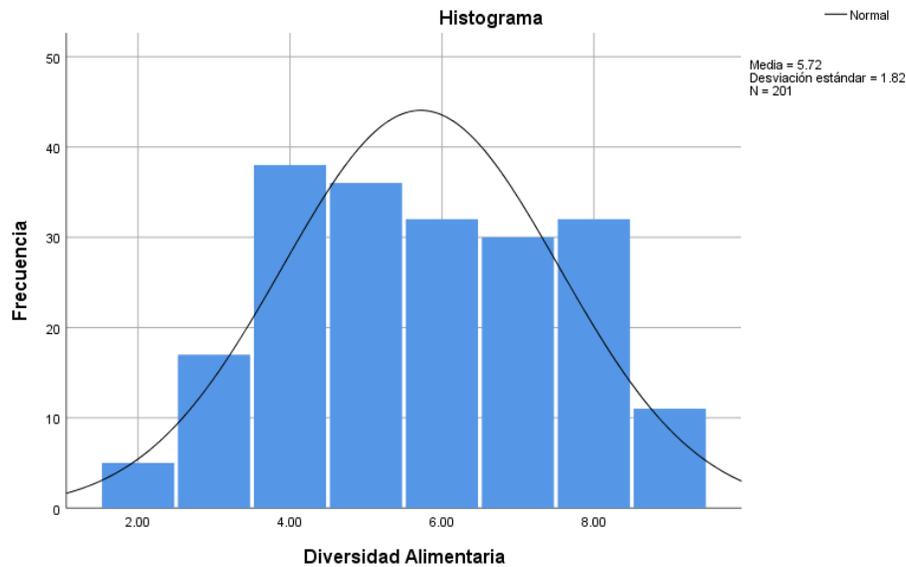
### Figura 39

Gráfico de barras para la comparación de los indicadores de diversidad alimentaria (muestra de niños)



## Figura 40

### *Histograma de la diversidad alimentaria (muestra de niños)*



## Estrategias de Afrontamiento

### *Estrategias ligadas a la solución de problemas*

Se inició el análisis de las estrategias ligadas a la solución de problemas a partir de la revisión de las respuestas otorgadas por los niños ante cada uno de los reactivos de la escala, se mostró en la figura 41 un gráfico de barras que resumió las respuestas de los sujetos entrevistados.

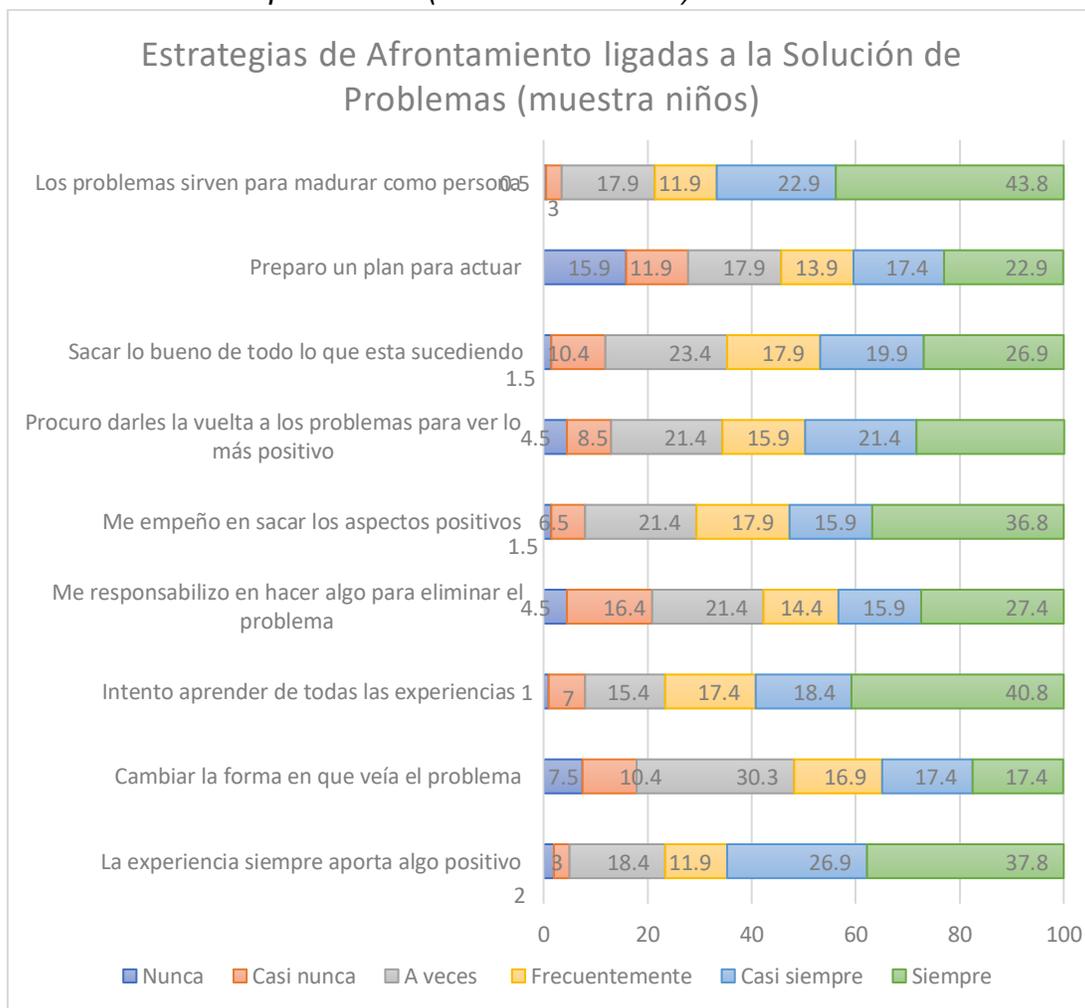
Resultó evidente en las respuestas de los niños el papel que estos otorgan a los problemas como una experiencia de carácter enriquecedor en terminos de aprendizaje, ya que, un 43.8 % de los jóvenes confió en que estos sirven para madurar como persona, un 40.8% intentó aprender de la experiencia y un 37.8% indicó que estos eventos siempre fomentan algo positivo.

Por otro lado, un 49.8% de los niños sugirió que "siempre" o "casi siempre" intentan dar la vuelta a los problemas para detallar sus aspectos positivos. Asimismo, cambiar la forma de ver el problema resultó ser herramienta menos utilizada por los niños

encuestados, en la medida que solo un 17.4% de la muestra tiende a utilizar esta estrategia frecuentemente.

### Figura 41

*Gráfico de barras para la comparación de los indicadores de estrategias de afrontamiento ligadas a la solución de problemas (muestra de niños)*

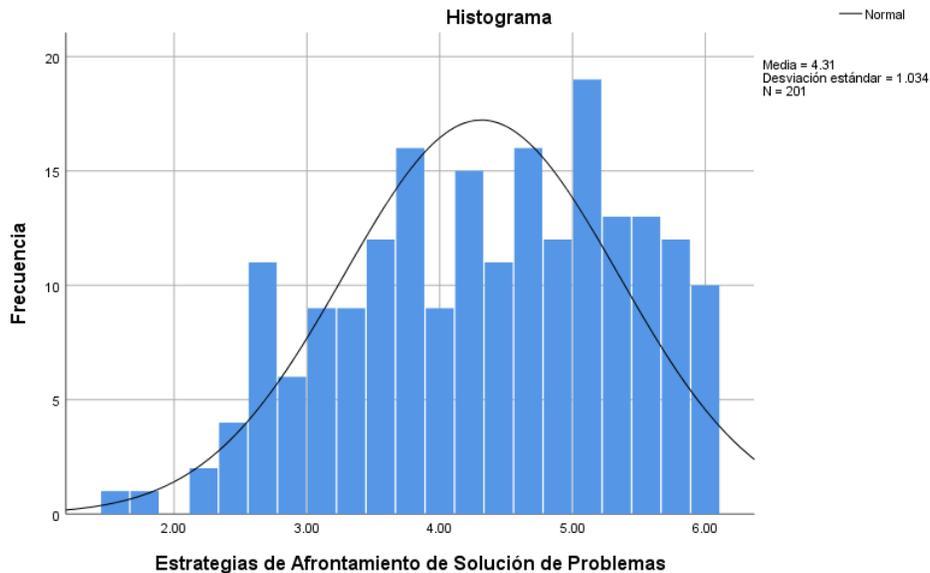


La puntuación total obtenida de la dimensión fue descrita en términos de su tendencia central, al evidenciar una media de 4.31 (SD=1.03), que sugirió que los niños frecuentemente se inclinaron por la utilización de las estrategias de afrontamiento ligadas a la solución de problemas. Considerando la desviación estándar en torno al promedio, se debe mencionar que el 68% de los niños encuestados obtuvo puntuaciones entre 3.28 y 5.34. Por su parte, en términos de forma ( $As=-0.31$ ;  $Ku=-0.76$ ) la distribución resultó ser

coleada hacia la izquierda y leptocúrtica (Ver figura 42) no presentando un ajuste a la distribución normal (Kolmogorov-Smirnov=0.08;  $p=0.002$ ).

### Figura 42

*Histograma de las estrategias de afrontamiento ligadas a la solución de problemas (muestra de niños)*



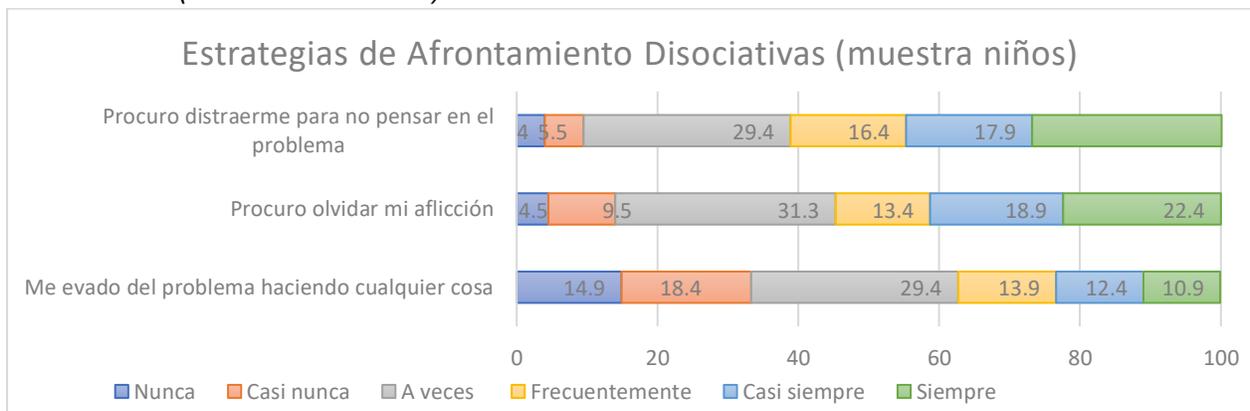
Posteriormente, fueron llevados a cabo diferentes comparaciones de media para grupos independientes, con la finalidad de verificar si las variables sociodemográficas facilitaron la diferenciación en los niveles de estrategias de afrontamiento ligadas a la solución de problemas utilizadas por los niños. Es así como el sexo ( $t=-0.35$ ;  $gl= 199$ ;  $p=0.798$ ), poseer alguna enfermedad crónica ( $t=1.78$ ;  $gl= 199$ ;  $p=0.008$ ), o el tipo de institución educativa de origen ( $t=-1.34$ ;  $gl= 199$ ;  $p=0.182$ ), no permitieron establecer diferencias en el tipo de estrategias de afrontamiento ligadas a la solución de problemas. No obstante, poseer algún diagnóstico psicológico sí permitió diferenciar el nivel de estrategias utilizadas ( $t=2.55$ ;  $gl= 199$ ;  $p=0.012$ ), ya que las personas que padecen una alteración de este tipo presentaron puntuaciones significativamente más bajas ( $M=3.81$ ;  $SD=0.98$ ), al ser comparados con los niños que carecen de un diagnóstico de estilo ( $M=4.38$ ;  $SD=1.03$ ).

### *Estrategias Disociativas*

La figura 43 que se mostró a continuación, resume las respuestas otorgadas por los niños a cada uno de los reactivos que conformaron la dimensión de las estrategias disociativas. Tal y como se evidenció "procurar distraerse para no pensar en el problema", fue la herramienta que estos jóvenes utilizaron predominantemente, ya que un 44.88% de los sujetos afirmó que "siempre" o "casi siempre" optó por utilizar dicha estrategia.

### Figura 43

*Gráfico de barras para la comparación de los indicadores de estrategias de afrontamiento disociativas (muestra de niños)*

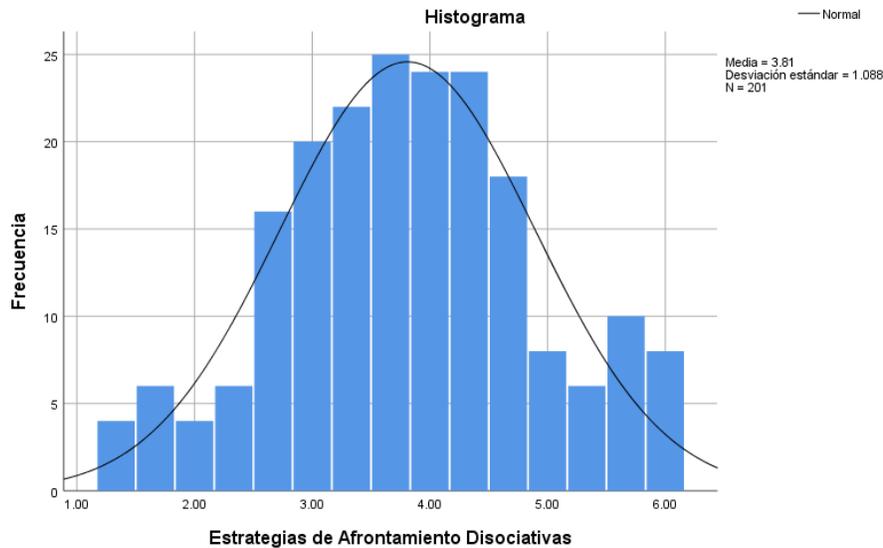


En segundo lugar, intentar olvidar el problema se dio como una respuesta frecuente para los niños, en la medida que solo el 4.5% de la muestra sugirió la no utilización de este recurso. Seguidamente, hacer cualquier cosa para evadir y no contactar con el problema, resultó ser la estrategia menos utilizada por los jóvenes, puesto que, tan solo un 23.2% de ellos admitió que "siempre" o "casi siempre", hizo uso de dicha estrategia.

Con respecto a la puntuación total de la escala, se obtuvo una puntuación media de 3.81 (SD=1.09), que indicó que en la muestra de niños la utilización de estrategias disociativas ocurrió solo algunas veces. El 68% de estos jóvenes encontró sus puntuaciones entre 2.72 y 4.90. Por su parte, la forma de la distribución (As=-0.01; Ku=-0.29) resultó simétrica y levemente platicúrtica, no garantizándose el ajuste de las puntuaciones a una distribución normal (Kolmogorov-Smirnov=0.06; p=0.003) (Ver figura 44).

**Figura 44**

*Histograma de las estrategias de afrontamiento disociativas (muestra de niños)*



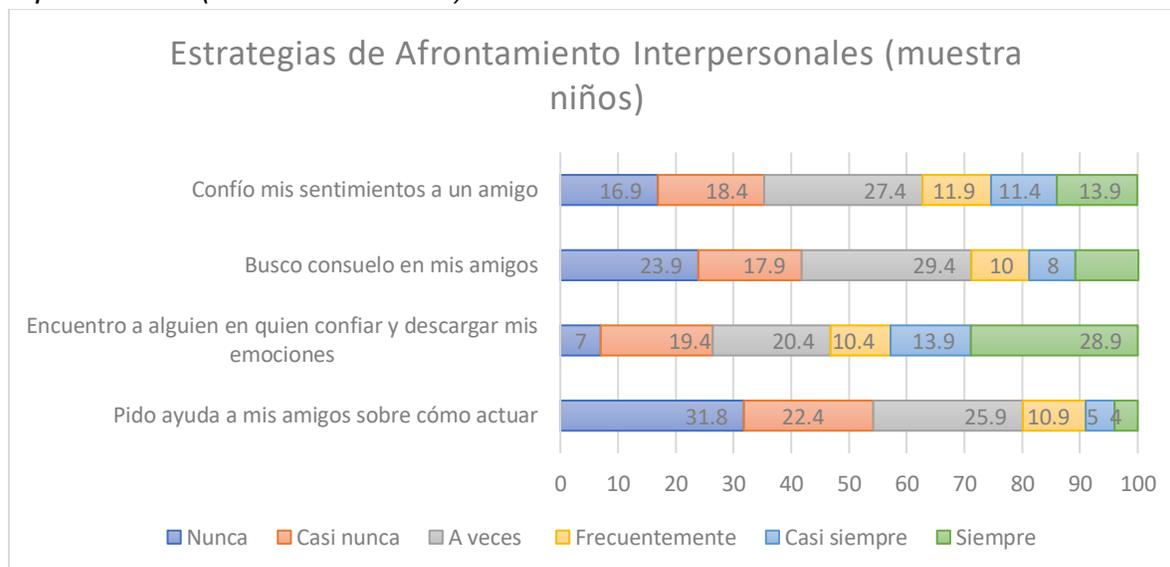
Para finalizar el siguiente apartado, se realizó contrastes de medias que permitieron verificar el nivel de las estrategias de afrontamiento disociativas en función de los factores sociodemográficos involucrados en la presente investigación. Y se encontró que el sexo ( $t=-0.49$ ;  $gl= 199$ ;  $p=0.624$ ), poseer alguna enfermedad crónica en la actualidad ( $t=-1.31$ ;  $gl= 199$ ;  $p=0.191$ ), padecer algún diagnóstico psicológico ( $t=1.76$ ;  $gl= 199$ ;  $p=0.008$ ) y el tipo de institución educativa de origen ( $t=0.51$ ;  $gl= 199$ ;  $p=0.611$ ), no permitieron establecer diferencias en los niveles de estrategias de afrontamiento disociativas utilizadas.

#### *Estrategias de Afrontamiento Interpersonales*

Con respecto a las respuestas otorgadas por los niños a los ítems de la presente dimensión, se halló que, encontrar a alguien en quien confiar la expresión directa de las emociones resultó ser la herramienta más frecuentemente utilizada, considerando que, un 42.8% de los sujetos manifestó que "siempre" o "casi siempre", utilizó tal estrategia (Ver figura 45).

**Figura 45**

*Gráfico de barras para la comparación de los indicadores de estrategias de afrontamiento interpersonales (muestra de niños)*

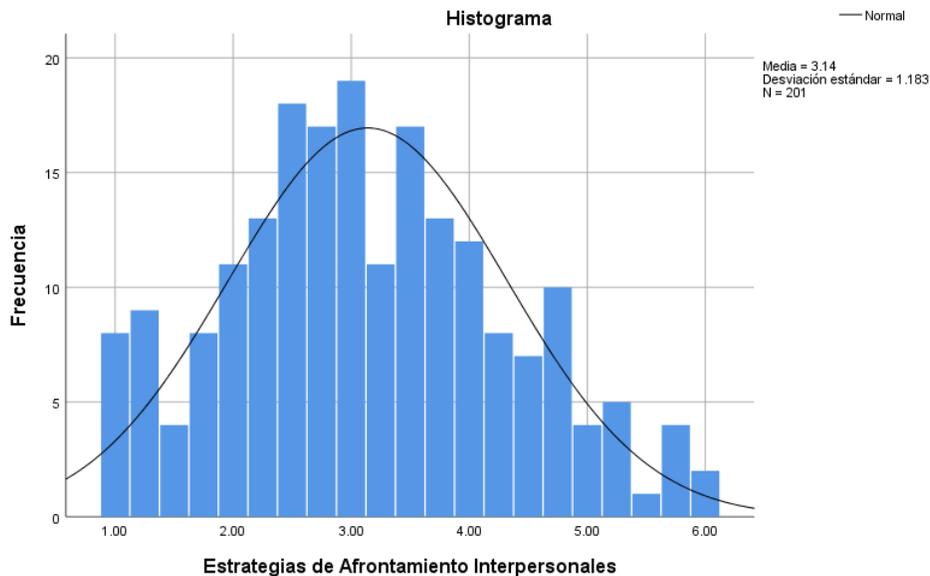


Por otra parte, confiar los sentimientos en un amigo, seguido de buscar consuelo en ellos, son otras estrategias de las que los niños hacen uso, ya que un 13.9% y un 12.4% de los jóvenes respectivamente "siempre" utilizaron esos recursos. En este sentido, pedir ayuda a los amigos para saber cómo actuar, fue una estrategia poco común, en la medida que un 54.2% de los niños rechazó abiertamente esta posibilidad.

Con respecto a la puntuación total del instrumento, se obtuvo una tendencia central ( $M=3.14$ ), que dejó en evidencia que los niños solo "a veces" consideran la utilización de este tipo de estrategias. Por su parte, una desviación típica de 1.18 alrededor de la media, sugirió que el 68% de los niños obtuvo puntuaciones entre 1.96 y 4.32. Asimismo, la forma de la distribución resultó cercana a la simetría, pero levemente platicúrtica ( $As=0.23$ ;  $Ku=-0.47$ ), tal y como se muestra en el histograma de frecuencias de la figura 46, donde quedó representado el desajuste a la distribución normal (Kolmogorov-Smirnov=0.08;  $p=0.004$ ).

**Figura 46**

*Histograma de las estrategias de afrontamiento interpersonales (muestra de niños)*



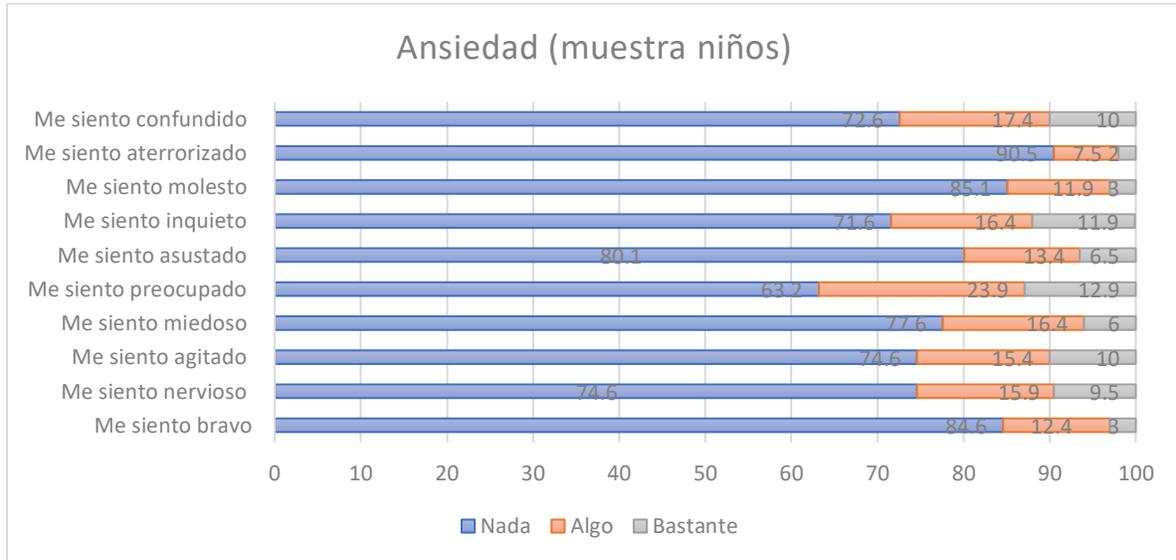
Por último, al igual que para el resto de las estrategias de afrontamiento, en la presente dimensión fueron estimadas comparaciones de media con el objetivo de verificar la influencia de las variables sociodemográficas sobre estos recursos interpersonales. Encontrando que el sexo ( $t=0.09$ ;  $gl= 199$ ;  $p=0.930$ ), poseer alguna enfermedad crónica en la actualidad ( $t=1.41$ ;  $gl= 199$ ;  $p=0.159$ ), contar con un diagnóstico psicológico ( $t=-0.09$ ;  $gl= 199$ ;  $p=0.925$ ) o el tipo de institución educativa de origen, no permitieron diferenciar estas estrategias de afrontamiento.

## **Ansiedad**

Los síntomas de ansiedad referidos por los niños son resumidos en el gráfico de barras de la figura 47. Tal como allí se evidenció, las sensaciones de preocupación, inquietud, confusión y agitación resultaron ser los síntomas ansiosos predominantes en la muestra, ya que, un 36.8%, 28.3%, 27.4% y 25.4% de los niños respectivamente manifestó dichas alteraciones en alguna medida.

**Figura 47**

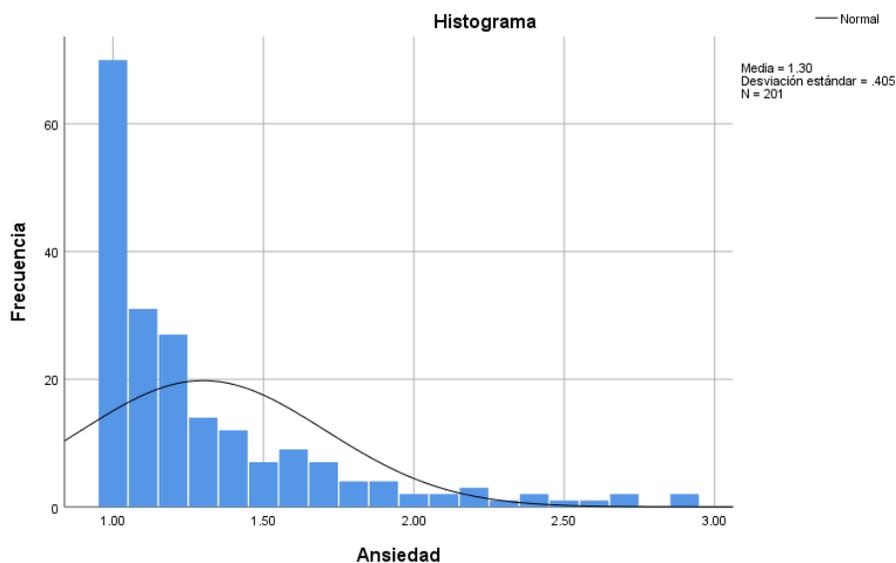
*Gráfico de barras para la comparación de los síntomas de ansiedad (muestra de niños)*



Con respecto a las puntuaciones totales observadas, resultó necesario reportar que la puntuación promedio de la escala fue de 1.30 y la desviación estándar de 0.41, en este sentido, los niños se manifestaron "algo" ansiosos al momento de responder las encuestas de la presente investigación. Considerando la dispersión de los datos, un 68% de los jóvenes obtuvo un puntaje entre 0.89 y 1.71 y en términos de forma ( $As=1.91$ ;  $Ku=3.55$ ) la distribución resultó coleada hacia la derecha y leptocúrtica, hecho que impidió el ajuste a la normal ( $Kolmogorov-Smirnov=0.23$ ;  $p=0.000$ ), tal y como fue representado en el histograma de la figura 48.

**Figura 48**

*Histograma de los síntomas de ansiedad (muestra de niños)*



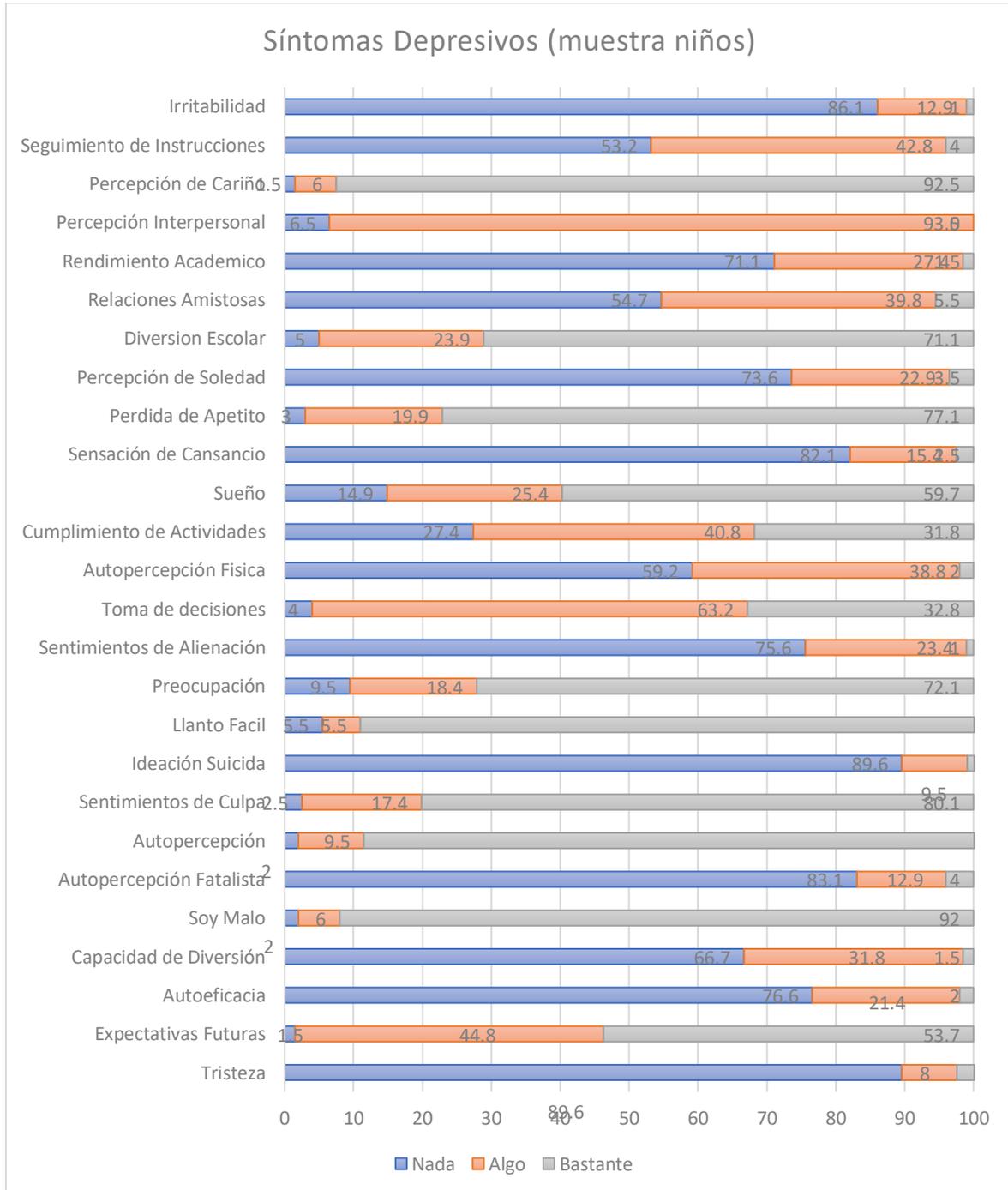
Con la finalidad de verificar la diferenciación por las variables sociodemográficas sobre los niveles de ansiedad en la muestra de niños, se procedió a la estimación de pruebas t de student de grupos independientes. Hallándose que el sexo ( $t=1.54$ ;  $gl= 199$ ;  $p=0.125$ ), poseer alguna enfermedad crónica en la actualidad ( $t=0.85$ ;  $gl= 199$ ;  $p=0.395$ ), contar con un diagnóstico psicológico ( $t=-0.32$ ;  $gl= 199$ ;  $p=0.748$ ) y el tipo de institución educativa de origen, no permitieron establecer diferencias en el nivel de ansiedad reportado por los niños del estudio. Por su parte, tampoco existió una correlación entre el número de personas que viven en el hogar de los niños y los síntomas de ansiedad de estos ( $r=-0.04$ ;  $p=0.562$ ).

## Depresión

Los síntomas depresivos evaluados en la muestra de niños son de carácter heterogéneos, en este sentido, no todos manifestaron igual nivel de preponderancia en las respuestas de los niños. En la figura 49, se mostró un gráfico de barras que representó el porcentaje de aparición de cada indicador que fue evaluado.

**Figura 49**

Gráfico de barras para la comparación de los síntomas depresivos (muestra de niños)



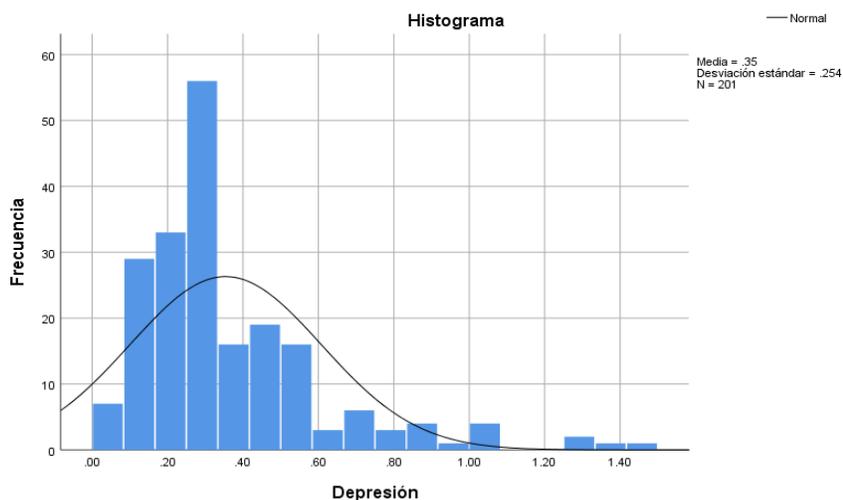
Es así como un 46.3% de los niños encuestados indicó poseer pocas expectativas sobre el futuro, al tiempo que un 33.3% de estos jóvenes sugirió tener dificultades para

hallar actividades entretenidas. Por su parte, un 27.4% de los niños indicó tener dificultades para completar las actividades que inician, al tiempo que un 46.8% sugirió presentar inconvenientes moderados para seguir instrucciones. Con respecto a la sintomatología ligada directamente al estado de ánimo, aproximadamente un 10% de los jóvenes admitió presentar sensaciones de tristeza, mientras que un 15% de estos niños se auto percibió de manera fatalista.

Para el caso de la puntuación total en la dimensión, se obtuvo una tendencia central de 0.35 y una desviación estándar de 0.25 que ubicó al 68% de los niños con puntuaciones entre 0.10 y 0.60, hecho que sugirió que rara vez los niños se permitieron manifestar abiertamente síntomas o experiencias de carácter depresivo. Con respecto a la forma de la distribución ( $As=1.76$ ;  $Ku=3.97$ ) esta resultó sesgada hacia la derecha y de tipo leptocúrtica, siendo improbable que las puntuaciones de los niños para la escala de síntomas depresivos se ajustaran a una distribución normal (Kolmogorov-Smirnov=0.17;  $p=0.000$ ), tal y como se evidenció en el histograma de frecuencias de la figura 50.

### Figura 50

*Histograma de los síntomas de depresión (muestra de niños).*



Para finalizar el análisis descriptivo de todas las muestras de estudio se procedió a comparar los síntomas depresivos de los niños en función de los factores sociodemográficos que fueron incluidos para esta muestra, encontrando que, el sexo

( $t=2.21$ ;  $gl= 199$ ;  $p=0.028$ ) facilitó la diferenciación de los síntomas depresivos, ya que, las niñas ( $M=0.39$ ;  $SD=0.28$ ) manifestaron mayor tristeza al ser comparadas con los niños de la presente muestra ( $M=0.31$ ;  $SD=0.21$ ). Por su parte, el tipo de institución educativa de origen, también facilitó la diferenciación en términos depresivos ( $t=3.58$ ;  $gl= 199$ ;  $p=0.000$ ), esto tomando en consideración que los niños de colegios públicos ( $M=0.45$ ;  $SD=0.28$ ) se manifestaron significativamente más tristes al ser comparados con niños provenientes de instituciones privadas ( $M=0.31$ ;  $SD=0.23$ ).

Asimismo, los niños con enfermedades crónicas ( $M=0.48$ ;  $SD=0.26$ ) presentaron mayores síntomas depresivos que sus pares sin diagnóstico ( $M=0.34$ ;  $SD=0.24$ ), siendo dicha diferencia significativa desde un punto de vista estadístico ( $t=-2.34$ ;  $gl= 199$ ;  $p=0.028$ ). Por último, algo similar ocurrió con la presencia de un diagnóstico psicológico ( $t=-2.76$ ;  $gl= 199$ ;  $p=0.006$ ), esto considerando que los niños con algún diagnóstico ( $M=0.48$ ;  $SD=0.36$ ) manifestaron mayores síntomas depresivos si son comparados con aquellos que no poseen ninguna condición psicológica premórbida ( $M=0.33$ ;  $SD=0.23$ ). En otro sentido, no existió una correlación entre los síntomas depresivos y el número de personas que convivan en el mismo hogar ( $r=-0.06$ ;  $p=0.382$ ).

En resumen, para finalizar el presente apartado se procedió a realizar una breve comparación de las variables descritas en función del grupo etario de pertenencia. Encontrando que, en términos de la inseguridad alimentaria en el hogar fueron las muestras de adultos y niños las que manifestaron mayores dificultades en torno al acceso, disponibilidad y consumo de alimentos que percibieron en sus hogares. Esto tomando en consideración que para ambas muestras se obtuvo niveles moderados de inseguridad alimentaria. Para el caso de los adolescentes, se reportó una dificultad alimentaria un poco menor, pero donde fue destacada la necesidad de visitar más de un lugar para poder comprar los alimentos necesarios en las familias, como indicador de la inseguridad alimentaria.

Con respecto a la diversidad alimentaria, los patrones de dieta de los adultos estuvieron conformados por un consumo considerable de carbohidratos, leche o productos lácteos que suponen grasas económicas, proteínas de origen animal (como

las carnes o pescados) y algunas verduras y frutas. Sin embargo, también resultó destacable que un considerable porcentaje de sujetos admitió no consumir los alimentos descritos con anterioridad, en este sentido un 16% de esta muestra negó consumir carnes y pescados o productos lácteos, mientras que un 27.9% indicó no comer huevos y un 61.3% no reportó el consumo de verduras de hoja verde oscura.

En el caso de los adolescentes, el patrón de la dieta resultó muy similar al caso de los adultos, ya que en orden los alimentos predominantemente consumidos fueron: (a) carbohidratos (99.6%); (b) carnes y pescados (86.1%); (c) leche y productos lácteos (84.1%) y (d) huevos (74.1%). Por su parte, la muestra de niños manifestó un patrón de consumo de alimentos muy similar, pero con descensos considerables en la ingesta de huevos, proteínas de origen animal y verduras, esto considerando que un 29.9%, 26.4% y 64.2% respectivamente negaron el consumo de dichos grupos alimentarios.

Para el caso de las estrategias de afrontamiento, hubo para las tres muestras tendencias promedio que manifestaron que frecuentemente ante situaciones de tensión emocional o cognitiva se opta por estrategias ligadas a la solución de problemas. Para el caso de las estrategias disociativas, las muestras de adultos y adolescentes manifestaron que "a veces" tienden a utilizar este recurso como herramienta ante las situaciones de tensión mientras que fueron los niños quienes hicieron un uso frecuente de este estilo defensivo. Por último, considerando las estrategias interpersonales se halló que fue el recurso de menor utilización para todas las muestras, ya que solo "a veces" es utilizado por cada una de las muestras.

Por último, la comparación de los niveles de depresión y ansiedad manifestados por cada grupo etario fue discutido al finalizar el apartado de análisis de resultados a modo de cálculos adicionales para la presente investigación.

## **Análisis De Ruta**

### **Verificación de Supuestos de los Análisis de Regresión**

El análisis de ruta es un diseño de investigación que se fundamenta sobre la regresión lineal como estadístico, siendo necesario para la presente investigación el

cumplimiento de sus supuestos mínimos para la utilización de dicha técnica de análisis de datos. La no existencia de multicolinealidad evaluada a partir del análisis de las matrices de correlaciones, la no inclusión de los errores de especificación con una revisión exhaustiva de la literatura, el ajuste a la distribución normal de las variables incluidas en los modelos tal y como ya fue discutido en el análisis descriptivo, y la verificación de los supuestos de los errores formaron parte del conjunto de requisitos previos a la realización del contraste de hipótesis.

#### *Muestra de Adultos*

Con respecto al análisis de la multicolinealidad, la matriz de correlaciones de las variables predictoras sometidas al modelo (Ver Anexo U) mostró que la mayor asociación existente entre estos factores fue la hallada entre el sexo y las estrategias de afrontamiento interpersonales ( $r=0.32$ ;  $p=0.000$ ), y al ser dicha correlación inferior a 0.70 pudo descartarse la presencia de variables colineales.

Por su parte, tal y como se discutió exhaustivamente en el análisis descriptivo, para la muestra de adultos, solo la inseguridad alimentaria en el hogar presentó un ajuste a la distribución normal. Pese a esta realidad, se decidió continuar con el análisis de resultados, ya que considerando la naturaleza de las mediciones en psicología es esperada la no normalidad de gran parte de las variables. Asimismo, en la presente investigación el tamaño de la muestra (721 sujetos) fue un factor protector para la realización de los cálculos, en la medida de que la regresión múltiple se hace más robusta a este tipo de violaciones a medida que aumenta el tamaño de la  $n$ . Por último, la verificación de los supuestos ligados a los errores fueron discutidos para cada modelo de regresión en el apartado de contraste de hipótesis, con la finalidad de garantizar una mayor organización en la presentación de los análisis.

#### *Muestra de Adolescentes*

Para esta muestra, también fue estimada una matriz de correlaciones (Ver Anexo U) que mostró la ausencia de variables multicolineales, ya que la correlación más elevada entre las variables independientes presentes en este modelo fue la existente entre la

inseguridad y la diversidad alimentaria ( $r=-0.38$ ;  $p=0.000$ ) y esta resultó ser una asociación menor al criterio de 0.70.

Con respecto a la distribución normal de las variables incluidas en el modelo, en el análisis descriptivo ya fue expuesto como ninguno de los factores medidos en la muestra de adolescente se ajustó a dicha forma, decidiéndose continuar con el análisis, puesto que el tamaño de la muestra puede garantizar la robustez del estadístico ante los cálculos que fueron necesarios. Al igual que para la muestra de adultos, el análisis de los supuestos de los errores fue discutido para cada modelo de regresión en el apartado posterior.

#### *Muestra de Niños*

La revisión de la matriz de correlaciones en la muestra de niños (Ver Anexo U) permitió dilucidar que entre las variables independientes incluidas al modelo (inseguridad y diversidad alimentaria, sexo y todas las estrategias de afrontamiento), no existió alguna asociación mayor a 0.70, por lo que, se descartó la presencia de multicolinealidad, puesto que la mayor correlación fue la que se encontró entre la inseguridad y la diversidad alimentaria ( $r=-0.43$ ;  $p=0.000$ ) tal y como aconteció en la muestra de adolescentes.

Ninguna de las variables a estudio presentó un ajuste a la distribución normal, aun así, se procedió a continuar con el contraste de las hipótesis por las razones que ya fueron expuestas con anterioridad. En el siguiente apartado, para cada una de las hipótesis se discutió el cumplimiento de los supuestos de los errores.

### **Contraste de las Hipótesis de los Diagramas de Ruta**

#### *Muestra de Adultos*

#### **Depresión**

Previo a la descripción de las influencias recibidas por los síntomas depresivos en adultos, se procedió a verificar el cumplimiento de los supuestos de los errores, hallando que: (a) la media de los errores fue igual a cero ( $\mu= 0.000$ ); (b) su distribución fue con

tendencia a la normal (Mínimo estadísticos residuales=-2.61; Máximo= 3.55) y (c) no existió correlación entre los errores (Durbin-Watson=1.83).

Una vez verificados los supuestos que se mostraron en el Anexo V en conjunto con el resto de los estadísticos del modelo, fue posible constatar que existió una correlación moderada-baja ( $R=0.46$ ) entre los síntomas depresivos y la mejor combinación lineal de todas las estrategias de afrontamiento, la inseguridad y diversidad alimentaria y el sexo de los participantes. Esta mejor combinación lineal de variables explicó el 19.4% de la varianza total de los síntomas depresivos y lo hizo de una forma significativa desde un punto de vista estadístico al  $\alpha=0.05$  ( $F=11.72$ ;  $gl=268$ ;  $p=0.000$ ).

Al evaluar la magnitud de los efectos de cada una de las variables sobre los síntomas depresivos, se halló que las estrategias de afrontamiento ligadas a la solución de problemas fue el factor con mayor peso predictivo ( $\beta=-0.39$ ;  $p=0,000$ ), seguido de la inseguridad alimentaria en el hogar ( $\beta=0.22$ ;  $p=0.000$ ) y las estrategias de afrontamiento interpersonales ( $\beta=0.19$ ;  $p=0.001$ ). En este sentido, mientras los adultos tiendan a utilizar en menor medida estrategias ligadas a solucionar sus problemas, mayores serán sus síntomas depresivos asociados. Asimismo, a mayor inseguridad alimentaria mayores serán los síntomas depresivos descritos. Mientras que, por último, si los adultos tienden a refugiarse en otras personas como estrategia de afrontamiento predilecta mayores serán los síntomas de depresión.

## **Ansiedad**

Se procedió a verificar el cumplimiento de los supuestos de los errores, y ellos en conjunto de los contrastes del modelo son expuestos en el anexo W. Al igual que para el caso de los síntomas depresivos se constató que para la variable ansiedad: (a) la media de los errores fue igual a cero ( $\mu= 0.000$ ); (b) su distribución no resultó normal (Mínimo estadísticos residuales=-1.78; Máximo=3.32) y (c) no existió correlación entre los errores (Durbin-Watson=1.99).

En lo que respecta al modelo, se halló una correlación moderada-baja ( $R=0.36$ ) entre los síntomas ansiosos y la mejor combinación lineal de las estrategias de

afrontamiento ligadas a la solución de problemas, disociativas e interpersonales, la inseguridad y diversidad alimentaria y el sexo de los adultos encuestados. La mejor combinación lineal de estos factores, explicó el 10.7% de la varianza de los síntomas ansiosos, resultando este modelo significativo ( $F=6.37$ ;  $gl=268$ ;  $p=0.000$ ).

Al evaluar el efecto diferencial de los factores incluidos en el modelo, se halló que la inseguridad alimentaria ( $\beta=0.33$ ;  $p=0.000$ ), seguida de las estrategias de afrontamiento ligadas a la solución de problemas ( $\beta=-0.16$ ;  $p=0.001$ ), fueron los únicos factores que generaron un efecto significativo sobre los síntomas de ansiedad. Por lo que, a mayor inseguridad alimentaria en el hogar, mayor será la sensación de agobio y nerviosismo descrita por los adultos. Mientras que, la utilización de menores estrategias ligadas a la solución de problemas suele generar mayores síntomas de ansiedad.

## **Estrategias de Afrontamiento**

### *Estrategias Ligadas a la Solución de Problemas*

En el presente modelo, fue verificado el cumplimiento de los supuestos de los errores, hallando los siguientes aspectos: (a) la media de los errores fue igual a cero ( $\mu=0.000$ ); (b) su distribución fue cercana a la normal (Mínimo estadísticos residuales=-3.46; Máximo=2.35) y (c) no existió correlación entre los errores (Durbin-Watson=1.97) (Ver Anexo Y).

En segundo lugar, se encontró una correlación baja ( $R=0.27$ ) entre todas las variables predictoras y estas estrategias de afrontamiento como variable predicha. La mejor combinación lineal de la inseguridad y diversidad alimentaria y el sexo, fue capaz de explicar un 8% de la varianza total de las estrategias de afrontamiento ligadas a la solución de problemas, siendo esta influencia estadísticamente significativa ( $F=7.16$ ;  $gl=268$ ;  $p=0.000$ ).

Por último, de todas las variables incluidas al modelo solo la diversidad alimentaria ( $\beta=0.29$ ;  $p=0.000$ ), ejerció un efecto sobre esta dimensión de las estrategias de afrontamiento. Y, tras evaluar la dirección de dicho efecto es necesario mencionar que, a

mayor diversidad alimentaria, mayor será también la utilización de las estrategias de afrontamiento ligadas a la solución de problemas.

### *Estrategias Disociativas*

En primer lugar, se inspeccionó el cumplimiento de los supuestos de los errores resultando que: (a) la media de los errores fue igual a cero ( $\mu=0.000$ ); (b) su distribución fue normal (Mínimo estadísticos residuales=-2.62; Máximo=2.74) y (c) no existió correlación entre los errores (Durbin-Watson=1.85) (Ver Anexo Z).

Por otro lado, se obtuvo que, entre la mejor combinación lineal del sexo de los encuestados, su inseguridad y diversidad alimentaria y las estrategias de afrontamiento disociativas existió una correlación baja ( $R=0.17$ ). La mejor asociación lineal de estos factores explicó tan solo el 2% de las estrategias disociativas, siendo dicho efecto no estadísticamente significativo ( $F=2.62$ ;  $gl=268$ ;  $p=0.051$ ).

### *Estrategias Interpersonales*

Para finalizar el contraste de hipótesis en la muestra de adultos se describió un modelo que tuvo a las estrategias de afrontamiento interpersonales como variable predicha y al sexo y la inseguridad y diversidad alimentaria como antecedentes. En primer lugar, fue necesario evaluar el cumplimiento de los supuestos de los errores, donde se halló que: (a) la media de los errores fue igual a cero ( $\mu=0.000$ ); (b) su distribución fue aproximadamente normal (Mínimo estadísticos residuales=-2.38; Máximo=2.60) y (c) no existió correlación entre los errores (Durbin-Watson=1.79) (Ver Anexo A1).

En segundo lugar, se evidenció una correlación moderada-baja ( $R=0.32$ ) entre las estrategias de afrontamiento interpersonales y la mejor combinación lineal del sexo, la inseguridad y diversidad alimentaria. Dicha combinación de factores explicó el 9% de la varianza total de la variable predicha, desde un punto de vista estadísticamente significativo ( $F=9.99$ ;  $gl=268$ ;  $p=0.000$ ).

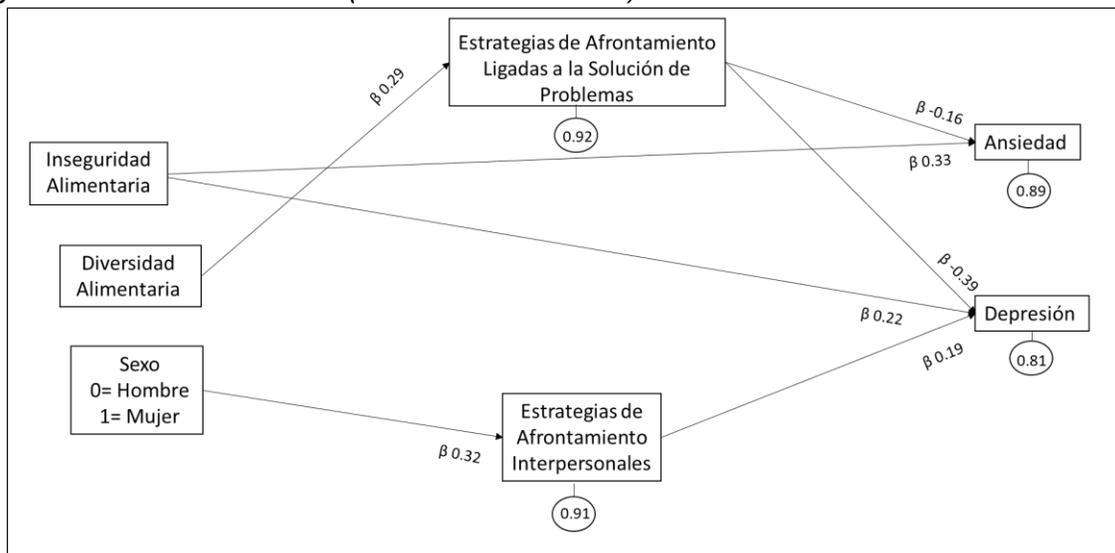
Por último, tras evaluar el efecto diferencial de los factores sobre estas estrategias de afrontamiento, se halló que solo el sexo ejerció un impacto significativo ( $\beta=0.32$ ;

$p=0.000$ ) sobre ellas. En este sentido, ser un adulto femenino suele asociarse con la utilización de mayores estrategias de tipo interpersonal.

Una vez descritas todas las hipótesis que fueron contrastadas para el grupo de adultos, en la figura 51 se expone el diagrama de ruta resultante para esta muestra:

**Figura 51**

*Diagrama de ruta resultante (muestra de adultos)*



*Muestra de Adolescentes*

## Depresión

En principio previo a la descripción de los efectos recibidos por los síntomas depresivos, se procedió a verificar el cumplimiento de los supuestos de los errores encontrando que para esta variable existió: (a) media de los errores igual a cero ( $\mu = 0.000$ ); (b) su distribución fue normal (Mínimo estadísticos residuales=-2.35; Máximo=2.77) y (c) no existió correlación entre los errores (Durbin-Watson=1.72) (Ver Anexo B1).

En segundo lugar, se halló una correlación moderada-alta ( $R=0.59$ ) entre los síntomas depresivos y la mejor combinación lineal de todas las estrategias de afrontamiento, el sexo, la inseguridad y diversidad alimentaria. Esta mejor asociación

lineal de factores explicó de forma estadísticamente significativa ( $F=21.18$ ;  $gl=250$ ;  $p=0.000$ ) el 32.6% de la varianza total de los síntomas depresivos de los adolescentes.

Al inspeccionar el efecto diferencial de los factores, se encontró que todas las variables predictivas afectaron a la depresión, con excepción de la diversidad alimentaria y las estrategias de afrontamiento disociativas. Fueron las estrategias de afrontamiento ligadas a la solución de problemas ( $\beta=-0.48$ ;  $p=0.000$ ), seguidas de la inseguridad alimentaria ( $\beta=0.22$ ;  $p=0.000$ ), las estrategias de afrontamiento interpersonales ( $\beta=0.17$ ;  $p=0.002$ ) y el sexo ( $\beta=-0.15$ ;  $p=0.006$ ), la manera en cómo se jerarquizaron las influencias sobre los síntomas depresivos.

En este sentido, a menores estrategias ligadas a la solución de problemas mayores serán los síntomas depresivos de los adolescentes. Por otro lado, a mayor inseguridad alimentaria mayor será la sensación depresiva descrita por los jóvenes. Asimismo, a mayor utilización de las estrategias de afrontamiento interpersonales, mayor tristeza. Y, por último, ser mujer se asoció con mayor presencia de un estado de ánimo depresivo.

## **Ansiedad**

La verificación de los supuestos de los errores fue el paso inicial previo a la descripción de las influencias sobre los síntomas de ansiedad en la muestra adolescente, en este sentido tal y como se muestra en el anexo C1 se halló que: (a) la media de los errores fue igual a cero ( $\mu=0.000$ ); (b) su distribución no fue normal (Mínimo estadísticos residuales=-1.83 Máximo=3.71) y (c) no existió correlación entre los errores (Durbin-Watson=2.00).

Por otra parte, se encontró una correlación moderada-baja ( $R=0.40$ ) entre los síntomas de ansiedad y la mejor combinación lineal del sexo, todas las estrategias de afrontamiento, la inseguridad y diversidad alimentaria. Con esta combinación lineal de variables fue posible explicar el 14.2% de la varianza total de los síntomas ansiosos, de una forma estadísticamente significativa ( $F=7.91$ ;  $gl=250$ ;  $p=0.000$ ).

Por su parte, al evaluar la influencia de cada factor por separado, se encontró que las estrategias de afrontamiento ligadas a la solución de problemas ( $\beta=-0.26$ ;  $p=0.000$ ), la inseguridad alimentaria en el hogar ( $\beta=0.25$ ;  $p=0.000$ ) y las estrategias de afrontamiento interpersonales ( $\beta=0.18$ ;  $p=0.002$ ) fueron las únicas variables en impactar a los síntomas de ansiedad. Concretamente, a menor utilización de herramientas ligadas a solucionar inconvenientes mayores serán los síntomas ansiosos. En otra dirección, a mayor inseguridad alimentaria mayor sensación de agobio, tensión o nerviosismo. Asimismo, a mayor utilización de estrategias de afrontamiento interpersonales mayores serán los síntomas de ansiedad.

## **Estrategias de Afrontamiento**

### *Estrategias de Afrontamiento Ligadas a la Solución de Problemas*

Para dar inicio al estudio de las influencias recibidas por este tipo de estrategias de afrontamiento, se realizó la constatación de los supuestos de los errores, hallando que: (a) la media de los errores fue igual a cero ( $\mu=0.000$ ); (b) su distribución fue cercana a la normal (Mínimo estadísticos residuales=-3.00 Máximo=2.10) y (c) no existió correlación entre los errores (Durbin-Watson=1.84) (Ver Anexo D1).

En segundo lugar, se encontró una asociación baja ( $R=0.26$ ) entre las estrategias ligadas a la solución de problemas y la mejor combinación lineal del sexo, la inseguridad y diversidad alimentaria. De esta combinación lineal de variables se alcanzó explicar tan solo un 5.7% de la varianza total de dichas estrategias de forma estadísticamente significativa ( $F=6.01$ ;  $gl=250$ ;  $p=0.001$ ).

Posteriormente, al evaluar el efecto diferencial de los factores se constató que el sexo ( $\beta=0.18$ ;  $p=0.004$ ) y la diversidad alimentaria ( $\beta=0.17$ ;  $p=0.001$ ) impactaron de forma significativa a este tipo de estrategias. Concretamente, ser un hombre adolescente tiende a asociarse con la aparición de estrategias de afrontamiento ligadas a la solución de problemas. Mientras que, tal y como sucedió en la muestra de adultos, para el caso de los jóvenes a mayor diversidad alimentaria mayor será la utilización de estas estrategias.

### *Estrategias Disociativas*

Todos los supuestos de los errores fueron verificados para el siguiente modelo y son expuestos junto con el contraste de las hipótesis en el anexo E1, de manera resumida se garantizó que: (a) la media de los errores fue igual a cero ( $\mu= 0.000$ ); (b) su distribución fue aproximadamente normal (Mínimo estadísticos residuales=-2.95 Máximo=2.29) y (c) no existió correlación entre los errores (Durbin-Watson=1.64).

Se halló una correlación baja ( $R=0.23$ ) entre las estrategias de afrontamiento disociativas y la mejor combinación lineal del sexo, la inseguridad y diversidad alimentaria. Pese a la baja magnitud de la asociación, el modelo resultó estadísticamente significativo ( $F=4.50$ ;  $gl=250$ ;  $p=0.004$ ) y fue capaz de explicar un 4% de la varianza total de las estrategias disociativas.

Es importante mencionar que solo la inseguridad alimentaria en el hogar generó un efecto sobre este tipo de mecanismos defensivos ( $\beta=0.17$ ;  $p=0.004$ ), de manera que, a mayor inseguridad alimentaria mayor tendera a ser la utilización de estas estrategias disociativas en la muestra de adolescentes.

### *Estrategias Interpersonales*

Al igual que para todos los modelos descritos hasta el momento, se procedió a evaluar el cumplimiento de los supuestos ligados a los errores encontrando que: (a) la media de los errores fue igual a cero ( $\mu= 0.000$ ); (b) su distribución fue normal (Mínimo estadísticos residuales=-2.25 Máximo=2.28) y (c) no existió correlación entre los errores (Durbin-Watson=1.80) (Ver Anexo F1).

En segundo lugar, se encontró una correlación baja ( $R=0.25$ ) entre las estrategias de afrontamiento interpersonales y la mejor combinación lineal del sexo, la inseguridad y diversidad alimentaria. Este modelo de forma significativa ( $F=5.62$ ;  $gl=250$ ;  $p=0.001$ ) explicó un 5.30% de la varianza total de estas estrategias de afrontamiento.

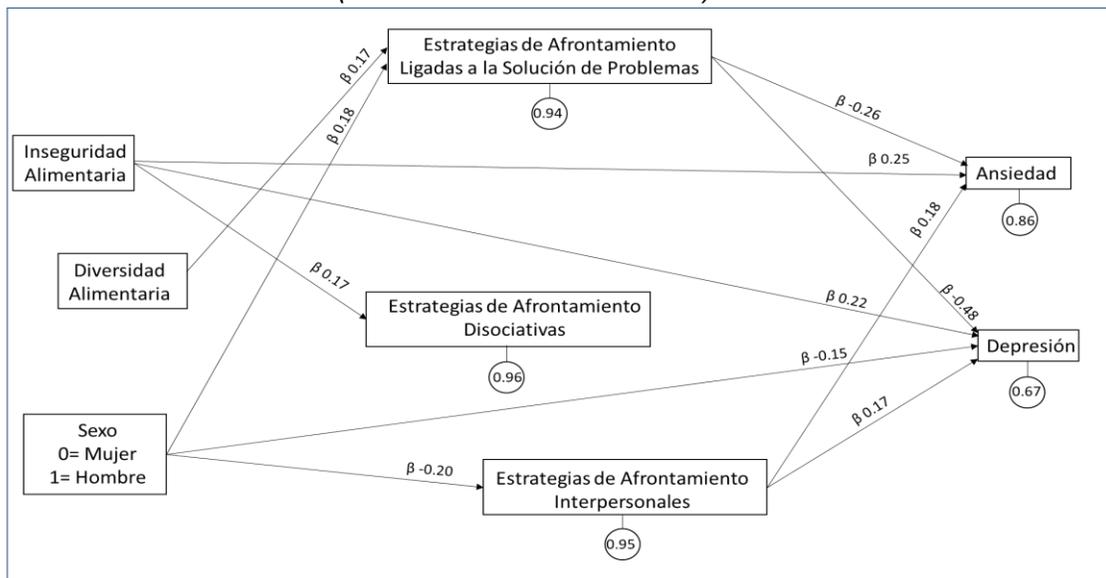
Por último, al proceder a evaluar el efecto diferencial de cada uno de los factores sobre la variable predicha, se encontró que al igual que en el caso de la muestra de adultos, el sexo fue la única variable predictora en generar un impacto ( $\beta=-0.20$ ;  $p=0.001$ ).

De forma que, ser una joven mujer se asoció con la presencia de mayores estrategias de afrontamiento de tipo interpersonal.

Una vez descritas todas las hipótesis que fueron contrastadas para el grupo de adolescentes, en la figura 52 se expone el diagrama de ruta resultante para esta muestra:

**Figura 52**

*Diagrama de ruta resultante (muestra de adolescentes)*



*Muestra de Niños*

## Depresión

Al igual que para el resto de las muestras descritas, se inició cada modelo de regresión haciendo alusión a la verificación de los supuestos de los errores, en el caso de los síntomas depresivos en niños fue hallado que: (a) la media de los errores fue igual a cero ( $\mu=0.000$ ); (b) su distribución no resultó normal (Mínimo estadísticos residuales=-1.88 Máximo=4.59) y (c) no existió correlación entre los errores (Durbin-Watson=1.90) (Ver Anexo G1).

Por otra parte, se obtuvo una correlación moderada-alta ( $R=0.59$ ) entre los síntomas depresivos de los niños y la mejor combinación lineal del sexo, la inseguridad y diversidad alimentaria y todas las estrategias de afrontamiento medidas en el presente

estudio. La combinación lineal más óptima de las variables predictoras obtuvo un efecto estadísticamente significativo sobre los síntomas depresivos ( $F=17.15$ ;  $gl=200$ ;  $p=0.000$ ) y explicó un 32.60% de la varianza total de estos.

Al evaluar el efecto diferencial de cada factor por separado, se halló que las estrategias de afrontamiento ligadas a la solución de problemas ( $\beta=-0.48$ ;  $p=0.004$ ), la inseguridad alimentaria ( $\beta=0.19$ ;  $p=0.003$ ), el sexo ( $\beta=-0.16$ ;  $p=0.006$ ) y la diversidad de la dieta ( $\beta=-0.14$ ;  $p=0.033$ ) fueron las variables con impacto significativo sobre los síntomas depresivos de los niños. De esta manera, a menores estrategias para solucionar sus conflictos mayores serán los síntomas depresivos en los niños. De igual forma, los niños con dietas menos variadas tienen mayores probabilidades de desarrollar sintomatologías depresivas. Por otro lado, a mayor inseguridad alimentaria mayor será la tristeza y la depresión de los niños. Y para finalizar, pertenecer al grupo de las niñas aumenta la probabilidad de padecer o reportar síntomas depresivos.

## **Ansiedad**

La verificación de los supuestos de los errores fue el paso inicial previo a la descripción de las influencias sobre los síntomas de ansiedad en la muestra niños, en este sentido tal y como se muestra en el anexo H1 se halló que: (a) la media de los errores fue igual a cero ( $\mu= 0.000$ ); (b) su distribución no fue normal (Mínimo estadísticos residuales=-1.44 Máximo=4.49) y (c) no existió correlación entre los errores (Durbin-Watson=2.02).

En segundo lugar, se encontró una asociación moderada baja ( $R=0.38$ ) entre los síntomas ansiosos y la mejor combinación lineal de todas las estrategias de afrontamiento, el sexo de los participantes, la inseguridad alimentaria y su diversidad de la dieta. Todas estas variables explicaron el 11.5% de la varianza total de los síntomas ansiosos de una forma significativa al  $\alpha=0.05$  ( $F=5.35$ ;  $gl=200$ ;  $p=0.000$ ).

Por otro lado, se evaluó la influencia aislada de cada variable predictora, encontrando que solo la inseguridad alimentaria en el hogar ( $\beta=0.29$ ;  $p=0.000$ ) y las estrategias de afrontamiento ligadas a la solución de problemas ( $\beta=-0.18$ ;  $p=0.021$ )

impactaron, de manera baja, a los síntomas ansiosos de los niños. De esta forma, a mayor inseguridad alimentaria mayores serán los síntomas ansiosos. Mientras que, a menores estrategias de afrontamiento ligadas a la solución de problemas mayor será el nerviosismo, tensión y sensación de agobio en los niños.

## **Estrategias de Afrontamiento**

### *Estrategias de Afrontamiento Ligadas a la Solución de Problemas*

Tras la verificación de los indicadores que dieron cuenta de los supuestos de los errores se halló que: (a) la media de los errores fue igual a cero ( $\mu= 0.000$ ); (b) su distribución fue normal (Mínimo estadísticos residuales=-2.37 Máximo=2.06) y (c) no existió correlación entre los errores (Durbin-Watson=1.96) (Ver Anexo I1).

En cuanto al coeficiente de correlación múltiple, se obtuvo una asociación baja ( $R=0.20$ ) entre estas estrategias y la mejor combinación lineal del sexo, la inseguridad alimentaria y la diversidad de la dieta. Este modelo, aunque resultó estadísticamente significativo ( $F=2.80$ ;  $gl=200$ ;  $p=0.041$ ) tan solo explicó un 2.6% de la varianza total de las estrategias de afrontamiento ligadas a la solución de problemas.

Este monto de explicación resulta tan bajo, ya que, de todas las variables predictoras solo la diversidad alimentaria ( $\beta=0.19$ ;  $p=0.016$ ) ejerció un efecto sobre estas estrategias. En este sentido, los niños con dietas más diversas tienden a utilizar en mayor medida estrategias de afrontamiento ligadas a la solución de problemas.

### *Estrategias Disociativas*

Aunque se pudo verificar el cumplimiento de los supuestos de los errores: (a) media de los errores fue igual a cero ( $\mu= 0.000$ ); (b) su distribución fue normal (Mínimo estadísticos residuales=-2.33 Máximo=2.19) y (c) no existió correlación entre los mismos (Durbin-Watson=1.99), al igual que en el caso de la muestra de adultos, las estrategias de afrontamiento disociativas en niños no recibieron influencia significativa de la mejor combinación lineal del sexo, la inseguridad alimentaria y la diversidad de la dieta ( $F=0.56$ ;

gl=200; p=0.644) obteniendo una correlación baja ( $R=0.09$ ) que explicó solo el 1% de la varianza total de estas estrategias.

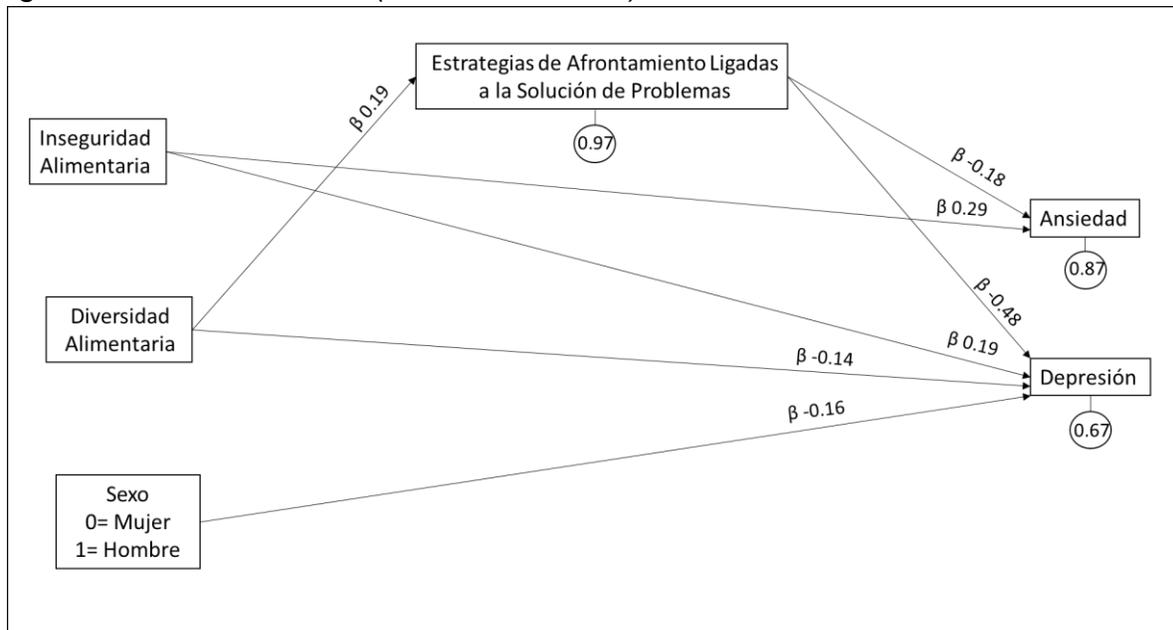
### *Estrategias de Afrontamiento Interpersonales*

Por último, se procedió a verificar el cumplimiento de los supuestos ligados a los errores, encontrando que: (a) la media de los errores fue igual a cero ( $\mu= 0.000$ ); (b) su distribución fue aproximada a la normal (Mínimo estadísticos residuales=-1.80 Máximo=2.40) y (c) no existió correlación entre los mismos (Durbin-Watson=2.00) (Ver Anexo K1). Por su parte, tampoco existió una asociación significativa entre las estrategias interpersonales y la mejor combinación lineal del sexo, la inseguridad alimentaria y la diversidad de la dieta ( $F=0.145$ ; gl=200; p=0.933), obteniendo una correlación baja ( $R=0.05$ ) que explicó solo el 1% de la varianza total de estas estrategias.

Una vez descritas todas las hipótesis que fueron contrastadas para el grupo de niños, en la figura 53 se expone el diagrama de ruta resultante para esta muestra:

**Figura 53**

*Diagrama de ruta resultante (muestra de niños)*



Para finalizar los análisis, resultó necesario realizar una comparación que diera cuenta de las semejanzas y diferencias halladas en los tres diagramas de ruta contrastados. En este sentido, resultó que las estrategias de afrontamiento ligadas a la solución de problemas fue una de las variables que consistentemente predijo a la ansiedad y la depresión, en la dirección de que a menores fueron estas estrategias mayores síntomas de nerviosismo y tristeza reportaron niños, adolescentes y adultos.

En segundo lugar, las estrategias de afrontamiento interpersonales impactaron a la salud mental solo en muestras de adultos y adolescentes, sin embargo, fue solo en el grupo de jóvenes donde los síntomas tanto depresivos como ansiosos recibieron esta influencia; esto debido a que en las muestras de adultos solo la depresión se vio afectada.

Por su parte, en ninguna de las muestras las estrategias de afrontamiento disociativas impactaron significativamente a los síntomas sugerentes de salud mental. Por otro lado, la inseguridad alimentaria en el hogar ejerció un efecto sobre los síntomas ansiosos o depresivos, con independencia del grupo etario tratado. En términos de dirección del efecto existió consistencia entre las muestras, de manera que a mayor

inseguridad alimentaria mayores fueron los síntomas de ansiedad o depresión reportados. No obstante, existieron pequeñas variaciones en cuanto a la magnitud de esta influencia, puesto que fue en la muestra de adultos donde se obtuvieron coeficientes  $\beta$  más elevados, al comparar estos con las muestras de adolescentes y niños.

Por último, para el caso de la diversidad de la dieta se halló una influencia directa escasa sobre la salud mental. Sin embargo, en todos los grupos etarios se encontró que la misma si obtuvo una influencia indirecta sobre los síntomas de ansiedad y depresión, impactando a través de las estrategias de afrontamiento ligadas a la solución de problemas.

### **Análisis Adicionales**

Tomando en consideración que, en el caso de la muestra de adultos, la variable tipo de ocupación ejerció una diferenciación en la ansiedad, depresión, inseguridad alimentaria, diversidad de la dieta y algunas estrategias de afrontamiento se procedió a evaluar las correlaciones existentes entre la inseguridad alimentaria y los indicadores de salud mental (ansiedad y depresión), utilizando al tipo de ocupación como una variable moderadora.

En este sentido, tal y como se muestra en el anexo L1 se encontró que para la mayoría de las ocupaciones se mantuvo la asociación entre la inseguridad alimentaria y la ansiedad y depresión. Sin embargo, para algunos sectores ocupacionales dicha correlación fue más elevada, alcanzando montos moderados, siendo este el caso, para la submuestra de trabajadores del sector público ( $r$  inseguridad-depresión= 0.50), estudiantes del sector privado ( $r$  inseguridad-depresión= 0.44;  $r$  inseguridad-ansiedad= 0.42) y obreros del sector privado ( $r$  inseguridad-depresión= 0.51;  $r$  inseguridad-ansiedad= 0.46). Estos hallazgos ponen en perspectiva que algunos sectores de la población suelen ver más vulnerada su salud mental en presencia de la inseguridad alimentaria.

Por otra parte, tomando en consideración que los síntomas de depresión y ansiedad evaluados en todas las muestras resultaron considerablemente heterogéneos,

se propuso verificar la correlación existente entre la inseguridad alimentaria en el hogar y todos los ítems de estas escalas para los grupos de adultos, adolescentes y niños. A continuación, se muestran las asociaciones que siendo significativas alcanzaron las magnitudes de efecto más altas ( $>0.20$ ), permitiendo esto inferir cuales fueron las reacciones psicológicas más frecuentes ante contextos de dificultad alimentaria.

### *Muestra de Adultos*

Para el caso de los síntomas depresivos se halló que las correlaciones más elevadas fueron las expuestas en la tabla 5.

### **Tabla 5**

Correlaciones entre la Inseguridad Alimentaria en el Hogar y los Indicadores Depresivos (Muestra Adultos)

<b>Inseguridad Alimentaria</b>
3. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder el sueño? $r= 0.24$
4. ¿Ha tenido dificultades para dormir seguido toda la noche? $r= 0.25$
5. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima? $r= 0.26$

En este sentido en muestras de adultos, altos valores en inseguridad alimentaria en el hogar suelen asociarse con altas dificultades para conciliar y mantener el sueño y presentar la sensación de que todo se viene encima.

Por otro lado, para el caso de los síntomas de ansiedad, tal y como se resume en la tabla 6, se encontró que la inseguridad alimentaria en el hogar suele asociarse con las sensaciones de estar contrariado, sentirse alterado y preocupado, en este sentido, altas puntuaciones en las dificultades alimentarias suelen ser concomitantes con altas puntuaciones en estos indicadores psicológicos.

**Tabla 6**

Correlaciones entre la Inseguridad Alimentaria en el Hogar y los Indicadores Ansiosos (Muestra Adultos)

<b>Inseguridad Alimentaria</b>
2. Estoy contrariado $r= 0.31$
3. Me siento alterado $r= 0.30$
9. Estoy preocupado $r= 0.30$

*Muestra de Adolescentes*

Para el caso de los síntomas depresivos se halló que las correlaciones más elevadas fueron las expuestas en la tabla 7. Que siendo evaluadas detenidamente resultaron diferentes al caso de la muestra de adultos, en este sentido, altas puntuaciones en inseguridad alimentaria, suelen asociarse con dificultades de concentración e incapacidad para hacer actividades cotidianas, al tiempo que también covarían con ideación suicida.

**Tabla 7**

Correlaciones entre la Inseguridad Alimentaria en el Hogar y los Indicadores Depresivos (Muestra Adolescentes)

<b>Inseguridad Alimentaria</b>
6. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas? $r= 0.24$
4. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día? $r= -0.23$
5. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida viene repentinamente a la cabeza? $r= 0.20$

Por su parte, para el caso de los síntomas de ansiedad, tal y como se muestra en la tabla 8, se encontró que altas puntuaciones en inseguridad alimentaria en el hogar

suelen correlacionar con altos puntajes en la sensación de preocupación por desgracias futuras, con sentirse angustiado, o la sensación de estar atado y preocupado.

### **Tabla 8**

Correlaciones entre la Inseguridad Alimentaria en el Hogar y los Indicadores Ansiosos (Muestra Adolescentes)

<b>Inseguridad Alimentaria</b>
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras $r= 0.24$
9. Me siento angustiado $r= 0.25$
14. Me siento muy atado $r= 0.23$
17. Estoy preocupado $r= 0.23$

### *Muestra de Niños*

Para finalizar el apartado de los resultados, se replicó el cálculo de las correlaciones entre la inseguridad alimentaria en el hogar y todos los indicadores depresivos y ansiosos medidos en la muestra de niños. En este sentido, tal y como se muestra en la tabla 9, se encontró que altas puntuaciones en inseguridad alimentaria en el hogar suelen correlacionar con altas puntuaciones en sentimientos de culpa, preocupación, pérdida de apetito y falta de cariño por parte de los más jóvenes en el hogar.

**Tabla 9**

Correlaciones entre la Inseguridad Alimentaria en el Hogar y los Indicadores Depresivos (Muestra Niños)

<b>Inseguridad Alimentaria</b>
4. Sentimientos de culpa $r= 0.20$
6. Sentimientos de preocupación $r=0.25$
10. Pérdida del apetito $r= 0.37$
13. Percepción de falta de cariño $r= 0.20$

Por último, la tabla 10 resume las asociaciones entre inseguridad alimentaria en el hogar y los síntomas de ansiedad, y en ella se documentó como las dificultades alimentarias tienden a asociarse con sentimientos de ira, sensación de nerviosismo, preocupación y miedo atemorizante.

**Tabla 10**

Correlaciones entre la Inseguridad Alimentaria en el Hogar y los Indicadores Ansiosos (Muestra Niños)

<b>Inseguridad Alimentaria</b>
1. Me siento bravo $r= 0.23$
2. Me siento nervioso $r=0.23$
5. Me siento preocupado $r=0.29$
6. Me siento asustado $r=0.25$

## Discusión

El objetivo de la presente investigación consistió en evaluar la influencia de la inseguridad alimentaria, el sexo, las estrategias de afrontamiento al estrés y la diversidad de la dieta sobre dos indicadores de salud mental (ansiedad y depresión), y cómo estas variables se relacionaban entre sí; analizando si estas influencias se hallaban moderadas por el grupo etario al que pertenecieron los sujetos: niño, adolescente o adulto.

Con la finalidad de organizar el presente apartado, se procedió a discutir el comportamiento de las variables y las hipótesis contrastadas diferenciando a los grupos etarios.

En primer lugar, al considerar el comportamiento de la muestra de adultos en la inseguridad alimentaria y la diversidad de la dieta, se encontró que, en líneas generales, las personas encuestadas reportaron niveles moderados de inseguridad alimentaria en el hogar. Afirmación que se sustentó en las puntuaciones promedio obtenidas en la escala y en como los sujetos encuestados destacaron los presentes indicadores de la inseguridad alimentaria: la búsqueda de más de un establecimiento que contara con la disponibilidad de alimentos, una preocupación constante por conseguir comida a precios más económicos, el cobijo en el sobre empleo como estrategia para sobrellevar las dificultades financieras y la preocupación por contar con alimentos suficientes para satisfacer la dieta de todos los miembros del hogar.

Esta inseguridad alimentaria, a su vez, se vio reflejada en la configuración de la dieta que manifestaron tener estos adultos. En este sentido, se halló el predominio de consumo de carbohidratos, seguido de las grasas económicas (véase lácteos o sus derivados), las proteínas de origen animal y, algunas verduras y frutas. No obstante, ha de resaltarse que cerca de un tercio de estos adultos negó el consumo de estos grupos de alimentos, exceptuando los carbohidratos. Resultados similares han sido reflejados en investigaciones recientes emprendidas en contextos venezolanos (Landaeta-Jiménez, et al. 2018; Martins, 2017; Martins, 2018; Angelucci, Martins y Rodríguez, 2020) y ya, en

ellas, se esgrimió que los bajos ingresos salariales se constituyeron como un factor de riesgo entorpecedor del acceso y consumo de los alimentos preferidos por las familias.

El recrudescimiento de la situación financiera en los hogares venezolanos ha dejado de ser una inferencia y se ha convertido en una realidad contrastada, ya que, a lo largo de distintos levantamientos de datos, la ENCOVI (2018, 2020) ha documentado un deterioro financiero progresivo, que para 2020 generó que aproximadamente 0.72\$ fuera el ingreso per cápita con el que contaban los hogares para costear sus necesidades básicas (UCAB, 2020). Por su parte, estos hallazgos son similares a los obtenidos en la investigación reciente de Angelucci, Martins y Rodríguez (2020), quienes señalaron que esta inseguridad alimentaria no se presenta de manera uniforme en todos los sectores de la población. De hecho, al utilizar la ocupación como criterio de comparación para verificar los niveles de acceso, disponibilidad y consumo de alimentos, en el presente estudio, al igual que en la data levantada con un año de anterioridad, encontró que los obreros de sectores públicos y privados, seguido de los empleados públicos, ocuparon los oficios más propensos y vulnerables en la experimentación de inseguridad alimentaria.

Si se intentara entender cuales son los comunes denominadores de estas tres ocupaciones en el actual momento histórico, correspondería plantear que las personas en dichos oficios tienden a planificar peor su dinero, no cuentan con ahorros robustos para hacer frente a las coyunturas económicas y además tienen pocas probabilidades de acceder a créditos formales e informales que pudieran suponer un alivio en la compra de alimentos de primera necesidad (Angelucci, Martins, Rodríguez, 2020). Por otra parte, en una economía donde impera una dolarización real, producto de la pérdida de valor del Bolívar como moneda de curso legal (Martins y Rodríguez, 2021; Zambrano, 2021), estos sectores ocupacionales que usualmente cuentan con ingresos en bolívares tienen menores herramientas financieras para hacer frente a la compra de la canasta alimentaria normativa, en palabras de Levy Yeyati (2021), aunque la dolarización es un proceso entendible e inevitable en las economías inflacionarias, ya que es la respuesta que asumen los actores económicos y los mercados ante las irregularidades de las políticas

financieras, es un proceso que termina penalizando a los tenedores de la moneda local devaluada.

Ahora bien, tal y como lo alertó Yaro (2004), estos niveles de inseguridad alimentaria en el hogar no pueden entenderse linealmente a partir de las nociones de pobreza de ingreso, es necesario considerar otras variables como las capacidades de producción de los individuos, sus oportunidades comerciales y sus derechos frente al Estado, para poder contextualizar los niveles de inseguridad reportados. En este sentido los ciudadanos venezolanos han visto limitadas sus libertades financieras, hasta el punto que en los últimos 7 años se ha contraído la actividad económica en un 76%, producto del choque externo que han impuesto fenómenos como: (a) la inestabilidad política; (b) políticas económicas que pudieran tildarse de ineficientes; (c) sanciones económicas recientes en contra del gobierno de turno y (d) el impacto incalculable de la pandemia de la COVID-19. Todos estos factores de riesgo económicos han sido acompañados de una progresiva flexibilización en los controles y regulaciones habituales, lo que a su vez ha permitido una tímida mejoría económica que ha impactado positivamente en algunos sectores económicos y geográficos muy reducidos (Zambrano y Moreno, 2021).

En el terreno alimentario, estos progresos económicos han supuesto un avance en términos de la disponibilidad de las provisiones (la proliferación de "bodegones" en gran parte del territorio nacional son el mejor ejemplo de ello). Sin embargo, las dimensiones de la inseguridad alimentaria relacionadas con las posibilidades de acceso y consumo, se mantienen comprometidas en algunos sectores de la población que por sus posibilidades de producción quedan excluidos de estos beneficios. Como respuesta ante las vulnerabilidades alimentarias experimentadas, el Estado venezolano ha dispuesto los CLAP, una organización encargada de la distribución de alimentos con costos subsidiados por fondos públicos. No obstante, reportes realizados por investigadores como Ponce y España (2018), han indicado que en este mecanismo ha imperado la desigualdad, en la medida que las personas más vulnerables (ej. sectores poblacionales en pobreza extrema) no acceden consistentemente a este subsidio directo, siendo entonces esto otro factor predisponente a la existencia de periodos prolongados de inseguridad alimentaria en los hogares.

En segundo lugar, corresponde mencionar el comportamiento de las estrategias de afrontamiento al estrés en la muestra de adultos. Los participantes de la presente investigación, en términos globales favorecieron la utilización de estrategias ligadas a la solución de problemas cuando se vieron inmersos en un contexto generador de estrés, seguido de las estrategias disociativas, y por último aquellas que implicaron la utilización de la relación con otros para sobrellevar las situaciones de tensión y agobio.

Estos últimos resultados contradicen parcialmente las impresiones recogidas por autores como Galindo y Ardila (2012), en investigaciones realizadas en contextos de pobreza, ya que ellos sugirieron que en situaciones de adversidad -como las que atraviesa Venezuela-, las personas suelen interpretar sus realidades como una consecuencia generada por agentes externos, y en esta medida tienden a asumir posiciones pasivas ante las problemáticas, como elemento protector ante todas las adversidades por experimentar. No obstante, el presente estudio deja de manifiesto que intentar solventar los problemas fue la estrategia predilecta por los adultos encuestados en la presente investigación, por tanto, posiciones activas como querer aprender de la experiencia o ver el lado positivo de las adversidades para intentar sobreponerse a ellas, formaron parte del repertorio de comportamientos manifestados por estos participantes.

Asimismo, en congruencia con los hallazgos de las estrategias de afrontamiento, la investigación emprendida por Sardi, Angelucci, Martins y Peña (2020), mostró que, al momento de representarse temas ligados a la economía, una muestra de venezolanos tendió a favorecer el papel del individuo, por encima de la injerencia del Estado o de la empresa privada. En palabras de los autores, para los venezolanos (especialmente los más jóvenes), existe un apremio de las situaciones individualistas que promueven patrones de "salvase quien pueda", donde el bien común pasa a un segundo plano y lo predominante pasa por resolver las situaciones en el "acá y el ahora", por lo que debe usarse predominantemente estrategias de solución de problemas.

En tercer lugar, en cuanto al comportamiento de los indicadores de salud mental en la muestra de adultos. Tanto para el caso de los síntomas de ansiedad y depresión, en términos globales las puntuaciones resultaron bajas, patrón que resultó esperado

considerando que los participantes entrevistados no forman parte de una población psiquiátrica. No obstante, al evaluar los indicadores de ansiedad aisladamente, se obtuvo que percibirse aturdido, contrariado o con desasosiego fueron algunos de los elementos frecuentes en la muestra. Por otro lado, para el caso de los síntomas depresivos, la presencia de agotamiento, la pérdida del sueño y requerir mucho más tiempo del habitual para resolver los problemas, fueron los síntomas con mayor preponderancia.

Al ser evaluados en conjunto, estos hallazgos entran en consonancia con los planteamientos de Landaeta-Jiménez, Sifontes y Herrera (2018), cuando alertaron que las condiciones psicológicas del venezolano se han visto íntimamente influidas por las alteraciones presentes en las esferas económicas, políticas y sociales de Venezuela. De hecho, para el año 2015, la sección destinada a la evaluación de las condiciones de salud del venezolano en la ENCOVI, reportó que durante un año la sensación de tristeza y ansiedad se vio triplicada, hasta el punto que un 69% de las personas confesó sentirse tan angustiado y triste, como para ver afectado su rendimiento en el trabajo, estudios u hogares (González y Rincón, 2016).

Por su parte, no parece casual que, entre los síntomas depresivos más destacados por los adultos, se acentuó la presencia de agotamiento. En un país donde las dificultades económicas han hecho perder el valor del trabajo (Zúñiga, 2016), gran parte de la población se ha visto en la obligación de buscar más de un empleo como estrategia para sobrellevar las tensiones financieras presentes en los hogares, reduciendo esto a su vez las posibilidades de descanso y recreación necesarias que ya se mostraban comprometidas por el aislamiento impuesto por la pandemia de la COVID-19.

De hecho, es necesario mencionar que la manifestación expresa de estos síntomas pareció estar íntimamente ligada con la ocupación de origen del participante, en el sentido de que existieron unas profesiones que se mostraron más propensas que otras en la manifestación de las mismas. Por ejemplo, los estudiantes universitarios de instituciones públicas y privadas, y los obreros del sector privado, manifestaron significativamente mayores síntomas ansiosos y depresivos. Todas estas ocupaciones mantienen como elemento en común la vulnerabilidad económica y la presión que esta

puede suponer. En este sentido, estos sectores muestrales son mas propensos a recibir críticas o rechazos por no alcanzar los ideales de la cultura dominante, dejando ello poco espacio para la comprensión y aceptación de un dolor emocional que pudiera sobrepasar los recursos psíquicos de estos participantes. No contar con espacios para la contención de estos afectos, genera cambios en la manera de vivirlos, ya que ellos antes de ser experimentados como fuente información o vivacidad, se convierten en el origen de una ansiedad que pudiera resultar psicopatológica (Fosha y Slowiaczek, 1997).

Siguiendo con la muestra de adolescentes se hallaron niveles moderados de inseguridad alimentaria en el hogar, sin embargo, esta resultó en términos promedios un tanto inferior a la ya declarada por los participantes adultos. No obstante, existe consistencia en los indicadores más destacados, ya que los jóvenes también sostienen en primer lugar, la necesidad de "visitar más de un lugar para la compra de alimentos". La presencia estable de dicha percepción puede verse sostenida en dos realidades: (a) el carácter hiperinflacionario actual de la economía venezolana (Zambrano, 2021; Zambrano y Moreno, 2021) que obliga a los miembros de los hogares a buscar las mejores ofertas en beneficio de los recursos familiares y (b) el desabastecimiento de algunos productos de primera necesidad; que aunque es un indicador que ha mejorado en los últimos años, ha adoptado unas formas de expresión particulares, ya que, es una realidad de que gran parte de los alimentos importados al país, no se encuentran disponibles para todos los sectores geográficos de Venezuela (Landaeta-Jiménez, Sifontes y Herrera, 2018).

La investigación de Martins (2017), sirve como punto comparativo para la discusión de los presentes hallazgos, en la medida que resulta ser un antecedente de entrevistas a adolescentes caraqueños en contextos de vulnerabilidad económica. Para la fecha de dicho estudio, los niveles globales de inseguridad alimentaria (evaluados con el mismo instrumento), fueron muy similares a los obtenidos en la presente investigación. No obstante, si se presentaron variaciones en el patrón de la dieta admitido por los participantes, ya que en la presente investigación hubo una mejoría porcentual en el consumo de tubérculos, verduras y frutas ricas en vitamina A, carnes y pescados, huevos, leche y otros productos lácteos.

Dicho aumento en la variedad de alimentos consumidos pudiera verse sustentado, en la "tímida mejoría" económica producto de algunas flexibilizaciones adoptadas por el ejecutivo nacional y que ya fueron descritas en la presente discusión (Zambrano y Moreno, 2021), no obstante, también podrían guardar relación con otros dos factores como: (a) en los hogares con inseguridad alimentaria, los niños, adolescentes, adultos mayores y mujeres embarazadas, suelen ser los grupos poblacionales que en último lugar ven sacrificados su consumo de alimentos (Radimer et al., 1992) y (b) el aumento de la tasa migratoria en el país, que ha supuesto un incremento en la recepción de remesas, que a su vez han implicado una mejoría en el consumo calórico, la diversidad alimentaria y la reducción en las limitaciones para acceder a los alimentos en los receptores de dicho dinero (Stampini, Londoño, Robles e Ibararán, 2021).

Con respecto a las estrategias de afrontamiento al estrés más comunes en la muestra de los adolescentes, al igual que en el grupo de adultos, se encontró la tendencia prioritaria de utilizar estrategias ligadas a la solución de problemas, en segundo lugar, se destacó el afrontamiento de tipo disociativo, y por último, aquellas que implicaron el uso de estrategias interpersonales. Estos hallazgos entran en consonancia con distintas investigaciones levantadas con adolescentes en contextos de dificultad económica (Evans, 2004; Izquier, 2006; Llorens, 2013; Moreno, 2016), que han puesto de manifiesto que el carácter resiliente en estas poblaciones tiende a suscitarse como respuesta a una serie de factores que en ocasiones aparecen en la vida de estos jóvenes y entre los cuales se destaca: la existencia de al menos un vínculo sólido y significativo presente desde la infancia, la pertinencia a familias estructuradas donde resultan comunes los historiales de superación, relaciones agradables con los pares y presencia de modelos positivos a seguir. Pareciera que en la medida que los jóvenes entren contacto con estos factores protectores, pues tenderán a evaluar las situaciones de estrés, como problemas que sirven "para madurar como persona" y de los cuales se puede extraer un aprendizaje positivo.

Por otro lado, en el caso de los indicadores de salud mental, el grupo de adolescentes mantuvo puntuaciones promedio que resultaron bajas en términos de ansiedad y depresión, tal y como fue de esperar para una muestra de sujetos no

psiquiátrica. Sin embargo, en el caso de la ansiedad, síntomas como sentirse preocupado, tenso y nervioso estuvieron presentes en parte de la muestra. Estos hallazgos fueron similares a los reportados por Martins (2017), quien encontró en un grupo de adolescentes provenientes de sectores populares de Caracas, la sensación de nerviosismo constante, que fue comórbido con episodios de agobio, sensaciones de indefensión y una percepción de incapacidad para solucionar los problemas, que en principio tuvieron su origen en condiciones macrosociales sobre las cuales los individuos no mantienen un impacto directo, traduciéndose esto en malestares físicos o emocionales.

Para finalizar la discusión de los análisis descriptivos, se procedió a evaluar el comportamiento de la inseguridad y diversidad alimentaria, las estrategias de afrontamiento y los indicadores de ansiedad y depresión también en la muestra de niños. En este sentido, se encontró que en términos promedios la inseguridad alimentaria percibida por los niños resultó un tanto inferior a la manifestada por los adultos, pero levemente superior a la expresada por los adolescentes desde un punto de vista descriptivo (aunque no significativa). No obstante, se mantuvo la consistencia en los indicadores más destacados, ya que los niños (al igual que adultos y adolescentes) también sostuvieron en primer lugar, la necesidad que tuvieron sus cuidadores de "visitar más de un lugar para la compra de alimentos". Por su parte, estos niños reportaron también la idea de que alguno de los miembros de su hogar tiende a sobre emplearse para poder comprar alimentos, condiciones que en conjunto suelen suscitar angustias por la ausencia de comidas suficientes en los hogares.

Investigaciones emprendidas con niños en contextos venezolanos (Aguilar y Requena, 2018; Bassi y Hernández, 2019) ya habían recolectado sustento a la idea de que este grupo etario pese a no ser el responsable directo en la compra de los alimentos, puede hallarse involucrado en la percepción de las dificultades con las que podrían contar sus hogares para disponer, acceder y consumir los alimentos. No obstante, pareciera que los niños encuestados en el presente estudio manifestaron la inseguridad alimentaria de sus hogares desde un punto de vista predominantemente emocional y cognitivo, es decir, a partir de unas sensaciones de angustia y preocupación que, según el modelo de

Radimer et al., (1992), suponen las etapas iniciales de un proceso -que de agravarse el contexto macroeconómico-, suele continuar con la afectación de la cantidad y calidad de alimentos que consumen estos niños, siendo esto un factor de riesgo para la aparición de padecimientos psicológicos (Brown, 2002).

Otro de los elementos a mencionar, es que los niños provenientes de colegios públicos presentaron consistentemente una mayor probabilidad de vivir en hogares con inseguridad alimentaria, y a su vez, reportaron comer con menor diversidad. Esto entró en congruencia con lo expuesto por Stampini et al., (2021), quien resaltó las fallas presentes el programa alimentario escolar (PAE), un proyecto diseñado desde el Estado Venezolano y el Ministerio de Educación para atender la alimentación de los estudiantes de colegios públicos entre 3 y 17 años de edad. Según dicha investigación, este programa atiende de forma imperfecta a tan solo dos tercios de la población escolar, quienes además reciben consistentemente solo el almuerzo (esto se reportó en un 74% de los niños) y no se ven beneficiados durante todos los días (solo el 28% de los niños indicó recibir los alimentos de lunes a viernes).

Con respecto a las estrategias de afrontamiento al estrés predilectas en los niños, al igual que en el caso de los adultos y adolescentes, se halló la tendencia de hacer uso de estrategias ligadas a la solución de problemas, seguido de las estrategias disociativas y, por último, aquellas que implicaron la utilización de recursos interpersonales. Esto parece demostrar que, en muestras venezolanas, desde los primeros años de vida se tiende a asumir las problemáticas desde una posición activa con la finalidad de intentar "dar la vuelta a los problemas para detallar sus aspectos positivos".

Para finalizar la exposición de los estadísticos descriptivos, es importante destacar que, en términos de salud mental, los niños encuestados se manifestaron "algo" ansiosos y "rara vez" se admitieron tristes. Tal y como sucedió para las muestras de adultos y adolescentes, este hallazgo es esperado en grupos no psiquiátricos. No obstante, síntomas como las sensaciones de preocupación, inquietud, confusión y agitación resultaron ser los síntomas ansiosos presentes en los niños. Mientras que, desde una perspectiva depresiva, poseer pocas expectativas sobre el futuro, tener dificultades para

encontrar actividades entretenidas y completar las tareas que se inician fueron algunos de los síntomas destacados.

Estos últimos hallazgos en términos de salud mental, son similares a los expuestos en la investigación desarrollada por De Tejada (2016), quien en contextos venezolanos describió algunas características psicológicas comunes en los niños cuando se enfrentan a situaciones de adversidad alimentaria. Para el autor, es común encontrar en estos niños: apatía, tristeza, desinterés en el juego, irritabilidad, pérdida de la movilidad espontánea y demás compromisos fisiológicos originados por el condicionamiento bioquímico que se genera en las privaciones nutricionales. Si bien es posible que no todos los niños de la presente investigación experimenten dichas dificultades alimentarias, cabe resaltar que aquellos que si la reportaron pudieran hallar en esta comparación una explicación plausible de los resultados.

Con respecto al contraste de hipótesis, se encontró que los indicadores de salud mental se encuentran predichos por distintos factores en las tres muestras encuestadas. Así, por ejemplo, con independencia del grupo etario al que se pertenezca, las estrategias de afrontamiento ligadas a la solución de problemas suelen impactar negativamente a los síntomas de ansiedad y depresión. Es decir, a mayor tendencia de actuar activamente en la resolución de distintas problemáticas menores serán los síntomas que afecten la salud mental de los sujetos encuestados.

Este último hallazgo pudiera explicarse en función de los fenómenos de atribución causal, que, a su vez, condicionan el tipo de respuesta emocional que se activa ante ciertas situaciones. Según Jaswal y Dawan (1997), aquellas personas que suelen declarar un locus de control interno y que, por tanto, se perciben capaces de enfrentar las situaciones de tensión, para intentar resolverlas, son consistentemente sujetos que puntúan bajo en escalas de depresión.

Para el caso de las estrategias de afrontamiento interpersonales estas afectaron a la salud mental solo en el caso de los adolescentes y adultos y no en la muestra de niños.

Además de ello, resultó fundamental especificar la dirección de este impacto, ya que, en el caso de los adultos a mayor utilización de estas estrategias mayor depresión; y para los adolescentes, el uso de los recursos interpersonales suele generar mayor sintomatología ansiosa y depresiva. Es posible que para los adultos y adolescentes la utilización de estas estrategias desemboque en patrones depresivos, por los sentimientos de culpa y vergüenza que se activan en aquellas situaciones en las que los sujetos, deben hacer públicos los eventos estresantes que los aquejan como individuos o como familias, para intentar encontrar un acompañamiento que ayude a solventar los problemas. Explicaciones similares fueron dadas por autores como Bernal et al. (2012) en el campo de las investigaciones en inseguridad alimentaria, para ellos, fue común encontrar que aquellos adultos que hicieron uso de sus redes de apoyo para enfrentar sus precarias condiciones alimentarias, tendían experimentar también altos montos de vergüenza (Bernal et al. 2012), fenómeno que a su vez, ha sido claramente identificado como la estigmatización asociada a los contextos de pobreza (ver el modelo triárquico de la pobreza en Phillips, 2012).

Por otro lado, en el caso de los niños, el hecho de que las estrategias de afrontamiento interpersonales no impacten a los síntomas de ansiedad y depresión, entra en congruencia con otro de los hallazgos de Bernal et al. (2012), quienes indicaron que aunque es reconocido que la ansiedad y la depresión, suelen ser respuestas típicas ante las situaciones estresantes, en el caso de los niños la expresión de dichos sentimientos no siempre encuentran una única vía de manifestación, pues a veces los más jóvenes se permiten hablar sobre estas vulnerabilidades alimentarias con sus pares y en menor medida con sus padres, pero en ocasiones simplemente optan por no mantener una expresión directa de dichos afectos.

En tercer lugar, corresponde aclarar el rol desempeñado por las estrategias de afrontamiento disociativas. Esta tuvo una importancia exclusiva para el grupo de adolescentes, ya que solo en estos participantes recibió un impacto de alguna otra variable (en este caso la inseguridad alimentaria). A mayor inseguridad alimentaria, mayor utilización de estrategias disociativas de parte de los adolescentes. Por su parte,

estas estrategias no impactaron a los indicadores de salud mental en ninguna de las tres muestras evaluadas.

Estos dos últimos hallazgos, pudieran verse sustentados en dos explicaciones, la primera de carácter psicométrica y la otra de tipo clínica. Con respecto al primer elemento, es importante recordar que, para las tres muestras, la medida de las estrategias de afrontamiento disociativas obtuvo una consistencia interna moderada-baja, albergando así, considerables montos de errores de medición que pudieron impedir la visualización del impacto real recibido y generado por esta variable (Magnusson, 2002; Martínez-Arias, 1995). Por su parte, también es posible que las estrategias de afrontamiento de tipo disociativas no supongan un beneficio en términos de salud mental, considerando propuestas como las de Fosha (2019), quien sugirió que aunque algunas estrategias de manejo de la ansiedad surjan de adecuadas intenciones adaptativas, la dependencia crónica de estos recursos puede conllevar a problemas por dos factores: (a) ante situaciones de estrés, el individuo no es capaz de procesar los episodios de tensión cuando estas crecen en fuerza e intensidad, acudiendo a estrategias de tipo disociativas que, a su vez, se ven intensificadas para mantener una especie de status quo, y (b) la dependencia cada vez mayor de estas estrategias de evitación a las respuestas emocionales espontáneas, interfiere cualquier posibilidad de crecimiento y mejoría real del funcionamiento psíquico de los individuos pues se pierde la posibilidad de adaptación flexible ante las distintas demandas de la realidad.

Por su parte, el hecho de que la inseguridad alimentaria sea capaz de fomentar este tipo de estrategias evitativas en adolescentes, es congruente con distintos hallazgos dispuestos en la literatura (Bernal et al. 2012; Compton y Shim, 2015) que han mostrado como paradójicamente las vulnerabilidades alimentarias se han asociado con la aparición de algunos comportamientos disociativos, entre los que destaca el consumo de alcohol u otras drogas ilegales. Esta influencia se da exclusivamente en los jóvenes, muy probablemente porque sea el único grupo etario con la posibilidad de evitar psíquicamente este tipo de problemáticas, sin que ello no suponga una desmejora en las posibilidades de subsistencia de los hogares. Para los adultos con edades productivas, resulta menos probable disociarse ante episodios de vulnerabilidad alimentaria, pues ello

supondría una exposición -aun mayor- a factores de riesgo que pudieran empeorar la inseguridad alimentaria que generó el sufrimiento.

Tomando en consideración que fue discutido el efecto de la inseguridad alimentaria sobre las estrategias de afrontamiento disociativas, resultó oportuno dar inicio a las explicaciones de los impactos que se obtuvieron de estas dificultades alimentarias sobre los síntomas de ansiedad y depresión. En este sentido, es conveniente recordar que la inseguridad alimentaria afectó positivamente a todos los indicadores de la salud mental incluidos en el estudio, con independencia del grupo etario considerando. Es por ello que, para niños, adolescentes y adultos a mayor inseguridad alimentaria, mayores serán los síntomas de ansiedad y depresión.

Estos resultados entran en convergencia con investigaciones descritas en el marco teórico (Alaimo et al., 2001; Bassi y Hernández, 2019; Martins, 2017, 2018; Siefert, et al., 2001; Vozoris y Tarasuk, 2003) y que supusieron la recolección de evidencia a favor de esta hipótesis replicada en el presente estudio. No obstante, una de las discrepancias que se encontró en las hipótesis iniciales con respecto a los resultados definitivos, fue que no se hallaron diferencias considerables en el monto predictivo que tuvo la inseguridad alimentaria sobre la ansiedad y la depresión en función del grupo etario de pertenencia. Es posible que las equivalencias en las magnitudes de efecto guarden una relación con el hecho de que los fenómenos de socialización familiar, pudieran facilitar que los contextos de inseguridad alimentaria en los hogares sean percibidos, interpretados y vivenciados de forma similar en las distintas generaciones de un hogar.

No obstante, lo que si se obtuvo fueron variaciones en cuanto al tipo de manifestación sintomática experimentada. En este sentido los análisis adicionales permitieron dilucidar que en el caso de los adultos la inseguridad alimentaria promovió primordialmente: dificultades para dormir, la impresión de que todo se viene encima, la sensación de estar alterado y preocupaciones constantes que los hizo estar contrariados. Para Huang, Matta y Kim (2010), en condiciones de vulnerabilidad alimentaria suelen ser los adultos quienes mayor cantidad de sacrificios asumen para el mantenimiento financiero de las familias, y ello se traduce en el cumplimiento de una serie de

obligaciones que suponen la reducción de tiempo efectivo en la atención de otros y el autocuidado.

Para el caso de los adolescentes, la inseguridad alimentaria fue un detonante que generó angustia, sensaciones de estar atado, tensiones y preocupaciones por potenciales desgracias futuras. Por su parte, dificultades para hacer las tareas propias de la cotidianidad, la imposibilidad para disfrutar las actividades normales de cada día e incluso la ideación suicida, fueron algunos de los indicadores depresivos con asociación moderada con la inseguridad alimentaria en los hogares según los adolescentes. Estos resultados que dejan entrever el pesimismo a partir del cual es percibido el futuro, entran en congruencia con cierta lectura teórica que Llorens (2013), realizó acerca de la adolescencia venezolana; para el autor, la juventud es entendida como una etapa repleta de conflictos donde entre otras cosas se debe: (a) consolidar la identidad propia; (b) cuestionar los valores y principios familiares para fijar los propios; (c) poner a prueba todas las capacidades frente a la realidad; y (d) establecer los patrones de vinculación con los pares y otros seres queridos, y en el caso venezolano dichos dilemas se emparentan con una época que ha sido marcada por una crisis continua, donde las convulsiones económicas, políticas y sociales, obligan a la reorganización de las percepciones sobre el futuro.

Por último, en el caso de la muestra de niños, la inseguridad alimentaria en el hogar fue vivenciada con una variedad de síntomas fisiológicos, cognitivos o emocionales, entre los que se destacan: la pérdida del apetito, percepción de la falta de cariño, sentimientos de culpa, irritabilidad y el miedo. Hallazgos similares fueron ya documentados en algunos antecedentes expuestos en el marco teórico (Aguilar y Requena, 2018; Bassi y Hernández, 2019; De Tejada, 2016). Sin embargo, resulta menester mencionar que gran parte de estas percepciones, aunque son padecidas por los niños, pudieran también guardar una relación con el comportamiento de los adultos. Dando continuidad a las ideas de autores como Huang Matta y Kim (2010) o Suter, Huggenberger y Schachinger (2007), es importante recordar que la salud mental de los padres y la calidad de la crianza que estos ofrecen, suelen ser un mediador en la relación existente entre la inseguridad alimentaria y los problemas de conducta de los niños.

Padres que se sacrifican para garantizar las provisiones de alimentos necesarios en los hogares, muy probablemente también pueden ser adultos más estresados, menos sensibles, con mayor irritabilidad, y que tienden a ser más críticos y punitivos en la crianza de sus hijos quienes, a su vez, tienden a percibirse como niños menos queridos y culpables por las realidades de sus familias.

Además de discutir la influencia de la inseguridad alimentaria sobre los indicadores de salud mental incluidos en las muestras, es necesario someter a explicación las relaciones causales contrastadas entre estas dificultades para acceder y disponer alimentos y las estrategias de afrontamiento al estrés. En este sentido, es importante reseñar que, para todos los grupos etarios, la inseguridad alimentaria no generó un impacto sobre las estrategias de afrontamiento ligadas a la solución de problemas, disociativas e interpersonales. La única excepción a estos hallazgos fue aquella que supuso en muestras adolescentes, que, a mayor inseguridad alimentaria, mayores serían las estrategias disociativas utilizadas por estos jóvenes, esta última hipótesis fue discutida con anterioridad.

Que la inseguridad alimentaria en el hogar no afectara a las estrategias de afrontamiento al estrés, en ninguno de los grupos etarios, fue un resultado divergente con respecto a lo expuesto en parte de la literatura (Shariff, Mohd y Khor, 2008; Weinreb et al. 2002), donde se aclaró que en los hogares inseguros ante coyunturas económicas, es común observar estrategias de tipo interpersonales, tales como: que los jefes de hogar soliciten prestamos (de dinero o alimentos) a sus familiares u otros miembros de la comunidad, o cocinar los pocos alimentos disponibles y compartirlos con las personas que mas lo necesiten. Shariff, Mohd y Khor (2008), también dejaron entrever que aquellos hogares con mayor inseguridad alimentaria pueden abocarse a la solución de sus problemas, adoptando conductas como que los adultos ingieran menor carga calórica en beneficio de los niños y ancianos, o dejando de enviar a sus hijos al colegio para invertir ese presupuesto académico en alimentos.

Tal discrepancia en los hallazgos, podría guardar relación con dos hipótesis: (a) aunque la inseguridad alimentaria afecta a las comunidades, hogares e individuos, tiende

a percibirse como una realidad cuyo origen se da a niveles no directamente relacionados con el accionar de los individuos. Fenómenos como la hiperinflación, la inestabilidad política, los efectos económicos de la pandemia de la COVID-19 o la existencia de políticas económicas ineficientes que potencian la indisponibilidad, falta de acceso y consumo de alimentos, escapan del control individual y ante ello, es posible que los individuos tengan severas dificultades para articular estrategias de afrontamiento que supongan un factor protector en términos de su salud mental y (b) también existe la posibilidad de que ciertos grupos poblacionales hayan naturalizado los episodios de inseguridad alimentaria, hasta el punto de que esta pudiera interpretarse como un hecho cotidiano y no estresante que no se debe afrontar.

Por otra parte, corresponde estudiar el impacto que la diversidad de la dieta - indicador complementario de la inseguridad alimentaria-, ejerció sobre los indicadores de salud mental. En este sentido, se encontró que no hubo para ninguno de los grupos etarios evaluados un efecto significativo de la diversidad alimentaria sobre los síntomas de ansiedad y depresión. Dicho hallazgo fue consonante con investigaciones previas que utilizaron la misma aproximación de medición para la diversidad de la dieta (Martins, 2017; Martins, 2018) y que encontraron que esta suele estar usualmente relacionada solo con los aspectos fisiológicos de la ansiedad y la depresión, y no con aquellos elementos cognitivos y emocionales que forman parte de estos constructos. No obstante, para el grupo de niños, la diversidad de la dieta predijo los síntomas de depresión, de forma que, a menor variedad de alimentos, mayores serán los síntomas de tristeza. Es posible que esto tenga que ver con que los adolescentes y adultos no se deprimen ante la falta de diversidad, porque a diferencia de los niños pueden contar con conocimientos nutricionales que le permitan escoger mejor los alimentos en presencia de dietas menos diversas.

No obstante, si se hallaron en todos los grupos etarios consistentemente influencias indirectas de la diversidad alimentaria sobre los indicadores de ansiedad y depresión. En este sentido, a mayor diversidad de la dieta, mayores serán las estrategias ligadas a la solución de problemas, y, por tanto, menores serán los síntomas de ansiedad y depresión. Tal influencia resultó de mayor magnitud en la muestra de adultos, que en

la de adolescentes y niños, elemento que dejó de manifiesto que los jefes de hogar con condiciones alimentarias favorables, suelen desarrollar estrategias más sofisticadas para manejar el estrés y por ello tendrán menores probabilidades de cursar cuadros ansiosos o depresivos.

Por último, el sexo de los participantes no ofreció un efecto consistente sobre la salud mental, tal y como ha sido discutido en la literatura previa (Wicks-Nelson e Israel, 1997), en el sentido, que solo para niños y adolescentes se dio dicha predicción, puesto que fueron las participantes del sexo femenino más propensas a experimentar o reportar afectos tristes, tradicionalmente ligados a la depresión. No obstante, este hallazgo concuerda con el estudio de Hartung y Lefler (2019), que planteó que en manuales diagnósticos como el DSM 5, para las alteraciones del estado del ánimo la proporción de mujeres suele ser mayor a la de los hombres, según la estimación de las autoras, por cada 3 mujeres diagnosticadas con depresión suele existir un hombre. De forma sintética, dicha estimación pudiera explicarse en función de las diferencias sexuales propias del proceso de socialización, donde a las mujeres se les estimula más frecuentemente a la expresión/manifestación de sus estados de ánimo triste, si se les compara con los hombres (Barret y Raskin White, 2002). No obstante, en la literatura se han abierto una serie de potenciales explicaciones a las diferencias sexuales o de género en términos de salud mental, concretamente se han manejado dos hipótesis con respecto a este fenómeno, una de ellas considera que estas diferencias pueden ser ocasionadas por causas sesgadas (sesgos en el muestreo o en el análisis de los datos, el efecto halo, las variabilidades en la medición de hombres o mujeres, o los síntomas faltantes) o por causas reales donde las características constitucionales y genéticas son fuente de dichas diferencias, se recomienda al lector que para un estudio pormenorizado de estas conjeturas revise la obra de Hartung y Lefler (2019).

En definitiva, al momento de evaluar la calidad de los modelos presentados en esta investigación, los mismos resultaron eficientes para la explicación de la salud mental, ofreciendo una visión multidimensional de cómo se muestra y se ve influenciado este fenómeno. Sin embargo, fue en niños y adolescentes donde los modelos presentaron mayor capacidad predictiva, siendo esto particularmente cierto para los síntomas

depresivos. Los modelos resultantes fueron en su mayor parte consistentes con lo planteado en las hipótesis, logrando confirmar la influencia de variables de importancia sobre la salud mental como son las estrategias de afrontamiento al estrés y la inseguridad alimentaria. Asimismo, si bien la edad no moderó la magnitud y dirección predictiva de la inseguridad alimentaria sobre los síntomas de ansiedad y depresión, los análisis adicionales permitieron especificar el tipo de sintomatología que experimentarían estos distintos grupos etarios cuando se esté en presencia de episodios de vulnerabilidad alimentaria.

En este sentido, la presente investigación se constituye como una contribución para la comprensión de las consecuencias psicológicas de la inseguridad alimentaria, a su vez, facilita la exposición y explicación de resultados que dejan en evidencia la necesidad de establecer equipos multidisciplinarios para el abordaje de estas problemáticas, dado la multicausalidad que puede tener la afectación en salud mental, puesto que los elementos económicos, sociológicos, políticos, psicológicos y culturales forman parte del conjunto de elementos que se ven conjugados en la explicación de estas realidades.

## **Conclusiones**

Los modelos de ruta planteados en la presente investigación tendieron a verificarse parcialmente, al evidenciar las influencias directas e indirectas que ejercieron la inseguridad alimentaria en el hogar, la diversidad de la dieta, el sexo y las estrategias de afrontamiento al estrés sobre dos indicadores de la salud mental (síntomas de ansiedad y depresión) en muestras de niños, adolescentes y adultos caraqueños; obteniéndose así una comprensión más integral de las consecuencias psicológicas del hambre.

Se pudo evidenciar que los adultos, adolescentes y niños encuestados presentaron niveles moderados de inseguridad alimentaria en el hogar. De los tres grupos etarios, fueron los adolescentes los que manifestaron menores vulnerabilidades en

términos de cuan disponible y accesible percibieron los alimentos en sus grupos familiares. No obstante, pese a estas leves diferencias existió congruencia en la predominancia de algunos indicadores, por ejemplo, con independencia de la edad, existió la percepción de la necesidad que tuvo gran porcentaje de los participantes de visitar más de un establecimiento para poder satisfacer la compra de alimentos para sus hogares.

Por su parte, en términos de la diversidad alimentaria, dietas ricas en carbohidratos, lácteos u otras grasas económicas y con ciertas carencias en términos de proteínas de origen animal, caracterizaron el patrón de consumo de niños, adolescentes y adultos. Sin embargo, en la presente investigación se presentaron mejorías en el consumo de algunos grupos de alimentos que en años recientes vieron reducida su ingesta.

En términos de las estrategias de afrontamiento al estrés, tanto adultos, adolescentes y niños hicieron uso predominante de las herramientas ligadas a la solución de problemas, seguidas de las estrategias disociativas y, en último lugar, aquellas que guardaron relación con el apoyo interpersonal.

Con respecto a las hipótesis se puede observar que, a mayor utilización de las estrategias de afrontamiento al estrés ligadas a la solución de problemas, menores serán los síntomas de ansiedad y depresión en todos los grupos etarios considerados. Por su parte, las estrategias de afrontamiento interpersonales impactaron a los indicadores de salud mental exclusivamente en las muestras de adultos y adolescentes. Para el primer grupo etario, a mayor utilización de dichas estrategias mayores serán los síntomas depresivos. Mientras que, para el grupo de jóvenes a mayor utilización de los recursos interpersonales mayores serán los síntomas de ansiedad y depresión.

Con respecto a la inseguridad alimentaria en el hogar, se halló que dicha variable impactó a todos los indicadores de salud mental con independencia del grupo etario que se estuviera considerando, en este sentido, a mayores dificultades para acceder, disponer o consumir alimentos, mayores serán los síntomas de depresión y ansiedad presentes en la muestra. No obstante, la inseguridad alimentaria no generó un impacto

sobre las estrategias de afrontamiento evaluadas, a excepción de las estrategias disociativas en la muestra de adolescentes, donde a mayor inseguridad alimentaria mayor fue el uso de las mismas.

La diversidad de la dieta fue utilizada como un indicador alternativo de la inseguridad alimentaria en los hogares, en este sentido, dicha medida no tendió a afectar directamente a los indicadores de salud mental en ninguna de las muestras consideradas. La excepción a dicha regla se halló en la muestra de niños, donde altos niveles de diversidad alimentaria generan bajos niveles de depresión. Sin embargo, en todos los grupos etarios, dicha variable tuvo un impacto indirecto sobre la ansiedad y la depresión, afectando en primer lugar a las estrategias de afrontamiento ligadas a la solución de problemas.

Para finalizar, si bien no existieron diferencias en cuanto al impacto y al monto predictivo de la inseguridad alimentaria sobre la ansiedad y la depresión, en función del grupo etario de pertenencia, se pudo evidenciar que formar parte del grupo de adultos, adolescentes o niños permite diferenciar el tipo de síntomas experimentados ante contextos de vulnerabilidad alimentaria. En este sentido, mientras los adultos encuestados reaccionan a la inseguridad alimentaria con dificultades para encontrar el sueño, estando contrariados, alterados o preocupados, los adolescentes tienden a necesitar más tiempo para hacer las cosas o muestran dificultades para disfrutar las actividades que desenvuelven en su cotidianidad. Por su parte, en el caso de los niños la culpa, la pérdida del apetito, la irritabilidad o el miedo intenso son algunas de las reacciones típicas ante la falta de alimentos.

Por su parte, en cuanto a las recomendaciones para futuras investigaciones se plantean algunas sugerencias de carácter teórico y metodológico. En este sentido, la revisión de la literatura, la verificación de los resultados y la explicación de los mismos deja en entrevisto que la inclusión de variables como el locus de control o la resiliencia, pudieran facilitar la comprensión del perfil psicológico de los individuos con mayor vulnerabilidad de salud mental, en condiciones de inseguridad alimentaria.

En segundo lugar, la presente investigación consideró al grupo etario como una variable moderadora existente entre la inseguridad alimentaria y la salud mental, no obstante, la evidencia no sostuvo tal hipótesis. Sin embargo, al incluir la ocupación de los sujetos como variable a controlar, si se dio dicha moderación, por lo que se recomienda que futuras investigaciones consideren el rol fundamental de este factor.

Desde lo metodológico, se recomienda que con los avances en el proceso de vacunación contra la enfermedad de la COVID-19, pueda potenciarse el muestreo en este tipo de investigaciones. Muy probablemente, gran parte de las personas con mayor vulnerabilidad alimentaria no fueron incluidas en la presente investigación. Por su parte, abordajes de investigación mixtos o cualitativos sean de mayor utilidad en la comprensión de las estrategias de afrontamiento con las que cuentan los individuos para afrontar contextos de inseguridad alimentaria moderadas o graves.

## Referencias

- Aguilar, D., & Requena, A. (2018). *Inseguridad alimentaria: indicadores de la aperccepción sociopolítica en niños en niños entre 5 y 10 años de edad de la ciudad de Caracas*. (Trabajo de Grado de Licenciatura no publicado). Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.
- Alaimo, K., Olson, C. M., Frongillo, E. A., & Briefel, R. R. (2001). Food insufficiency, family income, and health in US preschool and school-aged children. *American Journal of Public Health, 91*(5), 781-786
- Alarcão, V., Guiomar, S., Oliveira, A., Severo, M., Correia, D., Torres, D., & Lopes, C. (2020). Food insecurity and social determinants of health among immigrants and natives in Portugal. *Food Security, 12*(3), 579-589. doi.org/10.1007/s12571-019-01001-1

- Angelucci, L. (2007). Análisis de ruta: Conceptos básicos. *Analogías del Comportamiento*, 9, 31-59.
- Angelucci, L., Martins, A. & Rodríguez, L. (2020). Caminantes potenciales de la Gran Caracas: Una mirada psicosocial. *Equilibrium-CENDE*.
- Aquino, S. (2020). *Influencia de la emigración de los padres, recursos psicológicos, recursos familiares y el sexo sobre la ansiedad de niños de cuarto, quinto y sexto grado*. (Trabajo de Grado de Licenciatura no publicado). Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.
- Arnau, J. (1978). *Psicología Experimental: Un enfoque metodológico*. Ciudad de México, México: Trillas.
- Arnau, J. (1995). *Diseños longitudinales aplicados a las ciencias del comportamiento*. Ciudad de México, México: Limusa
- Barrett, A. E., & Raskin White, H. (2002). Trajectories of gender role orientations in adolescence and early adulthood: A prospective study of the mental health effects of masculinity and femininity. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 451–468. [dx.doi.org/10.2307/3090237](https://doi.org/10.2307/3090237)
- Bassi, L., & Hernández, V. (2019). *Estudio comparativo de los síntomas internalizadores y externalizadores de niños del Distrito Capital y Miranda en función de la inseguridad alimentaria experimentada en el hogar*. (Trabajo de Grado de Licenciatura no publicado). Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.
- Bernal, J., Frongillo, E. A., Herrera, H., & Rivera, J. (2012). Children live, feel, and respond to experiences of food insecurity that compromise their development and weight status in peri-urban Venezuela. *The Journal of Nutrition*, 142(7), 1343-1349. [doi.org/10.3945/jn.112.158063](https://doi.org/10.3945/jn.112.158063)

- Bernal, J. & Lorenzana, P. (2007). La escala de seguridad alimentaria en hogares aplicada a adolescentes en Caracas: Una medida valida y confiable. *Agroalimentaria*, 24: 47-54.
- Bernal, G., Rosselló, J., & Martínez, A. (1996). El inventario de depresión para niños y niña: propiedades psicométricas en dos muestras puertorriqueñas. *Revista Psicología Contemporánea*, 4 (1), 12-23.
- Bickel, G., Nord, M., Price, C., Hamilton, W.L. & Cook, J.T. (2000) Guide to Measuring Household Food Security, Revised 2000. USDA, Food and Nutrition Service.
- Brinkmann, S. (2013). *Qualitative interviewing*. Oxford University Press.
- Brown, J. (2002). *Introduction*. En Center on Hunger and Poverty (Eds.). The consequences of hunger and food Insecurity for children (pp. 3-10). Brandeis, Estados Unidos: ConAgra Foods
- Carter, K. N., Kruse, K., Blakely, T., & Collings, S. (2011). The association of food security with psychological distress in New Zealand and any gender differences. *Social Science & Medicine* (1982), 72(9), 1463-1471. doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.03.009.
- Casal, D., & Granja, J. (2012). *Salud en docentes de educación básica: Un análisis de ruta, en estudiantes de la Universidad Católica Andrés Bello* (Trabajo de Grado de Licenciatura no publicado). Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.
- Castrillón Moreno, D. A., & Borrero Copete, P. E. (2005). Validación del inventario de ansiedad estado—Rasgo (Staic) en niños escolarizados entre los 8 y 15 años. *Acta Colombiana de Psicología*, 8(1), 79-90.
- Chilton, M., Chyatte, M., & Breaux, J. (2007). The negative effects of poverty & food insecurity on child development. *The Indian Journal of Medical Research*, 126(4), 262-272.

- Cicchetti, D. V. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological Assessment*, 6(4), 284–290. doi.org/10.1037/1040-3590.6.4.284
- Compton, M. T. & Shim, R. S. (2015). *The social determinants of mental health*. Washington, United States: American Psychiatric Publishing.
- Connell, C. L., Lofton, K. L., Yadrick, K., & Rehner, T. A. (2005). Children's experiences of food insecurity can assist in understanding its effect on their well-being. *The Journal of Nutrition*, 135(7), 1683–1690. doi.org/10.1093/jn/135.7.1683
- Conger, R. D., & Donnellan, M. B. (2007). An interactionist perspective on the socioeconomic context of human development. *Annual Review of Psychology*, 58, 175-199. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.08555
- Costello, E. J., Compton, S. N., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Relationships between poverty and psychopathology: A natural experiment. *Jama*, 290(15), 2023-2029. doi.org/10.1001/jama.290.15.2023
- Cunha, A. L. (2000). Relationship between acute respiratory infection and malnutrition in children under 5 years of age. *Acta Paediatrica*, 89(5), 608-609. doi.org/10.1080/080352500750027943.
- Davison, K. M., Marshall-Fabien, G. L., & Tecson, A. (2015). Association of moderate and severe food insecurity with suicidal ideation in adults: National survey data from three Canadian provinces. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(6), 963-972. doi.org/10.1007/s00127-015-1018-1.
- Del Barrio, V., & Carrasco, M. (2004). *Adaptación del Inventario de depresión infantil de Maria Kovacs*. Madrid, España: TEA.
- Delgado, A., & Herrera-Cuenca, M. (2019). El derecho a la alimentación en Venezuela bajo el enfoque de los derechos. *Cuadernos del CENDES*, 36 (100) 57-80.

De Tejada, M., (2016). Características psicológicas del niño/niña desnutrido. *Anales Venezolanos de Nutrición*, 29 (2), 68-80.

Escuela de Psicología (2002). *Contribuciones a la deontología de la investigación en psicología*. Caracas, Venezuela: Publicaciones UCAB.

España, L. (2016a). *Niveles de pobreza y cobertura de las misiones sociales*. En ENCOVI (Eds.) *Venezuela vivir a medias* (pp. 33-54).

España, L. (2016b). *Desiguales entre iguales*. Caracas, Venezuela: Editorial El Nacional.

España, L. & Ponce, M. (2018). Evolución de la pobreza. IIES/UCAB. Recuperado de <https://www.ucab.edu.ve/wp-content/uploads/sites/2/2018/02/ENCOVI-2017-presentaci%C3%B3n-para-difundir-.pdf>

Evans, G. W. (2004). The Environment of Childhood Poverty. *American Psychologist*, 59(2), 77–92. doi.org/10.1037/0003-066X.59.2.77

Evans, G. W., & English, K. (2002). The environment of poverty: multiple stressor exposure, psychophysiological stress, and socioemotional adjustment. *Child Development*, 73(4), 1238–1248

Evans, G. W., Gonnella, C., Marcynyszyn, L. A., Gentile, L., & Salpekar, N. (2005). The role of chaos in poverty and children's socioemotional adjustment. *Psychological Science*, 16(7), 560-565. doi.org/10.1111/j.0956-7976.2005.01575.x

Farzana, F. D., Rahman, A. S., Sultana, S., Raihan, M. J., Haque, M. A., Waid, J. L., Choudhury, N., & Ahmed, T. (2017). Coping strategies related to food insecurity at the household level in Bangladesh. *Plos One*, 12(4). doi.org/10.1371/journal.pone.0171411

Fhima, A. & Márquez, Y. (2011). *Estudio comparativo de la presencia de indicadores de ansiedad y depresión en niños y adolescentes con condición de trastorno de asperger, autismo de alto funcionamiento y sin diagnóstico clínico psiquiátrico*

(Trabajo de Grado de Licenciatura no publicado). Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

Fosha, D & Slowiaczek, M. (1997). Techniques to accelerate dynamic psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 51 (2).

Fosha, D. (2019). *El poder transformador de los afectos: Modelo para un cambio acelerado*. Barcelona, España: Editorial Eleftheria.

Galindo, O., & Ardila, R. (2012). Psicología y pobreza. Papel del locus de control, la autoeficacia y la indefensión aprendida. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 30(2), 381-407.

Galletta, A. (2013). *Mastering the semi-structured interview and beyond: From research design to analysis and publication*. New York University Press.

García-Batista, Z. E., Guerra-Peña, K., Cano-Vindel, A., Herrera-Martínez, S. X., Flores-Kanter, P. E., & Medrano, L. A. (2017). Propiedades psicométricas del Inventario de ansiedad estado-rasgo en población general y hospitalaria de República Dominicana. *Ansiedad y Estrés*, 23(2), 53-58. doi.org/10.1016/j.anyes.2017.09.004

González, M. & Rincón, E. (2016). *Las condiciones de salud de los venezolanos: aportes de ENCOVI 2015*. En ENCOVI (Eds.) Venezuela vivir a medias (pp. 129-145).

Hartung, C. M., & Lefler, E. K. (2019). Sex and gender in psychopathology: DSM–5 and beyond. *Psychological Bulletin*, 145(4), 390–409. doi.org/10.1037/bul0000183

Haushofer, J., & Fehr, E. (2014). On the psychology of poverty. *Science*, 344(6186), 862-867. doi.org/10.1126/science.1232491

Hesse-Biber, S. N., & Johnson, B. (Eds.). (2015). *The Oxford handbook of multimethod and mixed methods research inquiry*. Oxford University Press

- Hoil, M. (2008). *Factores predictores de la satisfacción laboral del personal docente de la universidad linda vista y sus planteles Mérida y Tuxtla Gutiérrez*. Trabajo de Grado de Postgrado en Educación no publicado. Universidad de Montemorelos, Nuevo León, México.
- Huang, J., Oshima, K. M. M., & Kim, Y. (2010). Does food insecurity affect parental characteristics and child behavior? Testing mediation effects. *The Social service review*, 84(3), 381-401
- IBM Corp. (2013). IBM. SPSS Statistics for Windows (Version 22.0). [Software de cómputo]. Armonk, NY: IBM Corp
- Izquier, C. (2006). *Resiliencia y adolescencia. Un estudio acerca de la vivencia de un grupo de adolescentes resilientes de 5to año de bachillerato de la comunidad de Antímamo*. (Trabajo de Grado de especialización no publicado). Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.
- Jaswal, S. & Dewan, A. (1997). The relationship between locus of control and depression. *Journal of Personality and Clinical Studies*, 13 (1-2), 25-27.
- Jones, A. D. (2017). Food insecurity and mental health status: A global analysis of 149 countries. *American Journal of Preventive Medicine*, 53(2), 264-273. doi.org/10.1016/j.amepre.2017.04.008
- Jyoti, D. F., Frongillo, E. A., & Jones, S. J. (2005). Food insecurity affects school children's academic performance, weight gain, and social skills. *The Journal of Nutrition*, 135(12), 2831-2839. doi.org/10.1093/jn/135.12.2831
- Kennedy, G., Ballard, T. & Dop, M. (2013). *Guía para medir la diversidad alimentaria a nivel individual y del hogar*. Roma, Italia: FAO.
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento: Métodos de Investigación en ciencias sociales*. (5 ed.). Ciudad de México, México: McGraw Hill.

- Kiser, L. J., & Black, M. M. (2005). Family processes in the midst of urban poverty: What does the trauma literature tell us?. *Aggression and Violent Behavior*, 10(6), 715-750. doi.org/10.1016/j.avb.2005.02.003
- Klem, L. (1995). Path analysis. En L. G. Grimm & P. R. Yarnold (Eds.), *Reading and understanding multivariate statistics* (p. 65–97). Washington, Estados Unidos: American Psychological Association.
- Kline, R. B. (1998). *Methodology in the social sciences. Principles and practice of structural equation modeling*. Estados Unidos: Guilford Press.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory CDI Manual*. New York: Multi-Health Systems
- Landaeta-Jiménez, M., Herrera, M., Vásquez, M. & Ramírez, G. (2016). La alimentación de los venezolanos, según la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2015. *Anales Venezolanos de Nutrición*, 29 (1) 99-111.
- Landaeta-Jiménez, M., Herrera, M., Ramírez, G. & Vásquez, M. (2018). Alimentación en Venezuela según la ENCOVI. Recuperado de <https://www.ucab.edu.ve/wp-content/uploads/sites/2/2018/02/ENCOVI-Alimentaci%C3%B3n-2017.pdf>.
- Landaeta-Jiménez, M., Sifontes, Y. & Herrera, M. (2018). Venezuela entre la inseguridad alimentaria y la malnutrición. *Anales Venezolanos de Nutrición*, 31 (2) 66-77.
- Lavee, Y., McCubbin, H. I., & Olson, D. H. (1987). The effect of stressful life events and transitions on family functioning and well-being. *Journal of Marriage and Family*, 49(4), 857-873. doi.org/10.2307/351979.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984), The stress concept in the life sciences. En R. Lazarus & S. Folkman (Eds.). *Stress, appraisal and coping* (pp. 1-21). New York, Estados Unidos: Springer.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986), *Estrés y procesos cognitivos*. New York, Estados Unidos: Martínez Roca.

- Levy Yeyati, E. (2021). Dolarización y desdolarización financiera en el nuevo milenio. Bogotá, Colombia: Fondo Latinoamericano de Reservas. Documento de trabajo.
- Llorens, M. (2013). *Arte, adolescencia e identidad*. En M. Llorens, X. Jiménez, N. Mora & E. Oteyza (Eds.). *La belleza propia: Arte, adolescencia e identidad* (pp. 28-39). Caracas, Venezuela: Fundación Empresas Polar.
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A., & Tomás-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 30(3), 1151-1169. doi: 10.6018/analesps.30.3.199361
- Lobo, A., Pérez-Echeverría, M. J., & Artal, J. (1986). Validity of the scaled version of the general health questionnaire (GHQ-28) in a spanish population. *Psychological Medicine*, 16(1), 135-140. doi.org/10.1017/s0033291700002579
- Londoño, N., Pérez, M. & Murillo, M. (2009). Validación de la escala de estrategias de afrontamiento al estrés en una muestra colombiana. *Informes Psicológicos* 11 (13), 13-29.
- Lorenzo-Seva, U., & Ferrando, P. (2011). FACTOR (Versión 8.02). [Software de cómputo]. Recuperado de <http://psico.fcep.urv.es/utilitats/factor/index.html>
- Magnusson, D. (2002). *Teoría de los test*. Ciudad de México, México: Trillas.
- Martin, M., Jiménez, M. & Fernández-Abascal, E. (1997). Estudio sobre la escala de estilos y estrategias de afrontamiento (E3A). *Revista electrónica de motivación y emoción*, 3 (4). Recuperado de <http://reme.uji.es/remesp.html>
- Martínez-Arias, R. (1995). *Psicometría*. Madrid, España: Síntesis Psicológica.
- Manzini, J. L. (2000). Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta bioethica*, 6(2). <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2000000200010>

- Matarazzo, J. D. (1982). Behavioral health's challenge to academic, scientific, and professional psychology. *The American Psychologist*, 37(1), 1-14. doi.org/10.1037//0003-066x.37.1.1
- Martins, A. (2017). La inseguridad alimentaria como determinante del estrés postraumático y factor de riesgo en la salud mental de jóvenes en Caracas. *Revista de Psicología*, 13(25), 23-43.
- Martins, A. (2018). La inseguridad alimentaria y la autopercepción de la calidad de la dieta de los caraqueños: Repercusiones psicológicas. *Revista de Psicología*, 14(28), 86-108.
- Martins, A., & Rodríguez, L. (2021). Conducta financiera del venezolano: Una escala para contextos de adversidad económica. *Revista Evaluar*, 21(1), 1-16. doi.org/10.35670/1667-4545.v21.n1.32829
- Minardi, C. & Paoli, M. (1999). *Influencia del sexo, edad, nivel socioeconómico y apoyo social sobre los niveles de estrés postraumático en personas afectadas por las inundaciones del Estado Vargas en estudiantes de la Universidad Católica Andrés Bello* (Trabajo de Grado de Licenciatura no publicado). Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.
- Moreno, A. (2016). *Antropología cultural del pueblo venezolano (Tomo I)*. Caracas, Venezuela: Fundación Empresas Polar.
- Myers, N., Sood, A., Alolayan, Y., Broussard, B., Fox, K., King, K., LoGalbo, E., Thompson, L., & Compton, M. T. (2019). Coping with food insecurity among african american in public-sector mental health services: A qualitative study. *Community Mental Health Journal*, 55(3), 440-447. doi.org/10.1007/s10597-019-00376-x.
- Núñez, A. & Socorro, D. (2005). *Influencia de la expresividad emocional, ambivalencia emocional, apoyo social, edad, sexo, estado civil sobre la salud psicológica en estudiantes de la Universidad Católica Andrés Bello* (Trabajo de Grado de

Licenciatura no publicado). Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

Parra, K. y Peñuela, R. (2008). *Efecto del Compromiso Organizacional, la Satisfacción Laboral, el Apoyo Organizacional Percibido y Factores Sociodemográficos sobre la Salud Autopercebida de Empleados de una Red de Supermercados, en estudiantes de la Universidad Católica Andrés Bello* (Trabajo de Grado de Licenciatura no publicado). Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

Peña, G. (2011). Psicología de la salud: noción general y términos relacionados. En Y. Cañoto, G. Peña & G. Yaber (Eds.). *Tópicos en psicología de la salud* (pp.13-50). Caracas, Venezuela: Publicaciones UCAB.

Phillips, T. (2012). An exploration of the triarchic modelo of poverty. *Journal of Poverty*,16, 220-231. doi.org/10.1080/10875549.2012.667061

Piera, P. J. F., & Carrasco, C. A. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del psicólogo*, 31(1), 18-33.

Radimer, K. L., Olson, C. M., Greene, J. C., Campbell, C. C., & Habicht, J. P. (1992). Understanding hunger and developing indicators to assess it in women and children. *Journal of Nutrition Education*, 24(1), 36S-44S. doi.org/10.1016/S0022-3182(12)80137-3

Retolaza, A., De La Rica, J., Díaz, A., Pérez, J., Aramberri, I., Márquez, I. (1993). Validación del cuestionario de Salud General de Goldberg (versión 28 ítems) en consultas de atención primaria. *Revista Asociación Especialistas Neuropsiquiatría*, 13 (46), 187-193.

Reddy, V. B., Kusuma, Y. S., Pandav, C. S., Goswami, A. K., & Krishnan, A. (2016). Prevalence of malnutrition, diarrhea, and acute respiratory infections among under-five children of Sugali tribe of Chittoor district, Andhra Pradesh, India. *Journal of*

*Natural Science, Biology, and Medicine*, 7(2), 155-160. doi.org/10.4103/0976-9668.184702

Rodríguez, P. (2002). *Análisis de historias clínicas de estudiantes universitarios con dificultades económicas*. Trabajo de ascenso no publicado. Escuela de psicología, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

Rodríguez-Rabanal, C. (1989). *Cicatrices de la pobreza: Un estudio psicoanalítico*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Nueva Sociedad.

Rojas-Carrasco, K. (2010). Validación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado en padres con un hijo en terapia intensiva. *Revista Médica del Instituto Mexicano de Seguro Social*, 48 (5), 491-496.

Ruel, M. T., Garrett, J. L., Hawkes, C., & Cohen, M. J. (2010). The food, fuel, and financial crises affect the urban and rural poor disproportionately: A review of the evidence. *The Journal of Nutrition*, 140(1), 170S-176S. doi.org/10.3945/jn.109.110791

Saaka, M., Oladele, J., Larbi, A., & Hoeschle-Zeledon, I. (2017). Household food insecurity, coping strategies, and nutritional status of pregnant women in rural areas of Northern Ghana. *Food Science & Nutrition*, 5(6), 1154-1162. doi.org/10.1002/fsn3.506

Santiago, C. D., Kaltman, S., & Miranda, J. (2013). Poverty and mental health: How do low-income adults and children fare in psychotherapy? : poverty and mental health. *Journal of Clinical Psychology*, 69(2), 115-126. doi.org/10.1002/jclp.21951.

Sardi, G., Angelucci, L., Martins, A., & Peña, G. Representaciones de la economía como fenómeno psicosocial. En C. Peña (Ed.). *Miradas a la Venezuela del siglo XXI* (pp. 377-406). Caracas, Venezuela: Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales: "Dr. Rodolfo Quintero".

Shaffer, D., & Kipp, K. (2010). *Developmental psychology: Childhood and adolescence*. Toronto, Canadá: Wadsworth, Cengage Learning.

- Shariff, Z. Mohd., & Khor, G. L. (2008). Household food insecurity and coping strategies in a poor rural community in Malaysia. *Nutrition Research and Practice*, 2(1), 26. doi.org/10.4162/nrp.2008.2.1.26
- Shayo, F. K., & Lawala, P. S. (2019). Does food insecurity link to suicidal behaviors among in-school adolescents? Findings from the low-income country of sub-Saharan Africa. *BMC Psychiatry*, 19(1), 227. doi.org/10.1186/s12888-019-2212-6.
- Sen, A. (1982). *Poverty and famines: An essay on entitlement and deprivation*. Estados Unidos, Nueva York: Oxford University.
- Sesso, R., Barreto, G. P., Neves, J., & Sawaya, A. L. (2004). Malnutrition is associated with increased blood pressure in childhood. *Nephron Clinical Practice*, 97(2), c61-c66. doi.org/10.1159/000078402.
- Siefert, K., Heflin, C. M., Corcoran, M. E., & Williams, D. R. (2001). Food insufficiency and the physical and mental health of low-income women. *Women & Health*, 32(1-2), 159-177. doi.org/10.1300/J013v32n01\_08
- Sierra-Bravo, R. (1981). *Análisis estadísticos y modelos matemáticos* (1era ed.). Madrid, España: Paraninfo.
- Stampini, M., Londoño, D., Robles, M. e Ibararán, P. (2021). Efecto de las remesas sobre la seguridad alimentaria en los hogares venezolanos. *División de Protección Social y Salud del BID*. doi.org/10.18235/0003346
- Suter, S. E., Huggenberger, H. J., & Schächinger, H. (2007). Cold pressor stress reduces left cradling preference in nulliparous human females. *Stress*, 10(1), 45-51. doi.org/10.1080/10253890601141259
- UCAB (2020). *UCAB ENCOVI | 2019-2020*. [VIDEO EN LÍNEA]. Disponible [https://www.youtube.com/watch?reload=9&v=ph0QylaWJ\\_k&feature=youtu.be](https://www.youtube.com/watch?reload=9&v=ph0QylaWJ_k&feature=youtu.be)
- Van Der Kolk, B. (2015). *El cuerpo lleva la cuenta: Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. Barcelona, España: Editorial Eleftheria.

- Villa G., I. C., Zuluaga Arboleda, C., & Restrepo Roldan, L. F. (2013). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Salud General de Goldberg GHQ-12 en una institución hospitalaria de la ciudad de Medellín. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 31(3), 532-545.
- Vozoris, N. T., & Tarasuk, V. S. (2003). Household food insufficiency is associated with poorer health. *The Journal of Nutrition*, 133(1), 120-126. doi.org/10.1093/jn/133.1.120
- Weinreb, L., Wehler, C., Perloff, J., Scott, R., Hosmer, D., Sagor, L., & Gundersen, C. (2002). Hunger: Its impact on children's health and mental health. *Pediatrics*, 110(4), e41-e41. doi.org/10.1542/peds.110.4.e41
- Wicks-Nelson, R. & Israel, A. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Ciudad de México, México: Prentice Hall.
- WHO (2001). *Basic documents* (43rd ed.). Genoa, Italia: World Health Organization.
- Yaro, J. (2004). Theorizing food insecurity: Building a livelihood vulnerability framework for researching food insecurity. *Norsk Geografisk Tidsskrift - Norwegian Journal of Geography*, 58(1), 23-37. doi.org/10.1080/00291950410004375.
- Zambrano, L. (2021). La dolarización y el sistema financiero. *Notas sobre la economía venezolana*, 5, 2-16.
- Zambrano, L. & Moreno, M. (2021). Informe de Coyuntura Venezuela. *Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales*.
- Zuñiga, G. (2017). El trabajo como herramienta para el desarrollo humano. En ENCOVI (Eds.) *Venezuela vivir a medias* (pp. 33- 54). Caracas, Venezuela: UCAB Ediciones.

## **Anexo A**

## Cuestionario de salud general de Goldberg (GHQ-28) en la versión adaptada por Lobo, Pérez y Artal (1986) subescala de depresión

Interesa saber cómo has percibido tu salud, en general, durante las últimas semanas. Responde marcando con una equis ("X") la opción que mejor se adapte a tu situación. Contesta pensando solo en los problemas que has tenido durante el último mes. Contesta con sinceridad, recuerda que no hay respuestas buenas o malas.

*Últimamente...*

	Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Siempre
1. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?				
2. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?				
3. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?				
4. ¿Ha tenido dificultades para dormir seguido toda la noche?				
5. ¿Ha tenido sensación de que todo se le viene encima?				
6. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?				
7. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?				
8. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?				
9. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?				
10. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?				
11. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?				
12. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?				
13. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?				
14. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?				
15. ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse del medio"?				

16. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?				
17. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?				

**Anexo B**  
**Inventario de Ansiedad Estado para adultos (STAI) de**  
**Spielberger, Gorhuch y Lushene**

A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse a uno mismo. Lea cada frase y señale la opción que indique mejor cómo se siente usted ahora mismo, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
<i>Últimamente...</i>				
1. Me siento calmado (Inverso)				
2. Me siento seguro (Inverso)				
3. Estoy tenso				
4. Estoy contrariado				
5. Me siento cómodo (estoy a gusto) (Inverso)				
6. Me siento alterado				
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras				
8. Me siento descansado (Inverso)				
9. Me siento angustiado				
10. Me siento cómodo (Inverso)				
11. Tengo confianza en mí mismo (Inverso)				
12. Me siento nervioso				
13. Estoy desasosegado				
14. Me siento muy atado (como oprimido)				

15. Estoy relajado (Inverso)				
16. Me siento satisfecho (Inverso)				
17. Estoy preocupado				
18. Me siento aturdido y sobreexcitado				
19. Me siento alegre (Inverso)				
20. En este momento me siento bien (Inverso)				

**Anexo C**  
**Inventario de Ansiedad Estado para niños (IDAREN)**  
**adaptada por Bauemeister, Villamil y Spielberg (1986).**

CUESTIONARIO DE CÓMO ESTOY AHORA (1)

INSTRUCCIONES: Niños y niñas utilizan un conjunto de expresiones para describir cómo se sienten. Contesta a cada oración cuidadosamente decidiendo cuál de las alternativas describe mejor cómo te sientes ahora, en este momento. Pon una X en el cuadro que está en frente que mejor describe cómo te sientes. No hay respuestas ni buenas ni malas. No pases mucho tiempo en ninguna de las oraciones. Recuerda, encuentra la palabra o frase que mejor describa cómo te sientes ahora, en este preciso momento.

- |                    |  |                                      |   |
|--------------------|--|--------------------------------------|---|
| 1.- Me siento..... | <input type="checkbox"/> muy calmado(a)  | <input type="checkbox"/> calmado(a)  | <input type="checkbox"/> no estoy calmado(a)  |
| 2.- Me siento..... | <input type="checkbox"/> muy bravo(a)    | <input type="checkbox"/> bravo(a)    | <input type="checkbox"/> no estoy bravo(a)    |
| 3.- Me siento..... | <input type="checkbox"/> muy contento(a) | <input type="checkbox"/> contento(a) | <input type="checkbox"/> no estoy contento(a) |
| 4.- Me siento..... | <input type="checkbox"/> muy nervioso(a) | <input type="checkbox"/> nervioso(a) | <input type="checkbox"/> no estoy nervioso(a) |
| 5.- Me siento..... | <input type="checkbox"/> muy agitado(a)  | <input type="checkbox"/> agitado(a)  | <input type="checkbox"/> no estoy agitado(a)  |

- 6.- Me siento.....muy tranquilo(a)    tranquilo(a)    no estoy tranquilo(a)
- 7.- Me siento.....muy miedoso(a)    miedoso(a)    no estoy miedoso(a)
- 8.- Me siento.....muy relajado(a)    relajado(a)    no estoy relajado(a)
- 9.- Me siento.....muy preocupado(a)    preocupado(a)    no estoy preocupado(a)
- 10.- Me siento.....muy satisfecho(a)    satisfecho(a)    no estoy satisfecho(a)
- 11.- Me siento.....muy asustado(a)    asustado(a)    no estoy asustado(a)
- 12.- Me siento.....muy feliz(a)    feliz(a)    no estoy feliz(a)
- 13.- Me siento.....muy seguro(a)    seguro(a)    no estoy seguro(a)
- 14.- Me siento.....muy bien(a)    bien(a)    no estoy bien(a)
- 15.- Me siento.....muy inquieto(a)    inquieto(a)    no estoy inquieto(a)
- 16.- Me siento.....muy molesto(a)    molesto(a)    no estoy molesto(a)
- 17.- Me siento.....muy cómodo(a)    cómodo(a)    no estoy cómodo(a)
- 18.- Me siento.....muy aterrorizado(a)    aterrorizado(a)    no estoy aterrorizado(a)
- 19.- Me siento.....muy confundido(a)    confundido(a)    no estoy confundido(a)
- 20.- Me siento.....muy alegre(a)    alegre(a)    no estoy alegre(a)



## Anexo D

### “Children’s Depression Inventory” (CDI) (Kovacs, 1992) en la versión adaptada por Fhima y Márquez (2011)

#### CUESTIONARIO CDI

A continuación, se presenta una serie de ideas que las personas suelen tener con respecto de sí mismas. En cada caso aparecen tres opiniones, por favor lee cada una de ellas y marca una  en el cuadro a la izquierda de la opción que consideres que más se identifica con tu forma de pensar; marca sólo una opción en cada caso. Intenta responder lo más sinceramente posible. No hay respuestas buenas o malas

- |  |  |
|--|--|
| 1.- <input type="checkbox"/> Estoy triste de vez en cuando | <input type="checkbox"/> No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien |
| <input type="checkbox"/> Estoy triste muchas veces         | <input type="checkbox"/> Las cosas me saldrán bien                       |
| <input type="checkbox"/> Estoy triste siempre              | 3.- <input type="checkbox"/> Hago bien la mayoría de las cosas           |
| 2.- <input type="checkbox"/> Nunca me saldrá nada bien     | <input type="checkbox"/> Hago mal muchas cosas                           |
|  | <input type="checkbox"/> Todo lo hago mal                                |

- 4.-  Me divierten muchas cosas  
 Me divierten algunas cosas  
 Nada me divierte
- 5.-  Soy malo siempre  
 Soy malo muchas veces  
 Soy malo algunas veces
- 6.-  De vez en cuando pienso que me pueden ocurrir cosas malas  
 Muchas veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas  
 Siempre pienso con seguridad que me van a ocurrir cosas malas
- 7.-  Me odio  
 No me gusta como soy  
 Me gusta como soy
- 8.-  Todas las cosas malas son culpa mía  
 Muchas cosas malas son culpa mía  
 Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas
- 9.-  No pienso en matarme  
 Pienso en matarme pero no lo haría  
 Quiero matarme
- 10.-  Tengo ganas de llorar todos los días  
 Tengo ganas de llorar mucho  
 Tengo ganas de llorar de vez en cuando
- 11.-  Las cosas me preocupan siempre  
 Las cosas me preocupan muchas veces  
 Las cosas me preocupan de vez en cuando
- 12.-  Me gusta estar con la gente  
 Muy a menudo no me gusta estar con la gente  
 No quiero en lo absoluto estar con la gente
- 13.-  No puedo decidirme  
 Me cuesta decidirme  
 Me decido fácilmente
- 14.-  Tengo buen aspecto  
 Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan  
 Soy feo
- 15.-  Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes  
 Muchas veces me cuesta ponerme hacer los deberes  
 No me cuesta ponerme a hacer los deberes
- 16.-  Todas las noches me cuesta dormirme  
 Muchas noches me cuesta dormirme  
 Duermo muy bien
- 17.-  Estoy cansado de vez en cuando  
 Estoy cansado muchos días  
 Estoy cansado siempre
- 18.-  La mayoría de los días no tengo ganas de comer

Algunos días no tengo ganas de comer

Como muy bien

19.-  Nunca me siento solo

Me siento solo muchas veces

Me siento solo siempre

20.-  Nunca me divierto en el colegio

Me divierto en el colegio solo de vez en cuando

Me divierto en el colegio muchas veces

21.-  Tengo muchos amigos

Tengo muchos amigos, pero me gustaría tener mas

No tengo amigos

22.-  Mi trabajo en el colegio es bueno

Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como

antes

Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba

bien

23.-  Nunca podre ser tan bueno como otros niños

Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños

Soy tan bueno como otros niños

24.-  Nadie me quiere

No estoy seguro de que alguien me quiera

Estoy seguro de que alguien me quiere

25.-  Generalmente hago lo que me dicen

Muchas veces no hago lo que me dicen

Nunca hago lo que me dicen

26.-  Me llevo bien con la gente

Me peleo muchas veces

Me peleo siempre

**ANEXO E**  
**Escala de Estrategias Afrontamiento al Estrés de**  
**Fernández-Abascal (1997) corregida y adaptada por**  
**Lodoño, Pérez y Murillo (2009)**

Seguidamente encontrarás un cuestionario, el cual debes responder en su totalidad y ajustado a tu realidad; no existen respuestas buenas o malas, correctas o incorrectas, solo nos interesa conocer tu condición. Los datos que aportes serán utilizados exclusivamente con fines académicos y de investigación, por tanto, serán totalmente confidenciales.

Este cuestionario contiene afirmaciones acerca de cómo manejas los problemas importantes que enfrentas en tu vida. Por favor, piense acerca del problema y/o situación más estresante que le tocó experimentar en los últimos 12 meses, por ejemplo, problemas con familiares o amigos, la enfermedad o muerte de un familiar o de un amigo, un accidente, una enfermedad o una pérdida financiera. Después responde cada una de las 18 preguntas acerca de cómo afrontaste ese problema o situación.	Nunca	Casi Nunca	A veces	Frecuentemente	Casi Siempre	Siempre
1. La experiencia siempre aporta algo positivo						
2. Pido ayuda a mis amigos sobre cómo actuar						
3. Encuentro a alguien en quien confiar y descargar mis emociones						
4. Me propongo cambiar la forma en que veía el problema						
5. Pienso en cosas diferentes a lo sucedido						
6. Intento aprender de todas las experiencias						
7. Me evado del problema haciendo cualquier cosa						
8. Me responsabilizo en hacer algo para eliminar el problema						
9. Busco consuelo en mis amigos						
10. Me empeño en sacar los aspectos positivos						

11. Procuro darles la vuelta a los problemas para ver lo más positivo						
12. Intento sacar lo que pueda tener de bueno a todo lo que está sucediendo						
13. Procuro olvidar mi aflicción						
14. Procuro distraerme para no pensar en el problema						
15. Preparo un plan para actuar						
16. Evito el problema concentrándome en otras actividades						
17. Los problemas sirven para madurar como persona						
18. Confió mis sentimientos a un amigo						

## **Anexo F**

**Escala de Acceso de la Inseguridad Alimentaria de los Hogares (HFIAS) elaborada por Coates, Swindale y Bilinsky (2007) en la versión adaptada por Martins (2017) y reajustada para la presente investigación**

**En el siguiente cuestionario, marca con una equis ("X") la opción que más se ajuste a tu realidad. Responde pensando en la situación que has vivido durante las últimas 4 semanas. Contesta con sinceridad, recuerda que no hay respuestas buenas o malas.**

*En las últimas 4 semanas...*

	Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre
1. ¿te has preocupado porque tú y los miembros que habitan en tu hogar no tengan suficiente comida?				
2. ¿tú o cualquiera de los miembros que habitan en tu hogar no pudieron comer el tipo de comida que prefieren por falta de recursos?				
3. ¿tú o cualquiera de los miembros que habitan en tu hogar tuvieron que ingerir pocos alimentos debido a falta de recursos?				
4. ¿tú o cualquiera de los miembros que habitan en tu hogar, tuvieron que comer algunos alimentos que no querían debido a falta de recursos para obtener otro tipo de comida?				
5. ¿tú o cualquiera de los miembros que habitan en tu hogar tuvieron que comer cantidades más pequeñas de las que creen que necesitan debido a que no hay suficiente comida?				
6. ¿tú o cualquiera de los miembros que habitan en tu hogar ingirieron menos comidas al día debido a que no hay suficiente comida?				
7. no hubo comida de ninguna clase en su hogar debido a la falta de recursos para obtener los alimentos				
8. ¿tú o cualquiera de los miembros que habitan en tu hogar se fueron a dormir con hambre porque no había suficiente comida?				
9. En mi hogar, los ahorros se han usado para comprar comida				
10. Alguno de los miembros de mi hogar ha pedido dinero prestado para comprar alimentos				
11. Los adultos en mi hogar han vendido pertenencias para comprar alimentos				
12. Hemos pedido la colaboración de los vecinos o amigos para obtener alimentos				
13. El responsable de comprar la comida en mi hogar visita más de un lugar para obtener mejores precios				
14. Alguno de los miembros de mi hogar ha tenido que trabajar mucho para poder comprar alimentos				
15. Algún miembro de mi hogar ha dejado de hacer cosas que le gusta por ahorrar dinero para comprar comida				
16. En mi casa se suele comprar la comida en los lugares más baratos				
17. En mi familia se comprar las cajas CLAP para facilitar nuestra alimentación				
18. Algún miembro de mi familia ha intercambiado alimentos con vecinos o amigos para que tengamos mayor cantidad de comida				

**ANEXO G**  
**Escala de diversidad alimentaria (versión reducida)**  
**propuesta por Kennedy, et al., (2013)**

**Señala los alimentos (comidas y refrigerios) que comiste o bebiste ayer por el día y por la noche, tanto en casa como fuera de ella. Marca una equis ("X") en "Sí", si llegaste a consumir alguno de esos alimentos el día de ayer, o colócala sobre el "No", si no lo comiste el día anterior.**

<i>Grupo de alimentos</i>	<i>Ejemplos</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>
1. Cereales, raíces o tubérculos	Maíz, arroz, pasta, trigo, soya, empanada, tequeño, pastelito, arepa, panqueca, pan canilla, pan cuadrado, tortillas de maíz o trigo, papa, ñame, yuca, casabe, ocumo.		
2. Tubérculos, verduras y frutas ricas en vitamina A	Auyama, zanahoria, batata. Mango, melón, durazno, lechosa, melocotón. Tanto enteras como en jugo.		
3. Verduras de hoja verde oscura	Lechuga, espinacas, berro, acelga.		
4. Otras verduras y frutas	Otras verduras (ej. tomate, cebolla, berenjena, pimentón) y otras frutas (ej. patilla, guayaba, naranja, mandarina).		
5. Carne de vísceras	Hígado, riñón, corazón y otras carnes de vísceras.		
6. Carnes y pescado	Carne de res, cerdo, pollo, pescado (ej. sardina, atún, roncador) o mariscos (ej. vieiras, calamares, mejillones).		
7. Huevos	Huevos de gallina.		
8. Legumbres, nueces y semillas	Frijoles, caraotas (roja, negra), arvejas, lentejas, garbanzos.		
9. Leche y productos lácteos	Leche, queso (ej. blanco, amarillo, suave, mozzarella, parmesano), yogurt y otros productos lácteos.		

**ANEXO H**  
**Cuestionario Sociodemográfico para niños**

Las presentes encuestas tienen por finalidad conocer tu opinión respecto a algunos aspectos de su alimentación en el hogar y de tu conducta en la cotidianidad. Los datos que se solicitan serán utilizados para realizar un trabajo de investigación, tu colaboración es muy valiosa y la información que usted aporte será confidencial.

Por favor, rellene los datos que se te presenten a continuación, marcando con una "X" en los recuadros destinados para ello. Recuerde que no es necesario que coloque su nombre y apellido.

<b>Tipo de colegio en el que estudias</b>	Privado	<input type="checkbox"/>	Público	<input type="checkbox"/>
<b>Sexo</b>	Femenino	<input type="checkbox"/>	Masculino	<input type="checkbox"/>
<b>¿Posees en la actualidad alguna enfermedad crónica? (ejemplo: diabetes, hipertensión, asma, cáncer)</b>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
<b>¿Has recibido en los últimos 2 años algún tipo de ayuda psicológica?</b>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

Edad: \_\_\_\_ Años

¿Cuántas personas viven en tu hogar? \_\_\_\_ personas

¿Cuántas veces sueles comer al día?

1 vez	2 veces	3 veces	Más de 3 veces
-------	---------	---------	----------------

Esta sección del cuestionario solo la podrá responder tu representante:

Para alcanzar el objetivo de la presente investigación que busca relacionar aspectos nutricionales con elementos psicológicos en la infancia y adolescencia, requerimos su consentimiento para la participación de su representado en el estudio. ¿Está dispuesto en la participación de los jóvenes en la investigación?      Sí (    )      No (    )

**ANEXO I**  
**Cuestionario Sociodemográfico para adolescentes**

Las presentes encuestas tienen por finalidad conocer tu opinión respecto a algunos aspectos de su alimentación en el hogar y de tu conducta en la cotidianidad. Los datos que se solicitan serán utilizados para realizar un trabajo de investigación, tu colaboración es muy valiosa y la información que usted aporte será confidencial.

Por favor, rellene los datos que se te presenten a continuación, marcando con una "X" en los recuadros destinados para ello. Recuerde que no es necesario que coloque su nombre y apellido.

<b>¿Estudias en la actualidad?</b>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
<b>Tipo de institución en el que estudias</b>	Privado	<input type="checkbox"/>	Público	<input type="checkbox"/>
<b>Sexo</b>	Femenino	<input type="checkbox"/>	Masculino	<input type="checkbox"/>
<b>¿Posees en la actualidad alguna enfermedad crónica? (ejemplo: diabetes, hipertensión, asma, cáncer)</b>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
<b>¿Has recibido en los últimos 2 años algún tipo de ayuda psicológica?</b>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

Edad: \_\_\_\_ Años

¿Cuántas personas viven en tu hogar? \_\_\_\_ personas

¿Cuántas veces sueles comer al día?

1 vez	2 veces	3 veces	Más de 3 veces
-------	---------	---------	----------------

**Esta sección del cuestionario solo la podrá responder tu representante:**

Para alcanzar el objetivo de la presente investigación que busca relacionar aspectos nutricionales con elementos psicológicos en la infancia y adolescencia, requerimos su consentimiento para la participación de su representado en el estudio. ¿Está dispuesto en la participación de los jóvenes en la investigación?      Sí (    )      No (    )

**ANEXO J**  
**Cuestionario Sociodemográfico para adultos**

Las presentes encuestas tienen por finalidad conocer su opinión respecto a algunos aspectos de su alimentación en el hogar y de su conducta en la cotidianidad. Los datos que se solicitan serán utilizados para realizar un trabajo de investigación, su colaboración es muy valiosa y la información que usted aporte será confidencial.

Por favor, rellene los datos que se te presenten a continuación, marcando con una "X" en los recuadros destinados para ello. Recuerde que no es necesario que coloque su nombre y apellido.

**Ocupación**

Patrono	Empleador	Trabajador sector privado	<input type="checkbox"/>	Trabajador sector público	<input type="checkbox"/>	Pensionado	<input type="checkbox"/>		
Obrero sector público	<input type="checkbox"/>	Obrero sector privado	<input type="checkbox"/>	Trabajador por cuenta propia	<input type="checkbox"/>	Estudiante universitario:	<table border="1"> <tr> <td>Público</td> <td>Privado</td> </tr> </table>	Público	Privado
Público	Privado								

Si trabaja o trabajó ¿cuántos años tiene de ejercicio en el puesto?

Edad (Años)

Estado del país donde vives actualmente:

Sexo Femenino  Masculino

¿Cuántas personas viven en tu hogar? \_\_\_ personas

¿Cuántas veces sueles comer al día?

1 vez	2 veces	3 veces	Más de 3 veces
-------	---------	---------	----------------

¿Posees en la actualidad alguna enfermedad crónica? (ejemplo: diabetes, hipertensión, asma, cáncer) Sí

<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

¿Has recibido en los últimos 2 años algún tipo de ayuda psicológica? Sí

**¿Posees trabajo en la actualidad?**

Sí

No

**ANEXO K**  
**Carta a las instituciones**

Estimada institución: \_\_\_\_\_

Yo, Antonio Martins C.I V.- 19.291.042, licenciado en psicología, especialista en psicología clínica-comunitaria y estudiante del quinto semestre del Doctorado en Psicología de la Universidad Católica Andrés Bello (**UCAB**), me complazco en dirigirme a ustedes a fin de solicitar su valiosa colaboración para que sus estudiantes de educación básica y secundaria con edades comprendidas de 8 a 18 años de edad contesten un cuestionario, en su institución, en presencia del investigador y de forma individual; tal información es parte indispensable para completar mi trabajo doctoral. El objetivo del trabajo es evaluar la inseguridad alimentaria en función del grupo etario.

El carácter de los resultados generados a partir del estudio serán anónimos y confidenciales, por lo que aseguro que las respuestas obtenidas de sus estudiantes sólo serán utilizadas como datos para mi trabajo de investigación doctoral. Si al final lo desean puedo ofrecerles un informe general de la influencia de diversas variables sobre los indicadores de salud mental de sus estudiantes. Agradezco su tiempo, pues estoy en pleno conocimiento de sus compromisos y de las cargas laborales de su cuerpo docente.

Nuevamente, muchas gracias por su valiosa colaboración, me despido de ustedes:

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
Directora del Doctorado en Psicología (UCAB)

Dra. Yolanda Cañoto

Antonio Martins (Investigador) CI: V.- 19.291.042. Federación Venezolana de Psicólogos: 11.425

**ANEXO L**  
**Formato de Entrevista Semi-Estructurada utilizada**  
**para la Formulación de la Tabla de Especificaciones**  
**de la Escala de Inseguridad Alimentaria en el Hogar**

## Guion Formato de Entrevista de la Inseguridad Alimentaria

*El entrevistador debe introducir la entrevista, presentándose, explicando el objetivo de la investigación y dejando explícito que la participación de la persona es completamente voluntaria y anónima, esto último considerando que su nombre no será divulgado y que los resultados obtenidos, solo serán utilizados para fines de investigación.*

### Datos de Identificación

Siglas del Nombre del Evaluado. Puede ser un seudónimo inventado por el estudiante con el fin de seguir la secuencia de la transcripción y evitar suspicacia en el participante.

Edad

Sexo

Reseña sobre su trabajo

Ocupación: Trabajador sector privado (); Trabajador sector público (); Patrono o empleador (); Obrero sector público (); Obrero sector privado (); Trabajador por cuenta propia ()

1. Cuéntame un poco sobre tu trabajo actual y tu recorrido laboral

2. ¿Cuántos trabajos tienes actualmente?

3. Evaluando todo este recorrido del que me hablas me interesa conocer la situación alimentaria de tu hogar, si te pido que me describas ¿Cómo está la alimentación de tu hogar en la actualidad? ¿Qué me dirías?

4. Tomando en consideración la descripción que me acabas de ofrecer, ¿te has preocupado porque tú y los miembros que habitan en tu hogar no tengan suficiente comida?

5. En el caso de que la respuesta a la anterior pregunta sea afirmativa ¿Qué se suele hacer en tu hogar para afrontar esta situación?

6. A continuación, te voy a leer algunas de las respuestas que suelen asumir los hogares cuando acceder a los alimentos se hace complicado. Me gustaría que ante cada una de las cosas que te propongo, me puedas indicar si en tu familia han realizado eso o algo similar para afrontar la falta de alimentos:

- ✓ Comprar alimentos menos preferidos
- ✓ Reducir el tamaño de las comidas

- ✓ Los adultos del hogar disminuyen su cantidad de alimentos con el objetivo de favorecer a niños y adultos mayores.
- ✓ Se reducen el número de comidas por día
- ✓ Hacer uso de las cajas CLAP
- ✓ Venta de activos
- ✓ Uso deliberado de los ahorros
- ✓ Pedir prestado comida
- ✓ Hacer trueques de alimentos

7. En el caso de que te haya tocado ingeniarte una estrategia diferente ¿Cuál fue?

8. Si te pido que me relates tu peor o más dura experiencia en términos de alimentación presentada en tu núcleo familiar, ¿Qué me dirías? ¿Cómo la solventaron?

**ANEXO M**  
**Análisis de Confiabilidad para la Escala de Acceso de**  
**la Inseguridad Alimentaria de los Hogares**

### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.929	18

#### Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1. ¿te has preocupado porque tú y los miembros que habitan en tu hogar no tengan suficiente comida?	35.0499	103.748	.582	.927
2. ¿tú o cualquiera de los miembros que habitan en tu hogar no pudieron comer el tipo de comida que prefieren por falta de recursos?	35.3773	104.174	.726	.923
3. ¿tú o cualquiera de los miembros que habitan en tu hogar tuvieron que ingerir pocos alimentos debido a falta de recursos?	35.7379	104.521	.774	.923
4. ¿tú o cualquiera de los miembros que habitan en tu hogar, tuvieron que comer algunos alimentos que no querían debido a falta de recursos para obtener otro tipo de comida?	35.6214	104.327	.741	.923
5. ¿tú o cualquiera de los miembros que habitan en tu hogar tuvieron que comer cantidades más pequeñas de las que creen que necesitan debido a que no hay suficiente comida?	35.6477	103.623	.765	.922
6. ¿tú o cualquiera de los miembros que habitan en tu hogar ingirieron menos comidas al día debido a que no hay suficiente comida?	35.7614	104.682	.747	.923
7. no hubo comida de ninguna clase en su hogar debido a la falta de recursos para obtener los alimentos	36.1928	110.961	.511	.928
8. ¿tú o cualquiera de los miembros que habitan en tu hogar se fueron a dormir con hambre porque no había suficiente comida?	36.1581	109.947	.605	.927
9. En mi hogar, los ahorros se han usado para comprar comida	34.7490	102.286	.687	.924
10. Alguno de los miembros de mi hogar ha pedido dinero prestado para comprar alimentos	35.8571	107.723	.578	.927
11. Los adultos en mi hogar han vendido pertenencias para comprar alimentos	35.9806	107.433	.595	.926
12. Hemos pedido la colaboración de los vecinos o amigos para obtener alimentos	36.1928	110.861	.524	.928
13. El responsable de comprar la comida en mi hogar visita más de un lugar para obtener mejores precios	34.3232	105.452	.592	.926
14. Alguno de los miembros de mi hogar ha tenido que trabajar mucho para poder comprar alimentos	34.4965	104.092	.583	.927
15. Algún miembro de mi hogar ha dejado de hacer cosas que le gusta por ahorrar dinero para comprar comida	34.8988	100.274	.729	.923
16. En mi casa se suele comprar la comida en los lugares más baratos	34.4840	105.161	.634	.925
17. En mi familia se compran las cajas CLAP para facilitar nuestra alimentación	35.1886	101.648	.544	.930
18. Algún miembro de mi familia ha intercambiado alimentos con vecinos o amigos para que tengamos mayor cantidad de comida	35.8419	105.919	.598	.926

**ANEXO N**  
**Análisis Factorial Exploratorio para la Escala de**  
**Acceso de la Inseguridad Alimentaria de los Hogares**

EXPLAINED VARIANCE BASED ON EIGENVALUES			
Variable	Eigenvalue	Proportion of Variance	Cumulative Proportion of Variance
1	10.53611	0.58534	0.58534
2	1.51162	0.08398	
3	0.90584	0.05032	
4	0.77719	0.04318	
5	0.57571	0.03198	
6	0.50413	0.02801	
7	0.46753	0.02597	
8	0.44629	0.02479	
9	0.35243	0.01958	
10	0.34457	0.01914	
11	0.31381	0.01743	
12	0.24891	0.01383	
13	0.21712	0.01206	
14	0.20077	0.01115	
15	0.18979	0.01054	
16	0.16791	0.00933	
17	0.15434	0.00857	
18	0.08593	0.00477	

**ANEXO Ñ**  
**Análisis de Confiabilidad para la Escala de**  
**Estrategias de Afrontamiento al Estrés**

### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.819	18

### Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1. La experiencia siempre aporta algo positivo	66.3301	145.608	.374	.812
2. Pido ayuda a mis amigos sobre cómo actuar	68.2275	147.962	.266	.818
3. Encuentro a alguien en quien confiar y descargar mis emociones	67.2122	142.992	.341	.815
4. Me propongo cambiar la forma en que veía el problema	67.1276	139.292	.559	.802
5. Pienso en cosas diferentes a lo sucedido	67.3870	143.465	.405	.811
6. Intento aprender de todas las experiencias	66.1304	141.316	.551	.804
7. Me evado del problema haciendo cualquier cosa	67.9307	151.648	.141	.825
8. Me responsabilizo en hacer algo para eliminar el problema	66.9473	144.864	.343	.814
9. Busco consuelo en mis amigos	67.9667	143.104	.357	.814
10. Me empeño en sacar los aspectos positivos	66.6255	138.412	.577	.801
11. Procuo darles la vuelta a los problemas para ver lo más positivo	66.7379	136.019	.632	.797
12. Intento sacar lo que pueda tener de bueno a todo lo que está sucediendo	66.7767	137.538	.620	.799
13. Procuo olvidar mi aflicción	67.3315	142.333	.429	.809
14. Procuo distraerme para no pensar en el problema	66.9875	143.593	.385	.812
15. Preparo un plan para actuar	67.1359	141.737	.388	.812
16. Evito el problema concentrándome en otras actividades	67.3509	145.136	.313	.816
17. Los problemas sirven para madurar como persona	66.0915	144.667	.424	.810
18. Confío mis sentimientos a un amigo	67.7878	144.548	.299	.818

**ANEXO O**  
**Análisis Factorial Exploratorio para la Escala de**  
**Estrategias de Afrontamiento**

EXPLAINED VARIANCE BASED ON EIGENVALUES			
Variable	Eigenvalue	Proportion of Variance	Cumulative Proportion
1	4.98802	0.27711	0.27711
2	2.43540	0.13530	0.41241
3	1.94980	0.10832	0.52073
4	0.97522	0.05418	
5	0.88460	0.04914	
6	0.80339	0.04463	
7	0.75030	0.04168	
8	0.71328	0.03963	
9	0.68815	0.03823	
10	0.61548	0.03419	
11	0.57053	0.03170	
12	0.51478	0.02860	
13	0.46616	0.02590	
14	0.43227	0.02402	
15	0.36321	0.02018	
16	0.32184	0.01788	
17	0.28024	0.01557	
18	0.24733	0.01374	

Variable	F 1	F 2	F 3
Item1		0.591	
Item2			0.625
Item3			0.536
Item4		0.614	
Item5			
Item6		0.731	
Item7	0.517		
Item8		0.474	
Item9			0.817
Item10		0.777	
Item11		0.800	
Item12		0.791	
Item13	0.387	0.360	
Item14		0.801	
Item15		0.440	
Item16		0.698	
Item17		0.464	
Item18			0.809

**ANEXO P**  
**Análisis de Confiabilidad para la Escala de Diversidad**  
**Alimentaria**

### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.553	9

### Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1. Cereales, raíces o tubérculos (Maíz, arroz, pasta, trigo, soya, empanada, tequeño, pastelito, arepa, panqueca, pan canilla, pan cuadrado, tortillas de maíz o trigo, papa, ñame, yuca, casabe, ocumo).	4.8391	2.932	.057	.560
2. Tubérculos, verduras y frutas ricas en vitamina A (Auyama, zanahoria, batata. Mango, melón, durazno, lechosa, melocotón. Tanto enteras como en jugo).	5.2233	2.193	.372	.480
3. Verduras de hoja verde oscura (Lechuga, espinacas, berro, acelga)	5.4466	2.170	.399	.470
4. Otras verduras y frutas (Otras verduras (ej. tomate, cebolla, berenjena, pimentón) y otras frutas (ej. patilla, guayaba, naranja, mandarina)).	4.9861	2.511	.278	.517
5. Carne de vísceras (Hígado, riñón, corazón y otras carnes de vísceras.)	5.6338	2.619	.160	.550
6. Carnes y pescado (Carne de res, cerdo, pollo, pescado (ej. sardina, atún, roncodor) o mariscos (ej. vieiras, calamares, mejillones)).	5.0042	2.571	.206	.537
7. Huevos (Huevos de gallina)	5.0999	2.412	.259	.521
8. Legumbres, nueces y semillas (Frijoles, caraotas (roja, negra), arvejas, lentejas, garbanzos).	5.3675	2.308	.276	.517
9. Leche y productos lácteos (Leche, queso (ej. blanco, amarillo, suave, mozzarella, parmesano), yogurt y otros productos lácteos).	4.9792	2.615	.193	.540

**ANEXO Q**  
**Análisis de Confiabilidad para la Subescala de**  
**Depresión del Cuestionario de Salud General de**  
**Goldberg (GHQ-28)**

### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.892	17

### Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?	31.87	85.488	.606	.884
2. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?	32.19	87.809	.503	.888
3. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?	31.91	85.984	.477	.889
4. ¿Ha tenido dificultades para dormir seguido toda la noche?	31.96	84.838	.540	.887
5. ¿Ha tenido sensación de que todo se le viene encima?	31.72	83.618	.623	.883
6. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?	31.66	85.057	.571	.885
7. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?	31.81	88.867	.448	.889
8. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?	31.96	89.458	.400	.891
9. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?	31.84	88.783	.410	.891
10. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	32.14	89.459	.370	.892
11. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?	32.08	88.390	.459	.889
12. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?	32.27	85.358	.616	.884
13. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?	32.61	86.686	.643	.883
14. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?	32.64	85.743	.703	.882
15. ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse del medio"?	32.59	86.044	.591	.885
16. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?	32.57	85.551	.643	.883
17. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?	32.67	86.246	.664	.883

**ANEXO R**  
**Análisis de Confiabilidad para el Inventario de**  
**Ansiedad Estado para Adultos y Adolescentes (STAI)**

*Adultos***Estadísticas de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
.933	10

**Estadísticas de total de elemento**

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
3. Estoy tenso	28.70	38.680	.703	.928
4. Estoy contrariado	28.33	39.266	.730	.927
6. Me siento alterado	28.29	38.556	.749	.926
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	28.81	37.789	.692	.929
9. Me siento angustiado	28.54	37.398	.847	.920
12. Me siento nervioso	28.43	37.813	.800	.923
13. Estoy desasosegado	28.18	40.135	.720	.927
14. Me siento muy atado	28.42	39.342	.638	.931
17. Estoy preocupado	28.85	37.500	.791	.923
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	28.17	39.252	.708	.928

*Adolescentes***Estadísticas de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
.879	10

**Estadísticas de total de elemento**

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
3. Estoy tenso	6.65	28.638	.618	.867
4. Estoy contrariado	7.01	30.368	.550	.872
6. Me siento alterado	7.04	29.510	.664	.864
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	6.33	28.262	.596	.869
9. Me siento angustiado	6.72	27.250	.808	.852
12. Me siento nervioso	6.71	28.725	.613	.867
13. Estoy desasosegado	7.13	31.128	.465	.877
14. Me siento muy atado	6.93	29.239	.573	.870
17. Estoy preocupado	6.55	28.160	.645	.865
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	7.13	30.720	.542	.872

**ANEXO S**  
**Análisis de Confiabilidad para el Inventario de**  
**Ansiedad-Estado para niños (IDAREN)**

### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.875	10

### Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Bravo	24.18	14.401	.522	.869
Nervioso	24.35	12.908	.668	.858
Agitado	24.35	13.010	.633	.861
Miedoso	24.28	13.244	.691	.856
Preocupado	24.50	12.791	.612	.863
Asustado	24.26	13.375	.655	.859
Inquieto	24.40	12.972	.595	.864
Molesto	24.18	14.358	.540	.868
Aterrorizado	24.11	14.692	.553	.869
Confundido	24.37	13.175	.589	.865

**ANEXO T**  
**Análisis de Confiabilidad para el Children's**  
**Depression Inventory (CDI)**

### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.868	24

### Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Tristeza	8.3632	34.562	.519	.861
Expectativas Futuras	8.0149	33.685	.524	.860
Autoeficacia	8.2388	34.283	.477	.862
Capacidad de Diversión	8.1443	34.494	.409	.864
Soy Malo	8.3930	35.470	.370	.865
Autopercepción Fatalista	8.2836	34.124	.487	.861
Autopercepcion	8.3582	34.151	.623	.859
Culpa	8.2687	34.267	.486	.861
Ideación Suicida	8.3781	35.006	.499	.862
Llanto Facil	8.3284	33.462	.604	.858
Preocupacion	8.1194	33.426	.443	.863
Sentimientos de Alienación	8.2388	35.253	.317	.866
Toma de Decisiones	7.7811	34.652	.358	.865
Autopercepción Física	8.0647	33.531	.545	.859
Cumplimiento de Actividades	7.5373	34.860	.191	.876
Sueño	7.9403	33.286	.393	.866
Sensación de Cansancio	8.2886	35.036	.355	.865
Apetito	8.2338	34.790	.362	.865
Percepción de Soledad	8.1940	33.037	.636	.856
Diversión Escolar	8.1542	33.651	.486	.861
Relaciones Amistosas	7.9851	34.415	.343	.866
Rendimiento Academico	8.1891	34.314	.457	.862
Percepcion Interpersonal	7.4279	35.576	.528	.863
Percepcion de cariño	8.4030	35.132	.491	.863

**ANEXO U**  
**Matrices de Correlación Muestras Adultos,**  
**Adolescentes y Niños**

## Muestra de Adultos

## Correlaciones

	Sexo	Ansidad	Depresión	InseguridadAlimentaria	EstrategiasSoloproblemas	EstrategiasDisociativas	EstrategiasInterpersonales	DiversidadAlimentaria
Sexo	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	.055 .373 269	.130* .034 269	-.068 .267 269	-.052 .398 269	.049 .423 269	.318** .000 269	-.059 .331 269
Ansidad	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	1 .373 269	.690** .000 269	.313** .000 269	-.125* .040 269	.024 .695 269	.074 .223 269	-.111 .070 269
Depresión	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	.130* .034 269	1 .000 269	.221** .000 269	-.335** .000 269	.005 .933 269	.136* .026 269	-.175** .004 269
InseguridadAlimentaria	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	-.068 .267 269	.313** .000 269	1 .000 269	.001 .993 269	.124* .043 269	.003 .966 269	-.348** .000 269
EstrategiasSoloproblemas	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	-.052 .398 269	-.335** .000 269	.001 .993 269	1 .000 269	.236** .000 269	.207** .001 269	.255** .000 269
EstrategiasDisociativas	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	.049 .423 269	.005 .933 269	.124* .043 269	.236** .000 269	1 .000 269	.055 .366 269	.047 .446 269
EstrategiasInterpersonales	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	.318** .000 269	.136* .026 269	.003 .966 269	.207** .001 269	1 .000 269	1 .000 269	-.034 .576 269
DiversidadAlimentaria	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	-.059 .331 269	-.175** .004 269	-.348** .000 269	.255** .000 269	.047 .446 269	-.034 .576 269	1 269

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

\*\*.. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

## Muestra Adolescentes

## Correlaciones

	Sexo	InseguridadAlimentaria	EASolucionDeProblemas	EADisociativas	EAIInterpersonales	DiversidadAlimentaria	Depresion	Ansiidad
Sexo	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	1 .298 251	.181** .004 251	-.066 .839 251	-.194** .002 251	-.004 .948 251	-.287** .000 251	-.171** .007 251
InseguridadAlimentaria	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	1 .298 251	-.114 .072 251	.216** .001 251	-.139* .028 251	-.377** .000 251	.255** .000 251	.243** .000 251
EASolucionDeProblemas	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	.181** .004 251	1 .072 251	.286** .000 251	.100 .116 251	.184** .003 251	-.472** .000 251	-.265** .000 251
EADisociativas	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	-.013 .298 251	.216** .001 251	1 .072 251	.042 .116 251	-.149* .019 251	.003 .000 251	.009 .000 251
EAIInterpersonales	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	-.194** .002 251	-.139* .028 251	.100 .116 251	1 .076 251	.112 .076 251	.135* .033 251	.143* .024 251
DiversidadAlimentaria	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	-.004 .948 251	-.149* .019 251	.042 .112 251	1 .112 251	.170 .170 251	-.087 .170 251	-.078 .220 251
Depresion	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	-.287** .000 251	-.472** .000 251	.003 .961 251	.135* .033 251	-.087 .170 251	1 .170 251	.587** .000 251
Ansiidad	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	-.171** .007 251	-.265** .000 251	.009 .892 251	.143* .024 251	-.078 .220 251	.587** .000 251	1 .000 251

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

\* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

## Muestra de Niños

## Correlaciones

	Ansiedad	Depresión	Inseguridad Alimentaria	Diversidad Alimentaria	Estrategias de Afrontamiento de Solución de Problemas	EADisociativas	EAIinterpersonales	Sexo
Ansiedad	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	.436** .000	.299** .000	-.143* .043	-.203** .004	-.110 .120	.031 .665	-.108 .125
	N	201	201	201	201	201	201	201
Depresión	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	.436** .000	.293** .000	-.309** .000	-.488** .000	-.162* .021	-.050 .482	-.155* .028
	N	201	201	201	201	201	201	201
Inseguridad Alimentaria	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	.299** .000	.293** .000	1 -.425**	-.105 .138	-.021 .765	.023 .751	.075 .292
	N	201	201	201	201	201	201	201
Diversidad Alimentaria	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	-.143* .043	-.309** .000	1 -.425**	.199** .005	.083 .240	.027 .705	-.014 .845
	N	201	201	201	201	201	201	201
Estrategias de Afrontamiento de Solución de Problemas	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	-.203** .004	-.488** .000	-.105 .138	1 .005	.422** .000	.288** .000	.025 .728
	N	201	201	201	201	201	201	201
EADisociativas	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	-.110 .120	-.162* .021	-.021 .765	.422** .000	1 .000	.144* .041	.035 .624
	N	201	201	201	201	201	201	201
EAIinterpersonales	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	.031 .665	-.050 .482	.023 .751	.288** .000	.144* .041	1 .000	-.006 .930
	N	201	201	201	201	201	201	201
Sexo	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	-.108 .125	-.155* .028	.075 .292	.025 .728	.035 .624	-.006 .930	1 .000
	N	201	201	201	201	201	201	201

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

\* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

**ANEXO V**  
**Modelo de Regresión para los Síntomas Depresivos**  
**(Muestra Adultos)**

**Resumen del modelo<sup>b</sup>**

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Durbin-Watson
1	.460 <sup>a</sup>	.212	.194	.52838	1.828

a. Predictores: (Constante), Sexo, EstrategiasDisociativas, DiversidadAlimentaria, EstrategiasInterpersonales, InseguridadAlimentaria, EstrategiasSoluProblemas

b. Variable dependiente: Depresión

**ANOVA<sup>a</sup>**

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	19.638	6	3.273	11.723	.000 <sup>b</sup>
	Residuo	73.147	262	.279		
	Total	92.785	268			

a. Variable dependiente: Depresión

b. Predictores: (Constante), Sexo, EstrategiasDisociativas, DiversidadAlimentaria, EstrategiasInterpersonales, InseguridadAlimentaria, EstrategiasSoluProblemas

**Coefficientes<sup>a</sup>**

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
		B	Desv. Error	Beta		
1	(Constante)	2.160	.272		7.955	.000
	EstrategiasSoluProblemas	-.277	.043	-.387	-6.415	.000
	EstrategiasDisociativas	.034	.035	.055	.964	.336
	EstrategiasInterpersonales	.100	.031	.193	3.228	.001
	InseguridadAlimentaria	.229	.062	.221	3.715	.000
	DiversidadAlimentaria	.003	.022	.008	.136	.892
	Sexo	.072	.069	.061	1.041	.299

a. Variable dependiente: Depresión

**Estadísticas de residuos<sup>a</sup>**

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación	N
Valor pronosticado	1.1271	2.7308	1.8863	.27070	269
Residuo	-1.37820	1.87199	.00000	.52243	269
Desv. Valor pronosticado	-2.804	3.120	.000	1.000	269
Desv. Residuo	-2.608	3.543	.000	.989	269

a. Variable dependiente: Depresión

**ANEXO W**  
**Modelo de Regresión para los Síntomas Ansiosos**  
**(Muestra Adultos)**

**Resumen del modelo<sup>b</sup>**

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Durbin-Watson
1	.357 <sup>a</sup>	.127	.107	.64958	1.985

a. Predictores: (Constante), Sexo, EstrategiasDisociativas, DiversidadAlimentaria, EstrategiasInterpersonales, InseguridadAlimentaria, EstrategiasSoluProblemas

b. Variable dependiente: Ansiedad

**ANOVA<sup>a</sup>**

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	16.132	6	2.689	6.372	.000 <sup>b</sup>
	Residuo	110.551	262	.422		
	Total	126.683	268			

a. Variable dependiente: Ansiedad

b. Predictores: (Constante), Sexo, EstrategiasDisociativas, DiversidadAlimentaria, EstrategiasInterpersonales, InseguridadAlimentaria, EstrategiasSoluProblemas

**Coefficientes<sup>a</sup>**

Modelo		Coefficients no estandarizados		Coefficients estandarizados	t	Sig.
		B	Desv. Error			
1	(Constante)	1.196	.334		3.582	.000
	EstrategiasSoluProblemas	-.132	.053	-.158	-2.487	.014
	EstrategiasDisociativas	.008	.043	.011	.179	.858
	EstrategiasInterpersonales	.057	.038	.094	1.499	.135
	InseguridadAlimentaria	.401	.076	.331	5.284	.000
	DiversidadAlimentaria	.021	.027	.050	.776	.438
	Sexo	.057	.085	.041	.670	.504

a. Variable dependiente: Ansiedad

**Estadísticas de residuos<sup>a</sup>**

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación	N
Valor pronosticado	1.2296	2.7381	1.8364	.24535	269
Residuo	-1.15702	2.15537	.00000	.64226	269
Desv. Valor pronosticado	-2.473	3.675	.000	1.000	269
Desv. Residuo	-1.781	3.318	.000	.989	269

a. Variable dependiente: Ansiedad

**ANEXO Y**  
**Modelo de Regresión para las Estrategias de**  
**Afrontamiento ligadas a la Solución de Problemas**  
**(Muestra Adultos)**

**Resumen del modelo<sup>b</sup>**

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Durbin-Watson
1	.274 <sup>a</sup>	.075	.065	.79614	1.974

a. Predictores: (Constante), Sexo, DiversidadAlimentaria, InseguridadAlimentaria

b. Variable dependiente: EstrategiasSoluProblemas

**ANOVA<sup>a</sup>**

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	13.614	3	4.538	7.160	.000 <sup>b</sup>
	Residuo	167.966	265	.634		
	Total	181.580	268			

a. Variable dependiente: EstrategiasSoluProblemas

b. Predictores: (Constante), Sexo, DiversidadAlimentaria, InseguridadAlimentaria

**Coefficientes<sup>a</sup>**

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
		B	Desv. Error	Beta		
1	(Constante)	3.498	.331		10.568	.000
	InseguridadAlimentaria	.143	.092	.099	1.561	.120
	DiversidadAlimentaria	.144	.032	.288	4.551	.000
	Sexo	-.046	.098	-.028	-.469	.639

a. Variable dependiente: EstrategiasSoluProblemas

**Estadísticas de residuos<sup>a</sup>**

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación	N
Valor pronosticado	4.0333	5.2434	4.6188	.22539	269
Residuo	-2.75568	1.86824	.00000	.79167	269
Desv. Valor pronosticado	-2.597	2.771	.000	1.000	269
Desv. Residuo	-3.461	2.347	.000	.994	269

a. Variable dependiente: EstrategiasSoluProblemas

**ANEXO Z**  
**Modelo de Regresión para las Estrategias de**  
**Afrontamiento Disociativas (Muestra Adultos)**

**Resumen del modelo<sup>b</sup>**

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Durbin-Watson
1	.170 <sup>a</sup>	.029	.018	.95468	1.846

a. Predictores: (Constante), Sexo, DiversidadAlimentaria, InseguridadAlimentaria

b. Variable dependiente: EstrategiasDisociativas

**ANOVA<sup>a</sup>**

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	7.165	3	2.388	2.620	.051 <sup>b</sup>
	Residuo	241.526	265	.911		
	Total	248.691	268			

a. Variable dependiente: EstrategiasDisociativas

b. Predictores: (Constante), Sexo, DiversidadAlimentaria, InseguridadAlimentaria

**Coefficientes<sup>a</sup>**

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
		B	Desv. Error			
1	(Constante)	2.389	.397		6.018	.000
	InseguridadAlimentaria	.281	.110	.166	2.555	.011
	DiversidadAlimentaria	.064	.038	.108	1.671	.096
	Sexo	.129	.118	.067	1.096	.274

a. Variable dependiente: EstrategiasDisociativas

**Estadísticas de residuos<sup>a</sup>**

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación	N
Valor pronosticado	2.9996	3.8959	3.4461	.16350	269
Residuo	-2.50921	2.61447	.00000	.94932	269
Desv. Valor pronosticado	-2.731	2.751	.000	1.000	269
Desv. Residuo	-2.628	2.739	.000	.994	269

a. Variable dependiente: EstrategiasDisociativas

**ANEXO A1**  
**Modelo de Regresión para las Estrategias de**  
**Afrontamiento Interpersonales (Muestra Adultos)**

**Resumen del modelo<sup>b</sup>**

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Durbin-Watson
1	.319 <sup>a</sup>	.102	.091	1.08559	1.793

a. Predictores: (Constante), Sexo, DiversidadAlimentaria, InseguridadAlimentaria

b. Variable dependiente: EstrategiasInterpersonales

**ANOVA<sup>a</sup>**

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	35.319	3	11.773	9.990	.000 <sup>b</sup>
	Residuo	312.305	265	1.179		
	Total	347.624	268			

a. Variable dependiente: EstrategiasInterpersonales

b. Predictores: (Constante), Sexo, DiversidadAlimentaria, InseguridadAlimentaria

**Coefficientes<sup>a</sup>**

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados Beta	t	Sig.
		B	Desv. Error			
1	(Constante)	2.793	.451		6.189	.000
	InseguridadAlimentaria	.043	.125	.022	.346	.730
	DiversidadAlimentaria	-.005	.043	-.008	-.124	.901
	Sexo	.728	.134	.319	5.440	.000

a. Variable dependiente: EstrategiasInterpersonales

**Estadísticas de residuos<sup>a</sup>**

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación	N
Valor pronosticado	2.8154	3.6734	3.2590	.36303	269
Residuo	-2.57852	2.82557	.00000	1.07950	269
Desv. Valor pronosticado	-1.222	1.141	.000	1.000	269
Desv. Residuo	-2.375	2.603	.000	.994	269

a. Variable dependiente: EstrategiasInterpersonales

**ANEXO B1**  
**Modelo de Regresión para los Síntomas Depresivos**  
**(Muestra Adolescentes)**

**Resumen del modelo<sup>b</sup>**

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Durbin-Watson
1	.585 <sup>a</sup>	.343	.326	.47595	1.717

a. Predictores: (Constante), DiversidadAlimentaria, Sexo, EADisociativas, EAInterpersonales, EASolucionDeProblemas, InseguridadAlimentaria

b. Variable dependiente: Depresion

**ANOVA<sup>a</sup>**

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	28.800	6	4.800	21.189	.000 <sup>b</sup>
	Residuo	55.273	244	.227		
	Total	84.072	250			

a. Variable dependiente: Depresion

b. Predictores: (Constante), DiversidadAlimentaria, Sexo, EADisociativas, EAInterpersonales, EASolucionDeProblemas, InseguridadAlimentaria

**Coefficientes<sup>a</sup>**

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
		B	Desv. Error	Beta		
1	(Constante)	2.372	.254		9.346	.000
	Sexo	-.180	.065	-.151	-2.777	.006
	InseguridadAlimentaria	.227	.059	.224	3.876	.000
	EASolucionDeProblemas	-.321	.039	-.478	-8.312	.000
	EADisociativas	.052	.031	.094	1.656	.099
	EAInterpersonales	.081	.026	.171	3.170	.002
	DiversidadAlimentaria	.027	.019	.079	1.383	.168

a. Variable dependiente: Depresion

**Estadísticas de residuos<sup>a</sup>**

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación	N
Valor pronosticado	1.1356	2.9441	2.0091	.33941	251
Residuo	-1.12055	1.31655	.00000	.47020	251
Desv. Valor pronosticado	-2.574	2.755	.000	1.000	251
Desv. Residuo	-2.354	2.766	.000	.988	251

a. Variable dependiente: Depresion

**ANEXO C1**  
**Modelo de Regresión para los Síntomas Ansiosos**  
**(Muestra Adolescentes)**

**Resumen del modelo<sup>b</sup>**

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Durbin-Watson
1	.404 <sup>a</sup>	.163	.142	.55236	2.002

a. Predictores: (Constante), DiversidadAlimentaria, Sexo, EADisociativas, EAInterpersonales, EASolucionDeProblemas, InseguridadAlimentaria

b. Variable dependiente: Ansiedad

**ANOVA<sup>a</sup>**

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	14.488	6	2.415	7.914	.000 <sup>b</sup>
	Residuo	74.444	244	.305		
	Total	88.932	250			

a. Variable dependiente: Ansiedad

b. Predictores: (Constante), DiversidadAlimentaria, Sexo, EADisociativas, EAInterpersonales, EASolucionDeProblemas, InseguridadAlimentaria

**Coefficientes<sup>a</sup>**

Modelo		Coefficients no estandarizados		Coefficients estandarizados	t	Sig.
		B	Desv. Error	Beta		
1	(Constante)	.598	.294		2.031	.043
	Sexo	-.089	.075	-.072	-1.178	.240
	InseguridadAlimentaria	.255	.068	.245	3.760	.000
	EASolucionDeProblemas	-.178	.045	-.258	-3.980	.000
	EADisociativas	.016	.037	.028	.431	.667
	EAInterpersonales	.089	.030	.182	2.982	.003
	DiversidadAlimentaria	.016	.022	.046	.703	.483

a. Variable dependiente: Ansiedad

**Estadísticas de residuos<sup>a</sup>**

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación	N
Valor pronosticado	.1414	1.4422	.7578	.24073	251
Residuo	-1.01038	2.04770	.00000	.54569	251
Desv. Valor pronosticado	-2.560	2.843	.000	1.000	251
Desv. Residuo	-1.829	3.707	.000	.988	251

a. Variable dependiente: Ansiedad

**ANEXO D1**  
**Modelo de Regresión para las Estrategias de**  
**Afrontamiento ligadas a la Solución de Problemas**  
**(Muestra Adolescentes)**

**Resumen del modelo<sup>b</sup>**

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Durbin-Watson
1	.261 <sup>a</sup>	.068	.057	.83791	1.848

a. Predictores: (Constante), DiversidadAlimentaria, Sexo, InseguridadAlimentaria

b. Variable dependiente: EASolucionDeProblemas

**ANOVA<sup>a</sup>**

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	12.662	3	4.221	6.012	.001 <sup>b</sup>
	Residuo	173.418	247	.702		
	Total	186.080	250			

a. Variable dependiente: EASolucionDeProblemas

b. Predictores: (Constante), DiversidadAlimentaria, Sexo, InseguridadAlimentaria

**Coefficientes<sup>a</sup>**

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
		B	Desv. Error			
1	(Constante)	3.739	.336		11.115	.000
	Sexo	.318	.109	.179	2.909	.004
	InseguridadAlimentaria	-.057	.100	-.038	-.567	.571
	DiversidadAlimentaria	.085	.033	.170	2.569	.011

a. Variable dependiente: EASolucionDeProblemas

**Estadísticas de residuos<sup>a</sup>**

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación	N
Valor pronosticado	3.8142	4.7626	4.2576	.22505	251
Residuo	-2.51753	1.76093	.00000	.83287	251
Desv. Valor pronosticado	-1.970	2.244	.000	1.000	251
Desv. Residuo	-3.005	2.102	.000	.994	251

a. Variable dependiente: EASolucionDeProblemas

**ANEXO E1**  
**Modelo de Regresión para las Estrategias de**  
**Afrontamiento Disociativas (Muestra Adolescentes)**

**Resumen del modelo<sup>b</sup>**

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Durbin-Watson
1	.228 <sup>a</sup>	.052	.040	1.02433	1.626

a. Predictores: (Constante), Sexo, DiversidadAlimentaria, InseguridadAlimentaria

b. Variable dependiente: EADisociativas

**ANOVA<sup>a</sup>**

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	14.171	3	4.724	4.502	.004 <sup>b</sup>
	Residuo	259.167	247	1.049		
	Total	273.338	250			

a. Variable dependiente: EADisociativas

b. Predictores: (Constante), Sexo, DiversidadAlimentaria, InseguridadAlimentaria

**Coefficientes<sup>a</sup>**

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
		B	Desv. Error	Beta		
1	(Constante)	3.354	.411		8.155	.000
	InseguridadAlimentaria	.340	.122	.186	2.776	.004
	DiversidadAlimentaria	-.047	.040	-.078	-1.173	.242
	Sexo	-.002	.134	-.001	-.015	.988

a. Variable dependiente: EADisociativas

**Estadísticas de residuos<sup>a</sup>**

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación	N
Valor pronosticado	3.2665	4.3425	3.7331	.23809	251
Residuo	-3.03012	2.35430	.00000	1.01817	251
Desv. Valor pronosticado	-1.960	2.560	.000	1.000	251
Desv. Residuo	-2.958	2.298	.000	.994	251

a. Variable dependiente: EADisociativas

**ANEXO F1**  
**Modelo de Regresión para las Estrategias de**  
**Afrontamiento Interpersonales (Muestra**  
**Adolescentes)**

**Resumen del modelo<sup>b</sup>**

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Durbin-Watson
1	.253 <sup>a</sup>	.064	.053	1.18941	1.800

a. Predictores: (Constante), Sexo, DiversidadAlimentaria, InseguridadAlimentaria

b. Variable dependiente: EAInterpersonales

**ANOVA<sup>a</sup>**

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	23.860	3	7.953	5.622	.001 <sup>b</sup>
	Residuo	349.432	247	1.415		
	Total	373.293	250			

a. Variable dependiente: EAInterpersonales

b. Predictores: (Constante), Sexo, DiversidadAlimentaria, InseguridadAlimentaria

**Coefficientes<sup>a</sup>**

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
		B	Desv. Error			
1	(Constante)	3.850	.478		8.064	.000
	InseguridadAlimentaria	-.273	.142	-.128	-1.923	.056
	DiversidadAlimentaria	.045	.047	.063	.947	.345
	Sexo	-.508	.155	-.202	-3.271	.001

a. Variable dependiente: EAInterpersonales

**Estadísticas de residuos<sup>a</sup>**

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación	N
Valor pronosticado	2.5648	3.9776	3.3904	.30894	251
Residuo	-2.64655	2.71593	.00000	1.18226	251
Desv. Valor pronosticado	-2.673	1.901	.000	1.000	251
Desv. Residuo	-2.225	2.283	.000	.994	251

a. Variable dependiente: EAInterpersonales

**ANEXO G1**  
**Modelo de Regresión para los Síntomas Depresivos**  
**(Muestra Niños)**

**Resumen del modelo<sup>b</sup>**

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Durbin-Watson
1	.589 <sup>a</sup>	.347	.326	.20856	1.899

a. Predictores: (Constante), Diversidad Alimentaria, Sexo, EAlnterpersonales, EADisociativas, Inseguridad Alimentaria, Estrategias de Afrontamiento de Solución de Problemas

b. Variable dependiente: Depresion

**ANOVA<sup>a</sup>**

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	4.475	6	.746	17.148	.000 <sup>b</sup>
	Residuo	8.438	194	.043		
	Total	12.914	200			

a. Variable dependiente: Depresion

b. Predictores: (Constante), Diversidad Alimentaria, Sexo, EAlnterpersonales, EADisociativas, Inseguridad Alimentaria, Estrategias de Afrontamiento de Solución de Problemas

**Coefficientes<sup>a</sup>**

Modelo		Coefficients no estandarizados		Coefficients estandarizados	t	Sig.
		B	Desv. Error			
1	(Constante)	.756	.109		6.914	.000
	Sexo	-.082	.030	-.161	-2.766	.006
	Estrategias de Afrontamiento de Solución de Problemas	-.118	.017	-.479	-7.111	.000
	EADisociativas	.012	.015	.050	.778	.437
	EAlnterpersonales	.017	.013	.079	1.306	.193
	Inseguridad Alimentaria	.076	.025	.194	3.017	.003
	Diversidad Alimentaria	-.019	.009	-.139	-2.142	.033

a. Variable dependiente: Depresion

**Estadísticas de residuos<sup>a</sup>**

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación	N
Valor pronosticado	-.0145	.7348	.3539	.14959	201
Residuo	-.39137	.95792	.00000	.20541	201
Desv. Valor pronosticado	-2.462	2.547	.000	1.000	201
Desv. Residuo	-1.877	4.593	.000	.985	201

a. Variable dependiente: Depresion

**ANEXO H1**  
**Modelo de Regresión para los Síntomas Ansiosos**  
**(Muestra Niños)**

**Resumen del modelo<sup>b</sup>**

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Durbin-Watson
1	.377 <sup>a</sup>	.142	.115	.38122	2.015

a. Predictores: (Constante), Diversidad Alimentaria, Sexo, EAInterpersonales, EADisociativas, Inseguridad Alimentaria, Estrategias de Afrontamiento de Solución de Problemas

b. Variable dependiente: Ansiedad

**ANOVA<sup>a</sup>**

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	4.666	6	.778	5.351	.000 <sup>b</sup>
	Residuo	28.194	194	.145		
	Total	32.860	200			

a. Variable dependiente: Ansiedad

b. Predictores: (Constante), Diversidad Alimentaria, Sexo, EAInterpersonales, EADisociativas, Inseguridad Alimentaria, Estrategias de Afrontamiento de Solución de Problemas

**Coefficientes<sup>a</sup>**

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados Beta	t	Sig.
		B	Desv. Error			
1	(Constante)	1.214	.200		6.075	.000
	Sexo	-.100	.054	-.124	-1.857	.065
	Estrategias de Afrontamiento de Solución de Problemas	-.070	.030	-.180	-2.326	.021
	EADisociativas	-.014	.027	-.037	-.497	.619
	EAInterpersonales	.027	.024	.080	1.148	.252
	Inseguridad Alimentaria	.184	.046	.294	3.987	.000
	Diversidad Alimentaria	.004	.017	.017	.227	.821

a. Variable dependiente: Ansiedad

**Estadísticas de residuos<sup>a</sup>**

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación	N
Valor pronosticado	.9028	1.6828	1.3000	.15274	201
Residuo	-.55251	1.71278	.00000	.37546	201
Desv. Valor pronosticado	-2.600	2.506	.000	1.000	201
Desv. Residuo	-1.449	4.493	.000	.985	201

a. Variable dependiente: Ansiedad

**ANEXO I1**  
**Modelo de Regresión para las Estrategias de**  
**Afrontamiento ligadas a la Solución de Problemas**  
**(Muestra Niños)**

**Resumen del modelo<sup>b</sup>**

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Durbin-Watson
1	.202 <sup>a</sup>	.041	.026	1.02075	1.962

a. Predictores: (Constante), Diversidad Alimentaria, Sexo, Inseguridad Alimentaria

b. Variable dependiente: Estrategias de Afrontamiento de Solución de Problemas

**ANOVA<sup>a</sup>**

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	8.760	3	2.920	2.803	.041 <sup>b</sup>
	Residuo	205.259	197	1.042		
	Total	214.019	200			

a. Variable dependiente: Estrategias de Afrontamiento de Solución de Problemas

b. Predictores: (Constante), Diversidad Alimentaria, Sexo, Inseguridad Alimentaria

**Coefficientes<sup>a</sup>**

Modelo		Coefficients no estandarizados		Coefficients estandarizados Beta	t	Sig.
		B	Desv. Error			
1	(Constante)	3.766	.435		8.661	.000
	Sexo	.061	.145	.029	.420	.675
	Inseguridad Alimentaria	-.044	.123	-.028	-.357	.721
	Diversidad Alimentaria	.107	.044	.188	2.433	.016

a. Variable dependiente: Estrategias de Afrontamiento de Solución de Problemas

**Estadísticas de residuos<sup>a</sup>**

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación	N
Valor pronosticado	3.8253	4.7422	4.3134	.20929	201
Residuo	-2.43744	2.07736	.00000	1.01306	201
Desv. Valor pronosticado	-2.332	2.049	.000	1.000	201
Desv. Residuo	-2.388	2.035	.000	.992	201

a. Variable dependiente: Estrategias de Afrontamiento de Solución de Problemas

**ANEXO J1**  
**Modelo de Regresión para las Estrategias**  
**Disociativas (Muestra Niños)**

**Resumen del modelo**

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
1	.092 <sup>a</sup>	.008	-.007	1.09124

a. Predictores: (Constante), Diversidad Alimentaria, Sexo, Inseguridad Alimentaria

**ANOVA<sup>a</sup>**

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	1.988	3	.663	.557	.644 <sup>b</sup>
	Residuo	234.590	197	1.191		
	Total	236.578	200			

a. Variable dependiente: EADisociativas

b. Predictores: (Constante), Diversidad Alimentaria, Sexo, Inseguridad Alimentaria

**Coefficientes<sup>a</sup>**

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
		B	Desv. Error			
1	(Constante)	3.416	.465		7.348	.000
	Diversidad Alimentaria	.054	.047	.090	1.147	.253
	Inseguridad Alimentaria	.024	.132	.014	.184	.854
	Sexo	.076	.155	.035	.491	.624

a. Variable dependiente: EADisociativas

**Estadísticas de residuos<sup>a</sup>**

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación	N
Valor pronosticado	3.6011	4.0412	3.8093	.09970	201
Residuo	-2.54733	2.38945	.00000	1.08303	201
Desv. Valor pronosticado	-2.088	2.326	.000	1.000	201
Desv. Residuo	-2.334	2.190	.000	.992	201

a. Variable dependiente: EADisociativas

**ANEXO K1**  
**Modelo de Regresión para las Estrategias**  
**Interpersonales (Muestra Niños)**

**Resumen del modelo<sup>b</sup>**

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Durbin-Watson
1	.047 <sup>a</sup>	.002	-.013	1.19082	2.001

a. Predictores: (Constante), Diversidad Alimentaria, Sexo, Inseguridad Alimentaria

b. Variable dependiente: EInterpersonales

**ANOVA<sup>a</sup>**

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	.616	3	.205	.145	.933 <sup>b</sup>
	Residuo	279.358	197	1.418		
	Total	279.975	200			

a. Variable dependiente: EInterpersonales

b. Predictores: (Constante), Diversidad Alimentaria, Sexo, Inseguridad Alimentaria

**Coefficientes<sup>a</sup>**

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
		B	Desv. Error	Beta		
1	(Constante)	2.824	.507		5.566	.000
	Diversidad Alimentaria	.029	.051	.045	.567	.571
	Inseguridad Alimentaria	.077	.144	.042	.535	.593
	Sexo	-.021	.169	-.009	-.122	.903

a. Variable dependiente: EInterpersonales

**Estadísticas de residuos<sup>a</sup>**

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación	N
Valor pronosticado	3.0002	3.2939	3.1393	.05552	201
Residuo	-2.16847	2.86054	.00000	1.18186	201
Desv. Valor pronosticado	-2.505	2.785	.000	1.000	201
Desv. Residuo	-1.821	2.402	.000	.992	201

a. Variable dependiente: EInterpersonales

**ANEXO L1**  
**Matriz de Correlaciones entre la Inseguridad Alimentaria, la Ansiedad y Depresión con la Ocupación como Moderadora**

## Correlaciones

Ocupación			InseguridadAlimentaria	Depresión	Ansiedad
Patrono o empleador	InseguridadAlimentaria	Correlación de Pearson	1	1.000**	1.000**
		Sig. (bilateral)		.	.
		N	2	2	2
	Depresión	Correlación de Pearson	1.000**	1	1.000**
		Sig. (bilateral)	.	.	.
		N	2	2	2
	Ansiedad	Correlación de Pearson	1.000**	1.000**	1
		Sig. (bilateral)	.	.	.
		N	2	2	2
Trabajador por cuenta propia	InseguridadAlimentaria	Correlación de Pearson	1	.289*	.318*
		Sig. (bilateral)		.038	.022
		N	52	52	52
	Depresión	Correlación de Pearson	.289*	1	.544**
		Sig. (bilateral)	.038		.000
		N	52	52	52
	Ansiedad	Correlación de Pearson	.318*	.544**	1
		Sig. (bilateral)	.022	.000	
		N	52	52	52
Trabajador sector privado	InseguridadAlimentaria	Correlación de Pearson	1	.164	.304**
		Sig. (bilateral)		.154	.007
		N	77	77	77
	Depresión	Correlación de Pearson	.164	1	.661**
		Sig. (bilateral)	.154		.000
		N	77	77	77
	Ansiedad	Correlación de Pearson	.304**	.661**	1
		Sig. (bilateral)	.007	.000	
		N	77	77	77
Trabajador sector publico	InseguridadAlimentaria	Correlación de Pearson	1	.270	.509**
		Sig. (bilateral)		.063	.000
		N	48	48	48
	Depresión	Correlación de Pearson	.270	1	.725**
		Sig. (bilateral)	.063		.000
		N	48	48	48
	Ansiedad	Correlación de Pearson	.509**	.725**	1
		Sig. (bilateral)	.000	.000	
		N	48	48	48
Estudiante sector privado	InseguridadAlimentaria	Correlación de Pearson	1	.419**	.437**
		Sig. (bilateral)		.003	.002
		N	49	49	49
	Depresión	Correlación de Pearson	.419**	1	.765**
		Sig. (bilateral)	.003		.000
		N	49	49	49
	Ansiedad	Correlación de Pearson	.437**	.765**	1
		Sig. (bilateral)	.002	.000	
		N	49	49	49
Estudiante sector publico	InseguridadAlimentaria	Correlación de Pearson	1	.212	.141
		Sig. (bilateral)		.486	.646
		N	13	13	13
	Depresión	Correlación de Pearson	.212	1	.883**
		Sig. (bilateral)	.486		.000
		N	13	13	13
	Ansiedad	Correlación de Pearson	.141	.883**	1
		Sig. (bilateral)	.646	.000	
		N	13	13	13
Obrero sector privado	InseguridadAlimentaria	Correlación de Pearson	1	.509*	.458*
		Sig. (bilateral)		.016	.032
		N	22	22	22
	Depresión	Correlación de Pearson	.509*	1	.768**
		Sig. (bilateral)	.016		.000
		N	22	22	22
	Ansiedad	Correlación de Pearson	.458*	.768**	1
		Sig. (bilateral)	.032	.000	
		N	22	22	22
Obrero sector publico	InseguridadAlimentaria	Correlación de Pearson	1	.558	.612
		Sig. (bilateral)		.250	.197
		N	6	6	6
	Depresión	Correlación de Pearson	.558	1	.641
		Sig. (bilateral)	.250		.170
		N	6	6	6
	Ansiedad	Correlación de Pearson	.612	.641	1
		Sig. (bilateral)	.197	.170	
		N	6	6	6

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

\* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).