

## La inseguridad alimentaria como determinante del estrés postraumático y factor de riesgo en la salud mental de jóvenes en Caracas

*Food insecurity as a determinant of post-traumatic stress and a risk factor in mental health of young people from Caracas*

Martins, A. \*

### Resumen

El objetivo de la presente investigación fue 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, al tiempo que se pretendió verificar cómo estas variables se relacionan entre sí en jóvenes de Caracas-Venezuela. Se planteó un análisis de rutas para obtener las influencias directas e indirectas de las variables planteadas sobre los síntomas postraumáticos, en una muestra de 300 adolescentes escolares, con edades comprendidas entre 12 y 19 años. Los resultados indicaron que los jóvenes presentaron niveles leves de inseguridad alimentaria. Las distintos síntomas postraumáticos se vieron influenciados por la depresión ( $\beta=0.54$ ;  $p=0.000$ ), la ansiedad ( $\beta=0.39$ ;  $p=0.000$ ) y en menor medida por la inseguridad

alimentaria ( $\beta=0.08$ ;  $p=0.000$ ). Por su parte fueron estos síntomas de depresión ( $\beta=0.20$ ;  $p=0.000$ ) y ansiedad ( $\beta=0.37$ ;  $p=0.000$ ), los que se fueron predichos notablemente por la inseguridad alimentaria. Se discuten además influencias indirectas de la inseguridad sobre la alteración en la percepción de sí mismo y otros.

*Palabras claves:* Inseguridad alimentaria, síntomas de estrés postraumático, depresión, ansiedad, diversidad alimentaria.

### Abstract

The objective of this research was to evaluate the results from an interdisciplinary perspective of the influence of insecurity and food diversity, general mental health, age and gender on the symptoms of post-traumatic stress, at the same time, tries to verify how these variables relate to each other in young people from Caracas-Venezuela. A path

---

\*Licenciado en Psicología, Universidad Católica Andrés Bello (UCAB). Especialista en Psicología Clínica-Comunitaria UCAB. Profesor Asistente en las asignaturas de Psicometría y Asesoramiento Psicológico, Escuela de Psicología UCAB. Correo electrónico: antoniomartins422@gmail.com  
Fecha de recepción: 18 de abril de 2017 - Fecha de aceptación: 16 de mayo de 2017

Agradecimientos: Este trabajo fue realizado con la valiosa colaboración de estudiantes de Cuarto año de psicología de la UCAB (2016-2017), en el marco del proyecto bautizado “Así siento el hambre”.

analysis was settled to obtain the direct and indirect influences of the variables raised in the posttraumatic symptoms, in a sample of 300 school adolescents, with ages between 12 and 19 years old. The results indicated that young people presented slight levels of food insecurity. The different posttraumatic symptoms was influenced by depression ( $\beta = 0.54$ ;  $p = 0.000$ ), anxiety ( $\beta = 0.39$ ,  $p = 0.000$ ) and a lesser extent by food insecurity ( $\beta = 0.08$ ;  $p = 0.000$ ). On the other hand, these symptoms of depression ( $\beta = 0.20$ ,  $p = 0.000$ ) and anxiety ( $\beta = 0.37$ ,  $p = 0.000$ ) were predicted by food insecurity. In addition, it was discussed indirect influences of insecurity on the alteration in the perception of oneself and others.

*Key Words:* Food insecurity, Symptoms of posttraumatic stress, depression, anxiety, Food diversity.

## Introducción

En su obra *“psicoterapia políticamente reflexiva”* Llorens (2015) psicólogo clínico, con trayectoria de investigación en contextos de pobreza venezolanos, relata una anécdota experimentada como supervisor de una joven estudiante de psicología clínica, que se enfrentaba a sus primeras prácticas asistenciales en sectores populares de Caracas. Esa terapeuta le narró una experiencia: una de las enfermeras del centro asistencial la recibió gratamente ofreciéndole un café, tras aceptar dicho gesto de bienvenida, la psicóloga recibe a su primera paciente, desolada y deprimida, ésta le relató que tenía varios días sin comer, porque prefería alimentar a sus hermanos menores antes que a ella misma, le dijo que con el poco dinero percibido en el hogar, no alcanzaba para comprar suficiente cantidad de alimentos para todos. Dicho escenario, no pudo más que interrogar a la terapeuta, pues tomarse el café presente en su consultorio podría ser una muestra de ingratitud y dejar que se enfriara o incluso ofrecerlo a la paciente no iba a solucionar el problema nuclear. Tras dicha exposición del caso

la joven entonces afirmó “los problemas más duros, que nunca esperé ver en la consulta tienen que ver con el hambre” (Llorens, 2015, p.31).

Relatos como el anterior cuestionan el estado actual de los mecanismos culturales que los venezolanos han construido para atenuar el hambre. Es así como Moreno (2015) sugiere la presencia de un problema colectivo que supera tradiciones solidarias del venezolano, pues éstas se ven traicionadas por la necesidad económica. Bajo dicha premisa, cabe preguntarse hasta qué punto es sustentable en los hogares venezolanos respuestas de gratitud como la que la enfermera manifestó con la psicóloga invitada al centro asistencial.

Una potencial ayuda para comprender la naturaleza de la necesidad económica que afecta el estilo de vida de los venezolanos, es ofrecida por España (2015) en la exposición de datos que realiza de la encuesta sobre condiciones de vida en Venezuela (ENCOVI). En ese estudio descriptivo realizado a nivel nacional por distintas universidades prestigiosas en el país (Universidad Central de Venezuela, Universidad Católica Andrés Bello y la Universidad Simón Bolívar), a modo de resumen, se detalla cómo la pobreza de ingreso estudiada con el método de la línea de la pobreza, ha sufrido un aumento notable en los hogares venezolanos durante los últimos 7 años. Concretamente para el año 2014, el 48% de los hogares experimentaba ingresos pobres, mientras que para 2015 se estimó que el 73% de los venezolanos se encontraba en dicha situación. Dicha variabilidad en términos porcentuales representó a su vez una duplicación de la pobreza extrema, que para finales de 2015 se aproximó al 49,9%.

La ausencia de datos en cuanto al valor exacto de la canasta alimentaria en Venezuela, ha planteado dudas acerca de la veracidad del método de la línea de la pobreza antes mencionado. Es por ello que se hace necesario, hoy más que nunca, repasar los valores de la pobreza estructural y no solo la pobreza de ingresos, para así poder comprender la apremiante situación económica del país; es así como se ha estimado que aproximadamente el 29.1% de los venezolanos se

encuentran en pobreza estructural, siendo esto una condición que se hace evidente en el empeoramiento de los servicios en las viviendas y el aumento de hogares inapropiados (España, 2015).

Los datos expuestos en párrafos anteriores, aunque son valiosos y necesarios para comprender el tema de la pobreza, demuestran que existen distintas maneras de definirla. Ser pobre va más allá de la imposibilidad de acceder a un bien, realmente es una condición que genera exclusión y por tanto genera una distancia entre el sujeto y los bienes de la cultura; siendo esto a su vez un generador multiplicador de los factores de riesgo que las personas pudieran llegar a afrontar a lo largo de sus vidas (Rodríguez, 2002; Evans, 2004; Llorens, 2013).

Entre estos factores de riesgo asociados a la pobreza se podrían mencionar sin intenciones de ser exhaustivos los siguientes: (a) exposición a mayores niveles de violencia; (b) aumento de probabilidades en la desintegración familiar; (c) sometimiento a estilos de crianza punitivos; y (d) propensión a una educación inadecuada con profesores menos calificados, entre otros (Evans, 2004). Es por ello que autores como Rodríguez (2002), puntualizan que el conocimiento en salud mental y de disciplinas como la psicología clínica se ven confrontados por la pobreza, así como en el pasado las guerras y los movimientos sociales fueron demandas sociales emergentes que permearon a la disciplina.

Pese a que la pobreza ha sido asociada con la aparición de dificultades en la salud mental (Rodríguez, 2002; Costello, Compton, Keeler y Angold, 2003; De Carlo, Kaltman y Miranda, 2012; Llorens, 2013); poco se ha mencionado acerca de la relación que el hambre tiene con variables psicológicas, pese a existir evidencia de la relación entre pobreza y condiciones de dificultad alimentaria (Sen, 1982; Hadley et al., 2008; Carter, Kruse, Blakely y Collings, 2011).

Tal no es el caso del estudio de la influencia que las condiciones de inseguridad alimentaria tienen sobre la salud física. Pues ya se ha discutido el efecto que el hambre o las condiciones de privación alimentaria tienen sobre distintas

enfermedades, como el aumento de la presión arterial (Sesso, Barreto, Neves y Sawaya, 2004; Vazoris y Tarasuk, 2003) la aparición de enfermedades renales graves (Agaba y Agaba, 2004; Prakash, et al. 2007), la presencia de infecciones respiratorias (Cunha, 2000; Reddy, Kusuma, Pandav, Goswami y Krishnan, 2016; Vozoris y Tarasuk, 2003), dolores de cabeza y estómago (Alaimo, Olsan, Frongillo y Briefel, 2001), entre otras.

En este sentido Evans (2004) resalta como gran parte de las investigaciones hacen énfasis en el impacto que las consecuencias de la pobreza tienen sobre la aparición de enfermedades, obviando de esta manera que frecuentemente tanto las condiciones físicas como psicosociales covarian y no ocurren en aislamiento. Con la finalidad de obtener evidencia de la influencia que las condiciones alimentarias tienen sobre constructos psicológicos, resulta necesario abordar distintas definiciones de índole nutricional.

### **Comprensión del hambre y constructos asociados**

Al verificar la naturaleza de constructos como la pobreza, seguridad alimentaria, hambre o desnutrición, resulta obvio cómo estas variables fueron estudiadas por las ciencias económicas (Rodríguez, 2002), representado un reto la inclusión de las mismas dentro de la psicología. Para delimitar estos distintos constructos que resultaron ajenos a las ciencias del comportamiento, es necesario especificar que la hambruna y la inanición se relacionan con la pobreza puesto que la incluyen, pero no todo contexto de dificultad económica implica hambre (Sen, 1982).

Es así como al contrastar estas delimitaciones realizadas por Sen (1982) con las estadísticas recientes de pobreza en Venezuela, que fueron ya descritas (España, 2015), se hace necesario acudir a otro término distinto al hambre, ya que es probable que no todo el porcentaje de las personas en condiciones de pobreza atraviesan

dicho fenómeno tan grave, que usualmente tiene como desenlace final la muerte.

Uno de los términos intermedios en el continuo de la gravedad, es la noción de "inseguridad alimentaria" o su antónimo la seguridad alimentaria. Según Carter et al. (2011), a la capacidad de adquirir alimentos adecuados en términos nutritivos como culturales, se le conoce como seguridad alimentaria. Mientras que a la dificultad que tienen las personas para tener acceso físico y económico a los alimentos suficientes para satisfacer así sus necesidades dietéticas básicas, se le denomina inseguridad alimentaria (Siefert, Heflin, Corcoran y Williams, 2001). Siendo así la inseguridad, la variable que se pretende evaluar en la presente investigación.

Gran parte de las investigaciones sobre la inseguridad alimentaria han sido desarrollados en contextos africanos (Hadley et al., 2008; Mugisha, Muyinda, Wandiembe y Kinyanda, 2015) o norteamericanos (Alaimo et al., 2001; Siefert et al., 2001; Vozoris y Tarazuk, 2003), donde muy probablemente la realidad sea muy distinta a contextos venezolanos; ya que las dificultades alimentarias no son solo un asunto de alimentos suficientes, es también una cuestión cultural, tal como lo señalan Pfeiffer, Ritter y Hirseland (2011).

Al reconocer la dimensión cultural de la problemática alimenticia, es que se abre la posibilidad de discutir los pocos hallazgos que han sido desarrollados en el terreno de lo psicológico y nutricional en Venezuela. En este orden de ideas, Martins e Iglesias (2017), desarrollaron una investigación con la finalidad de evaluar la relación existente entre inseguridad alimentaria y diversidad, índice de masa corporal, depresión y síntomas de estrés postraumático en una muestra de 312 adolescentes escolares, provenientes de sectores populares de Caracas. Los autores levantaron los datos en un colegio católico (de naturaleza subsidiada) y se propusieron incluir como medida de control estadístico (en la relación inseguridad alimentaria-síntomas de estrés postraumático) los eventos estresantes, a los que se veían expuestos los adolescentes en su

cotidianidad. La hipótesis que derivó dicho control era que los eventos traumáticos per se, pudieran ser suficientes para explicar dicha relación. En cuanto al análisis de resultados, llevado a cabo por medio de correlaciones producto-momento de Pearson, Martins e Iglesias (2017) señalan que la inseguridad alimentaria se encuentra asociada con todos los indicadores nutricionales y psicológicos incluidos en el estudio, concretamente, los jóvenes que admiten comer menos veces por falta de alimentos en su hogar declaran una dieta menos diversa ( $r = -0.21$ ;  $p = 0.000$ ), al tiempo que se asocia con presentar altos puntajes en las escalas de síntomas postraumáticos ( $r = 0.20$ ;  $p = 0.000$ ) y depresión ( $r = 0.23$ ;  $p = 0.000$ ). Es importante rescatar que ninguna de dichas asociaciones se halló explicada por los eventos estresantes que experimentaron los adolescentes.

A partir de dichos resultados los autores mencionados recomendaron la necesidad de evaluar a la salud mental general y no enfocarse en trastornos específicos como la depresión, que al ser evaluados por instrumentos de naturaleza psicopatológica en este caso el inventario de depresión de Beck, desconocen gran parte de los afectos experimentados por la población no psiquiátrica que se evalúe. Además se sugiere la necesidad de seguir investigando la presencia de síntomas de estrés postraumático, que se activen como consecuencia de las condiciones de privación alimentaria en muestras venezolanas y que por tanto, se pudieran constituir como un problema de salud pública de largo alcance (Martins e Iglesias, 2017).

### **Conceptualizaciones sobre el trauma y su relación con la inseguridad alimentaria**

Martín Baró (1988), introduce la conceptualización de trauma psicológico de la siguiente manera:

"Etimológicamente, trauma significa herida. En psicología se suele hablar de trauma para referirse a una vivencia o

experiencia que afecta de tal manera a la persona que la deja marcada, es decir, deja en ella un residuo permanente. Si se utiliza el término de trauma es porque se entiende que este residuo es negativo, que se trata de una herida, es decir, de una huella desfavorable para la vida de la persona.” (1988, p. 75).

Pese a contar con definiciones claras como la anterior, para el caso de la psicología y la psiquiatría, Herman (2004) describe que “el estudio del trauma psicológico tiene una historia curiosa: una amnesia episódica” (p. 25), pues las investigaciones científicas han oscilado entre intensos periodos de investigación y ausencias duraderas en el desarrollo de las mismas.

Dicha ausencia fue tan duradera, que se tuvo que esperar hasta 1980 para que el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM III), considerará la inclusión de un cuadro sintomático que diera cuenta de las consecuencias psicológicas de los eventos críticos de la vida: el trastorno de estrés postraumático (Herman, 2004; Levy, 2014; Llorens, 2015).

Hasta que se diera dicho avance en el terreno de la investigación en salud mental, las manifestaciones clínicas del trauma podían ser diagnosticadas por una multiplicidad de desórdenes (ej. trastorno de personalidad borderline, trastorno de déficit de atención con hiperactividad, trastorno opositorista desafiante, trastorno disociativo) que no hacían más que reflejar la incomprensión psicológica acerca del sufrimiento de las personas víctimas del trauma (Terr, 1991). Es así como Van Der Kolk (2016), resalta la necesidad de iluminar a lo que él denominó “la epidemia oculta”, es decir poder ordenar el pensamiento acerca de dichas realidades dolorosas, para lograr hallar la verdadera sanación de estas problemáticas de salud mental, partiendo de la nominación de los fenómenos por su verdadero nombre (Herman, 2004).

Las alteraciones postraumáticas se caracterizan por la presencia de una diversidad de

síntomas, entre los cuales se podrían resumir a los siguientes: (a) alteraciones en la formación de impresiones; (b) alteraciones en la conciencia; (c) dificultades en la percepción del sí mismo; (d) modificaciones en las relaciones con los demás y (e) distorsiones en el sistema de significados (ej. sensaciones de desamparo e indefensión) (Herman, 2004). Bien es sabido que dichas condiciones sintomáticas se activan como respuesta psíquica ante periodos esporádicos o de tiempo prolongado, donde exista algún tipo de sometimiento a un control totalitario. Ya la teoría del trauma ha especificado como los veteranos de guerra, los rehenes, las víctimas de negligencia, abuso sexual o violencia doméstica e intrafamiliar, son muestras vulnerables a la aparición de dichos síntomas (Terr, 1991; Herman, 2004; Llorens, 2013; Llorens, 2015; Van Der Kolk, 2016). Cabría preguntarse entonces, si las condiciones crónicas de inseguridad alimentaria tienen algún impacto traumático.

Una manera de responder dicha interrogante, pasa por revisar la investigación de Hadley et al. (2008) quienes realizaron un estudio considerando a la inseguridad alimentaria y a la exposición a eventos estresantes de la vida, como dos fenómenos negativos que afectan a la población africana y que pudieran generar alteraciones mentales en adultos. La muestra estuvo constituida por 451 hogares del suroeste de Etiopía y los autores mantuvieron las hipótesis de que la inseguridad alimentaria, los eventos estresantes de la vida y el bajo nivel socio-económico, se constituyen como factores independientes que facilitan la aparición de (a) síntomas de ansiedad; (b) aspectos depresivos y (c) síntomas de estrés postraumático (Hadley et al., 2008).

Bajo dichas conjeturas, los autores hallaron que aquellos hogares expuestos a episodios de inseguridad alimentaria reportan a su vez mayores síntomas de ansiedad ( $p < 0.001$ ), mayor depresión ( $p < 0.001$ ) y síntomas de estrés postraumático ( $p < 0.001$ ), condiciones que se replicaban para los sujetos expuestos a condiciones apremiantes en su cotidianidad.

A partir de dichos resultados, Hadley et al. (2008), reconocieron el impacto que la

inseguridad alimentaria tiene sobre la aparición de trastornos mentales de tipo ansioso-depresivo y en su explicación de los hallazgos, más allá de centrarse en el sufrimiento generado por el déficit nutricional per se, plantearon que son, la incertidumbre y la imprevisibilidad, del no saber qué comer, las que generaban un impacto en la aparición de dichos trastornos. Todo este sufrimiento, a su vez, se estima se vea multiplicado por la experimentación de eventos estresantes como la violencia comunitaria que muchos hogares africanos se ven obligados a afrontar.

Otra investigación dirigida a evaluar los factores de riesgo asociados a la aparición de trastorno de estrés postraumático, fue la realizada por Mugisha et al. (2015), quienes estudiaron transversalmente a 2400 personas de tres distritos de Uganda que habían sido expuestos a 7 años de conflictos.

El análisis de resultados fue llevado a cabo por medio de regresiones logísticas multivariadas que facilitaban las asociaciones existentes entre (a) variables sociodemográficas; (b) factores psicosociales y (c) desórdenes psiquiátricos. Mugisha et al. (2015), reportan que los factores asociados con los síntomas de estrés postraumático son la exposición a eventos de guerra ( $OR\ 95\%=5.65; p<0.001$ ), el abuso infantil ( $OR\ 95\%=3.4; p<0.001$ ) y la inseguridad alimentaria ( $OR\ 95\%=2.38; p<0.001$ ). Además de ello ni el sexo ( $OR\ 95\%=1.32; p=0.51$ ), ni los grupos de edad presentaron asociaciones con el estrés postraumático.

Ante estos resultados los autores sugieren que en contextos multi-problemáticos se necesitan servicios de atención, tanto médicos como de salud mental, que al combinar estrategias sean capaces de aliviar a las comunidad de los síntomas postraumáticos que se constituyen como una problemática de salud pública de carácter inaceptable (Mugisha et al., 2015).

En este punto resulta necesario discutir una incongruencia en la literatura que necesita dilucidarse, si bien autores como Mugisha et al., (2015) sugieren que el sexo y la edad no son factores asociados con los síntomas postrau-

máticos. Por el contrario, otros investigadores como Carter et al. (2011) y Martins e Iglesias (2017) (estos últimos en contextos venezolanos) han demostrado cómo las mujeres tienden a reportar, no solo mayores niveles de inseguridad alimentaria, sino que además mayores síntomas de estrés postraumático (Martins e Iglesias, 2017). Con respecto a la edad, encontraron que la menor salud mental general, fue más probable en grupos de menor edad, que además habiten en zonas rurales de menores recursos (Carter et al., 2011). Siendo estas últimas evidencias las asumidas para plantear algunas de las hipótesis en el presente estudio.

Por otro lado, también es necesario plantear que resultaría restrictivo enfocarse exclusivamente en la relación causal que se ha discutido que existe entre inseguridad alimentaria y síntomas de estrés postraumático. La problemática suscitada a nivel de salud parece ser un conflicto generalizado que afecta distintos niveles de funcionamiento, evidencia de ello es el trabajo de Brown (2002) quien tras realizar una recolección teórica acerca de las investigaciones desarrolladas en el terreno de la inseguridad alimentaria, sostuvo que los jóvenes que ven a su alimentación comprometida tienden a experimentar condiciones emocionales y cognitivas que afectan su adaptación a las demandas sociales.

Entre las alteraciones emocionales se han registrado las siguientes: (a) aumento en los niveles de agresión, hiperactividad y ansiedad; y (b) dificultades en la relación con otros jóvenes, mientras que las cognitivas tienden a caracterizarse por una disminución en las capacidades para aprender que se ven reflejadas en el aumento del ausentismo escolar, las tardanzas y posibles suspensiones posteriores (Brown, 2002).

Todas estas consecuencias ameritan según Brown (2002), ser abordadas por servicios de salud mental y centros educativos que planifiquen la inserción social de estos jóvenes en contextos de carencia; y además plantea la necesidad de evaluar la inseguridad alimentaria como factor que afecta a la globalidad de la salud mental.

## Inseguridad alimentaria: Un riesgo en salud mental

Entre los conceptos básicos de la organización mundial de la salud (OMS; WHO por sus siglas en inglés) se encuentra el término salud mental el cual es entendido como un estado de bienestar general que empodera a las personas contra los eventos estresantes de la vida y les permite con ello, alcanzar indicadores de prosperidad y productividad (OMS, 2001).

Distintos investigadores han precisado como la inseguridad alimentaria atenta contra la noción de bienestar propuesta en el término de salud mental. Concretamente Siefert et al. (2001), realizaron una investigación con el objetivo de analizar la relación existente entre inseguridad alimentaria, salud física y mental en una muestra de 724 mujeres solteras en condiciones de pobreza.

Para ello consideraron tres grandes grupos de variables: (a) inseguridad alimentaria; (b) variables sociodemográficas y (c) factores de riesgo controlados y evaluaron la relación mantenida con salud física y mental. Entre los hallazgos encontraron que las personas en contextos de inseguridad alimentaria tenían mayor probabilidad de presentar una mala percepción de salud ( $p < 0.01$ ), mayores limitaciones físicas ( $p < 0.01$ ), aumento en los síntomas de depresión mayor ( $p < 0.01$ ) y ansiedad generalizada ( $p < 0.05$ ) (Siefert et al., 2001).

A partir de dichos resultados Siefert et al. (2001), describen a la inseguridad alimentaria como un factor estructural (condicionado por variables macro sociales) que al influir a la salud física de las personas, atenta contra la salud mental de los sujetos. Resultados similares han sido reportados por Alaimo et al., (2001), quienes destacaron que son los niños en edad escolar y en contextos de pobreza los más propensos a experimentar estados de salud general de mala a regular y si se compara a los hogares con inseguridad alimentaria vs. las familias con seguridad alimentaria, es más probable que las primeras manifiesten una peor salud. Siendo

posible que la privación de alimentos afecte por una doble vía el bienestar de los sujetos, la primera por medios biológicos que se ven alterados, y la segunda por medios psicológicos, pues es posible que la falta de alimentos aumente el estrés, las preocupaciones y los sentimientos de indefensión de las víctimas.

Un último estudio a destacar fue realizado por Vozoris y Trasuk (2003), quienes se plantearon el objetivo de estudiar la relación que la inseguridad alimentaria con indicadores de salud física, mental y social en muestras canadienses. Una de las novedades de esta investigación fue la cantidad de variables sociodemográficas que se incluyeron en el estudio como el tipo de hogar, niveles de ingreso, índice de masa corporal y presencia de enfermedades crónicas, que permitieron conocer que gran porcentaje de las familias sometidas a inseguridad alimentaria, poseen un perfil sociodemográfico particular en Canadá, es decir, aquellas familias desempleadas, de ingresos pobres y habitantes rurales tienen mayor probabilidad de reportar ausencias de comida en casa. Así como también, los hogares con inseguridad alimentaria tienden a reportar mayores problemas de salud física como la diabetes e hipertensión y dificultades en salud mental.

A partir de toda la evidencia reportada en el presente apartado, se plantean para el siguiente estudio las hipótesis de que mayor sea la inseguridad alimentaria, mayores serán los problemas en salud mental. Y además se debe considerar que dicha relación no es descontextualizada, por el contrario, es más probable bajo algunas condiciones demográficas. Por ejemplo, el tener menor edad y ser del sexo femenino aumenta la probabilidad de reportar dificultades en salud mental.

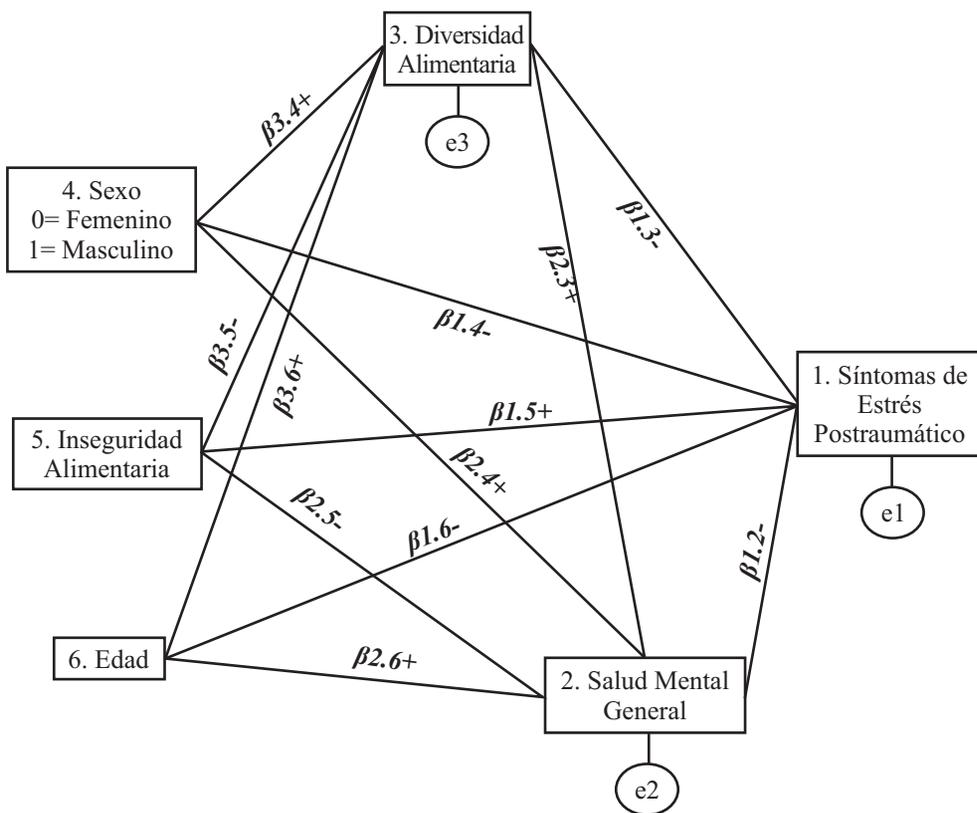
Ahora bien, no se debe solo a la inseguridad alimentaria y los factores socio-demográficos el impacto sobre variables psicológicas. Recientemente en el ámbito nutricional, investigadores como Kennedy, Ballard y Dop (2013), han rescatado la utilidad de la diversidad alimentaria como medida. Concretamente se ha

recomendado acudir a dicha variable en contextos de escasez de alimentos y en momentos de preocupación, donde se sospechen problemas con la seguridad alimentaria, tal como en la actualidad ocurre en Venezuela (Landaeta-Jiménez, Herrera, Vásquez y Ramírez, 2016).

De hecho se han hallado correlaciones positivas entre la seguridad alimentaria y la diversidad de la dieta (Hoddinott y Yohannes, 2002; Hatloy, Hallund, Diarra, Oshaug, 1999) y recientemente, en contextos venezolanos la investigación ya mencionada de Martins e Iglesias (2017), halló asociaciones entre la diversidad

alimentaria y distintos indicadores de estrés postraumático y salud mental. No obstante, cabría preguntarse si tal asociación se mantiene en modelos causales, como los que se plantea estudiar en la presente investigación.

A modo de resumen el objetivo del presente estudio, es evaluar el efecto de la inseguridad y diversidad alimentaria, la salud mental general, la edad y el sexo sobre los síntomas postraumáticos, al tiempo que se pretende verificar cómo estas variables se relacionan entre sí, tal como se muestra en el siguiente diagrama de rutas:



**Figura 1.** Diagrama de rutas propuesto

## Método

### *Participantes*

En el presente estudio participaron 300 jóvenes con un rango de edad entre 12 y 19 años ( $\chi=14.63$ ;  $SD=0.70$ ) predominantemente del sexo femenino (60.56%), provenientes de sectores populares de Caracas como Petare, 23 de Enero, Catia, El Pedregal, La Vega, Antimano entre otros. Todos los jóvenes muestreados se encontraban cursando tercer año de educación media general. El tipo de muestreo a utilizar fue de tipo no probabilístico, ya que se descartaron técnicas aleatorizadas para la selección de los sujetos. Dentro de las técnicas no probabilísticas, el muestreo fue de tipo intencional o propositivo, es decir, se tuvieron “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).

## Instrumentos

### *Consentimiento Informado*

Considerando que el 99% de la muestra fue menor de edad, antes del primer día de clases en la institución, los directivos entregaron a los representantes de los jóvenes una carta donde se expresó el objetivo de la investigación y se les pidió que autorizaran o no, la participación de los adolescentes en el estudio. El equipo de investigación se aseguró de administrar todos los instrumentos que se desarrollarán a continuación, solo a aquellos sujetos que entregaran el consentimiento informado firmado por su representante ante el colegio.

### *Cuestionario Sociodemográfico*

Este instrumento fue elaborado con la finalidad de identificar el sexo del participante, su edad, el

número de veces que come usualmente durante los días y además se le pidió que respondieran, a manera de presencia (“sí”) o ausencia (“no”) dos indicadores de inseguridad alimentaria (a) “¿Has tenido que comer menos veces al día porque no hay suficiente comida en tu hogar?” y (b) “¿Has tenido temor que se vayan a quedar sin comida en tu casa?”

### *Los Ángeles Symptoms Checklist (LACS)*

Para la presente investigación se pretende utilizar la escala de síntomas postraumáticos adaptada por King et al. (1995) y modificada para contextos Venezolanos por Minardi y Paoli (2002). El instrumento está conformado por 30 reactivos, con formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos que van desde nunca hasta siempre. En cuanto al análisis psicométrico de las puntuaciones del test en contextos venezolanos, Minardi y Paoli (2002), en una muestra de sobrevivientes de la catástrofe del Estado Vargas, hallaron un coeficiente de consistencia interna de  $\alpha=0.87$  elevado para efectos de investigación. Para la escala total LACS en el presente también se halló un  $\alpha=0.87$  y tras la realización de un análisis de componentes principales, se evidenció un instrumento de tres dimensiones que en conjunto explicaron el 34.33% de la varianza total del test. Evaluando la agrupación factorial de los reactivos y siguiendo las recomendaciones de Herman (2004), se decidió denominar a los factores de la siguiente manera: (a) dificultades fisiológicas ( $\alpha=0.71$ ); (b) alteración en la percepción de sí mismo y los demás ( $\alpha=0.79$ ) y (c) alteración en la regulación de impresiones ( $\alpha=0.71$ ).

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

La salud mental general fue medida por medio del cuestionario de salud general creado por Goldberg en 1972 y adaptado al idioma español por Lobo et al. (1986). El instrumento estuvo constituido por 28 reactivos con formato de respuesta tipo Likert

con 4 opciones de selección, (1) nunca, (2) algunas veces, (3) bastantes veces y (4) siempre. El cuestionario ha sido probado muestras venezolanas de estudiantes, maestras y obreros (Núñez y Socorro, 2005; Parra y Peñuela, 2008; Casal y Granja, 2012) encontrando evidencia de un test multidimensional con una consistencia interna promedio de  $\alpha=0.90$ . En el presente estudio se obtuvo una consistencia interna elevada  $\alpha=0.86$  y una estructura factorial conformada por tres dimensiones que explicaron el 37.76% de la varianza total del instrumento. Los factores en el presente estudio fueron llamados: (a) ansiedad ( $\alpha=0.82$ ); (b) depresión ( $\alpha=0.80$ ) y (c) bienestar ( $\alpha=0.69$ ).

### *Cuestionario de diversidad alimentaria individual*

Este instrumento fue diseñado por Kennedy, et al., (2013). En el presente estudio se utilizó su versión reducida. El cuestionario posee 9 reactivos, que contabilizan el número de grupos de alimentos consumidos por el sujeto encuestado, en las últimas 24 horas. El formato de respuesta es dicotómico “sí” o “no”. 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. En la presente investigación se obtuvo un indicador de consistencia interna bajo  $\alpha=0.32$ , que suele ser esperado en las puntuaciones del instrumento, 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.

### *Escala de acceso a la inseguridad alimentaria de los hogares (HFIA)*

Este instrumento fue creado Coates, et al. (2007) y está constituido por 9 reactivos que requirieron su

traducción al idioma español y adaptación de los ítems mediante las sugerencias de tres jueces expertos. Cada pregunta posee un formato de respuesta tipo Likert de cuatro puntos, que busca medir la frecuencia de la ocurrencia de la situación nunca, casi nunca, casi siempre y siempre. Para la presente muestra se halló un coeficiente de consistencia interna elevado ( $\alpha=0.83$ ) y el análisis de componentes principales arrojó la existencia de una dimensión que explicó el 44.67% de la varianza total del test. Debido a la escasa media ( $\chi=1.22$ ) y varianza ( $S^2=0.86$ ) que presentó el ítem número 9 “En las últimas 4 semanas ¿tu o cualquiera de los miembros que habitan en tu casa pasaron un día entero sin comer debido a que no había suficiente comida?”, se decidió extraer tal reactivo de la escala, obteniendo una consistencia interna más elevada  $\alpha=0.85$ , para la escala con 8 ítems.

### *Procedimiento*

La presente investigación fue desarrollada en el marco de la inducción institucional que un colegio caraqueño, hace a sus alumnos nuevos ingresos provenientes de distintos sectores populares de la ciudad. Para poder recoger los datos se contactó con la directora y sub-directora de la institución, explicando los objetivos de la investigación. El tren directivo aprobó la petición y solicitó el consentimiento informado de los representantes de los alumnos. Estos aprobaron la administración de los instrumentos y el levantamiento de datos se realizó durante el primer día de clases de los jóvenes en su nueva institución. Las escalas fueron administradas por estudiantes de cuarto año de psicología, debidamente adiestrados por el coordinador del estudio y que ya habían aprobado cursos previos de metodología de la investigación y psicometría. Durante la administración de los instrumentos se le aclaró a los participantes que su participación era totalmente voluntaria y anónima, las dudas consultadas por los miembros fueron respondidas de manera grupal. Y una vez recolectados los datos se procedió a la codificación de

de los mismos.

### *Análisis de Datos*

Para llevar a cabo el análisis de datos se utilizó el paquete estadístico IBM SPSS 22. Con éste se procedió, al cálculo de los indicadores psicométricos de los instrumentos, evidenciados por medio del alfa de Cronbach para evaluar la consistencia interna de las puntuaciones de las escalas sometidas a estudio y con el análisis de componentes principales, que permitió verificar la estructura factorial de los instrumentos. Posteriormente se realizó el análisis descriptivo de datos, por medio de la verificación de los estadísticos de tendencia central, los indicadores de dispersión de las distribuciones y los estadísticos de forma. Posteriormente se calculó una matriz de correlaciones momento-producto de Pearson que permitió relacionar las variables incluidas en el estudio. Además se estimaron los supuestos para el cálculo de las regresiones múltiples: (a) no existencia de multicolinealidad; (b) normalidad en las variables dependientes; (c) supuestos de los errores (Kerlinger y Lee, 2002; Angelucci, 2007).

Por último, para contrastar las hipótesis planteadas en la figura 1, se calcularon siete modelos de regresión múltiple que permitieron verificar las relaciones planteadas, en términos de magnitud y dirección del efecto, utilizando para esto los estadísticos beta significativos resultantes y asumiendo los errores de medida mínimos en cada modelo.

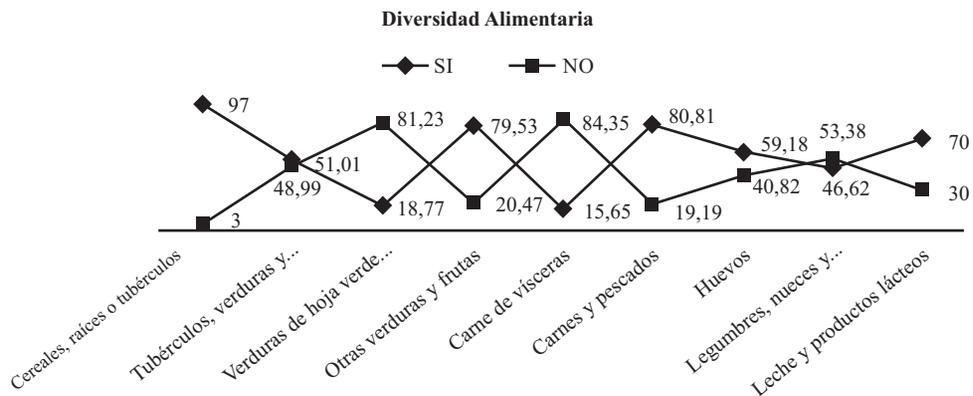
## **Resultados**

En cuanto a las dimensiones de los síntomas de estrés postraumático se halló que en promedio los jóvenes de la presente muestra, "casi nunca" manifiestan dificultades fisiológicas ( $\chi=2.09$ ;  $SD=0.55$ ) o alteraciones en la percepción de sí mismo y los demás ( $\chi=1.85$ ;  $SD=0.55$ ). La distribución para ambas dimensiones es homogénea ( $CV=0.23$ ;  $CV=0.30$ ) y coleada hacia

la derecha tanto para la distribución de dificultades fisiológicas ( $As=0.55$ ) como para la alteración en la percepción de sí mismo y los demás ( $As=0.97$ ). Para el caso de la tercera dimensión de síntomas de estrés postraumático, denominada alteración en la regulación de impresiones y conformada por síntomas patológicos como la ideación suicida, la sexualidad compulsiva o la tristeza extrema, se encontró que en promedio "nunca", los jóvenes encuestados presentan dichos síntomas ( $\chi=1.42$ ;  $SD=0.53$ ), siendo dicha distribución medianamente heterogénea ( $CV=0.37$ ) leptocúrtica ( $Ku=4.42$ ) y sesgada hacia la derecha ( $As=1.94$ ). Ninguna de las dimensiones descritas hasta el momento manifestó un ajuste a la distribución normal (*Kolgomorov-Smirnov*=0.10-0.09-0.21;  $p=0.000$ ).

Por otro lado, las dimensiones de la escala de salud mental, manifestaron que "casi nunca" los jóvenes evaluados presentan en promedio síntomas notables de ansiedad ( $\chi=1.74$ ;  $SD=0.43$ ) o depresión ( $\chi=1.69$ ;  $SD=0.50$ ). Ambas distribuciones se encontraron sesgadas hacia la derecha ( $As=1.10$ ;  $As=1.08$ ), por lo que solo una poca proporción de los sujetos presenta los puntajes máximos en ambas dimensiones. Resultados promedios similares fueron evidenciados para el factor bienestar ( $\chi=1.93$ ;  $SD=0.54$ ), siendo esta distribución homogénea ( $CV=0.27$ ) y asimétrica hacia la derecha ( $As=0.49$ ). Al igual que para las dimensiones de los síntomas de estrés postraumático, los factores de ansiedad, depresión y bienestar, no se ajustaron a la distribución normal (*Kolgomorov-Smirnov*=0.12-0.15-0.09;  $p=0.000$ ).

En el caso de la diversidad alimentaria, se evidenciaron puntuaciones promedio ( $\chi=5.25$ ;  $SD=1.47$ ) elevadas, que denotan un número adecuado de alimentos en el consumo de los jóvenes el día anterior a la encuesta. Sin embargo, las puntuaciones en la presente escala facilitan además, un análisis del patrón de consumo de la muestra por grupo de alimentos (ver Figura 2). La dieta de los sujetos evaluados se encuentra dominada por el consumo de carbohidratos (97%), frutas y verduras del tipo tomate, cebolla, pimentón, patilla, naranja, mandarina o guayaba



**Figura 2.** Descriptivos de la Diversidad Alimentaria

(81%) y carnes de origen animal (80,81%). Por último, resulta relevante mencionar como los tubérculos, verduras y frutas ricas en vitamina A (ej. auyama, zanahoria, mango, melón) y las verduras de hojas verde oscura (ej. lechuga, espinaca, berro y acelga), exhiben un menor patrón de consumo (48,99%; 18,77%) respectivamente.

Por último, en cuanto a la inseguridad alimentaria se obtuvo un puntaje promedio ( $\chi=1.86$ ;  $SD=0.34$ ), que sugiere que la muestra “casi nunca” se ve expuesta a condiciones de dificultades alimentarias. Sin embargo, cuando se evalúan los indicadores de inseguridad incluidos en la hoja de identificación de los instrumentos, se encuentra que un 76.92% de los sujetos manifestó temor a quedarse sin alimentos en su casa, mientras que un 45.48% de los jóvenes indicó que ha tenido que comer menor cantidad de alimentos por no tener suficientes alimentos en el hogar. En la tabla 1, se resumen los estadísticos descriptivos de las variables: (ver Tabla 1).

Con la finalidad de verificar el nivel de asociación que existe entre las variables se procedió a realizar el cálculo de las correlaciones momento-producto de Pearson (ver Tabla 2) encontrando que existió una correlación positiva y significativa entre la inseguridad alimentaria y todas las variables psicológicas incluidas en el estudio, excepto con el bienestar psicológico

( $r=0.11$ ;  $p=0.06$ ). Estos valores sugieren que puntuaciones elevadas en inseguridad alimentaria se relacionan con puntuaciones altas en las dimensiones de síntomas postraumáticos, como lo son las dificultades fisiológicas ( $r=0.32$ ;  $p=0.000$ ), las alteraciones en la percepción de sí mismo y otros ( $r=0.31$ ;  $p=0.000$ ) y las desviaciones en la regulación de impresiones ( $r=0.19$ ;  $p=0.001$ ); caso similar acontece para los indicadores de ansiedad ( $r=0.37$ ;  $p=0.000$ ) y depresión ( $r=0.23$ ;  $p=0.000$ ), por lo que las elevaciones en la escala de i

**Tabla 1.**  
*Estadísticos descriptivos de las variables sometidas a estudio*

Variable	Tendencia Central	Dispersión
<b>Dificultades Fisiológicas</b>	$\chi=2.09$	$SD=0.55$
<b>Alteraciones en la percepción de sí mismo y los demás</b>	$\chi=1.85$	$SD=0.55$
<b>Alteración en la regulación de impresiones</b>	$\chi=1.42$	$SD=0.53$
<b>Ansiedad</b>	$\chi=1.74$	$SD=1.43$
<b>Depresión</b>	$\chi=1.69$	$SD=0.50$
<b>Bienestar</b>	$\chi=1.93$	$SD=0.52$
<b>Diversidad Alimentaria</b>	$\chi=5.25$	$SD=1.47$

inseguridad alimentaria se asoció con altas puntuaciones en ambas dimensiones de la salud mental.

Por otro lado, la diversidad alimentaria que destaca por ser la segunda variable nutricional incluida en el estudio, solo se correlacionó de forma inversa con las dificultades fisiológicas ( $r=-0,24$ ;  $p=0,000$ ) para el caso de los síntomas postraumáticos y con todas las dimensiones de la salud mental. Por lo que mientras menos diversa tienda a ser la dieta de los jóvenes encuestados, mayores serán las puntuaciones en ansiedad ( $r=-0,17$ ;  $p=0,004$ ), en depresión ( $r=-0,16$ ;  $p=0,007$ ) y bienestar psicológico ( $r=-0,19$ ;  $p=0,001$ ).

Tal como se mencionó, para contrastar las hipótesis del diagrama de rutas, se procedió a calcular los modelos de regresión múltiple correspondientes. En cuanto a las dificultades fisiológicas, el modelo presento una correlación alta ( $R=0.79$ ) entre éstas y la mejor combinación lineal del sexo, la inseguridad y diversidad alimentaria, el bienestar, edad, la depresión y la ansiedad. La mejor combinación lineal de dichas variables explicó el 62% de la varianza total de las dificultades fisiológicas ( $F=66.25$ ;  $p=0.000$ ). Al evaluar la magnitud del efecto de cada variable sobre los problemas fisiológicos de los jóvenes, se encontró que la ansiedad ( $\beta=0.39$ ;  $p=0.000$ ) y la

**Tabla 2.**  
*Matriz de correlaciones momento-producto de Pearson*

Variables	Edad	Sexo	Inseguridad Alimentaria	Diversidad Alimentaria	Dificultades Fisiológicas	Alteraciones en la percepción de sí mismo y otros	Alteración en la regulación de impresiones	Ansiedad	Depresión	Bienestar
Edad	1	0.12								
Sexo	0.12*	-								
Inseguridad Alimentaria	0.14*	0.03	1							
Diversidad Alimentaria	0.07	0.04	+0.20**	1						
Dificultades Fisiológicas	-0.04	-0.29**	-0.32**	-0.24**	1					
Alteraciones en la percepción de sí mismo y otros	-0.01	-0.18**	-0.31**	-0.10	-	1				
Alteración en la regulación de impresiones	-0.03	-0.21**	-0.19**	-0.09	-	-	1			
Ansiedad	0.01	-0.18**	-0.27**	-0.17**	0.68**	0.65**	0.52**	1		
Depresión	0.00	-0.22**	-0.23**	-0.16**	0.35**	0.74**	0.67**	-	1	
Bienestar	0.03	-0.10	-0.10	-0.19**	0.35**	0.33**	0.28**	-	-	1

\*\* Correlación significativa  $p<0.01$   
\* Correlación significativa  $p<0.05$

depresión ( $\beta=0.39$ ;  $p=0.000$ ) son los factores que los predicen en mayor medida de forma positiva, seguido del sexo ( $\beta=-0.12$ ;  $p=0.000$ ) y de la inseguridad ( $\beta=0.08$ ;  $p=0.000$ ) y diversidad alimentaria ( $\beta=-0.08$ ;  $p=0.000$ ) esta última lo hace de forma inversa y con menor magnitud estadística. Todos estos resultados nos sugieren que a mayor ansiedad y depresión, mayores dificultades fisiológicas, por otro lado mientras mayor sea la inseguridad alimentaria y menor sea la diversidad de la dieta, mayores síntomas físicos presentarás los jóvenes y son las mujeres las que presentan mayores probabilidades de manifestar problemas.

Para el modelo de regresión de las alteraciones en la percepción de sí mismo y otros, se observa una correlación elevada entre ésta ( $R=0.80$ ) y la mejor combinación lineal del sexo, la inseguridad alimentaria, el bienestar, la edad, la diversidad, la depresión y la ansiedad. Un 63% de la varianza de las alteraciones en la percepción de sí mismo y otros, se encuentra explicada por la mejor combinación lineal de dichos factores ( $F=70.72$ ;  $p=0.000$ ). En cuanto al impacto individual de las variables, la depresión ( $\beta=0.54$ ;  $p=0.000$ ) y la ansiedad ( $\beta=0.33$ ;  $p=0.000$ ) se posicionan como los factores con mayor del efecto, seguidas de la inseguridad alimentaria ( $\beta=0.08$ ;  $p=0.04$ ). Datos que sugieren que a mayor depresión, ansiedad e inseguridad alimentaria, mayores serán las distorsiones que el sujeto tenga de sí mismo y con los otros.

La alteración en la regulación de impresiones se constituye como la última dimensión de los síntomas postraumáticos a ser evaluada en los modelos de regresión, hallándose una correlación alta ( $R=0.70$ ) entre dicho factor y la mejor combinación lineal del sexo, inseguridad y diversidad alimentaria, edad, depresión, ansiedad y bienestar. Un 48% de la varianza total de la regulación de impresiones es explicada significativamente ( $F=37.88$ ;  $p=0.000$ ) por la combinación de esas variables, donde se evidencio que solo la depresión ( $\beta=0.54$ ;  $p=0.000$ ) y la ansiedad ( $\beta=0.22$ ;  $p=0.000$ ) son predictores individuales de tal condición postraumática.

Concretamente a mayor depresión y ansiedad mayores serán las alteraciones en la regulación de impresiones, factor que conjuga factores de riesgo como el consumo de sustancias ilegales, los problemas de sexualidad o la ideación suicida.

Por otro lado, en cuanto a las dimensiones de salud mental, son la ansiedad y la depresión las que presentan mayor asociación con la mejor combinación lineal de sus variables predictoras. Para el caso de la depresión se evidencio una asociación moderada ( $R=0.43$ ), entre ella y la mejor combinación lineal del sexo, edad, inseguridad y diversidad alimentaria. Se debe a la inseguridad alimentaria ( $\beta=0.37$ ;  $p=0.000$ ) y al sexo ( $\beta=-0.18$ ;  $p=0.001$ ) el impacto individual sobre la ansiedad, de forma que a mayor inseguridad mayor ansiedad, al tiempo que son las mujeres las que presentan una mayor probabilidad de quejarse de síntomas ansiosos. La depresión por su parte, se correlaciona de forma moderada-baja ( $R=0.33$ ) pero significativa ( $F=8.65$ ;  $p=0.000$ ), con la mejor combinación lineal del sexo, edad, inseguridad y diversidad alimentaria. Y al igual que para el caso de la ansiedad, solo la inseguridad ( $\beta=0.20$ ;  $p=0.001$ ) y el sexo ( $\beta=-0.22$ ;  $p=0.000$ ) impactan a la depresión, de manera que a mayor inseguridad alimentaria mayor depresión y el sexo femenino presento una mayor probabilidad de manifestar los síntomas depresivos.

La última dimensión de la salud mental incluida, denominada bienestar psicológico se encontró explicada de forma significativa en un 4% ( $F=3.95$ ;  $p=0.004$ ) por la mejor combinación lineal del sexo, edad, inseguridad y diversidad alimentaria. Solo la diversidad alimentaria predijo de forma leve y positiva ( $\beta=-0.17$ ;  $p=0.004$ ) al bienestar, por lo que a menor cantidad de alimentos ingiera un sujeto, mayor será su bienestar psicológico.

Por último, la diversidad alimentaria se asoció de manera baja ( $R=0.22$ ), con la mejor combinación lineal del sexo, edad e inseguridad alimentaria. El 4% de la varianza de la diversidad se halló explicada por tal combinación lineal de variables ( $F=4.84$ ;  $p=0.003$ ) y solo la inseguridad alimentaria ( $\beta=-0.21$ ;  $p=0.000$ ) predijo a la

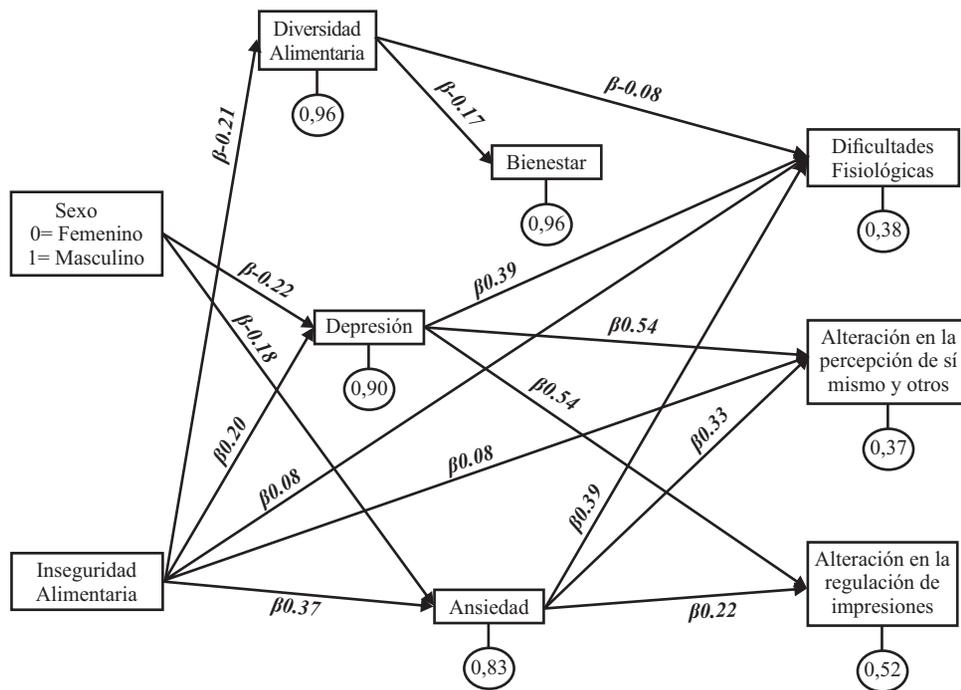


Figura 3. Diagrama de rutas resultante

diversidad, de forma que a mayor inseguridad se vean expuestos los jóvenes, menor será la cantidad de alimentos que suelen ingerir. El resumen de los modelos de regresión analizados, se exponen en el diagrama de rutas resultante (ver figura 3).

Una última manera de analizar los resultados expuestos en el diagrama de rutas, consiste en verificar los efectos indirectos que algunas variables exógenas ejercen sobre las distintas endógenas incluidas en los modelos de regresión. En la tabla 3 se resumen los efectos directos, indirectos y totales por variables dependientes. Considerando la magnitud de efecto baja de la mayoría de las influencias indirectas, solo se evaluará con detalle la relación indirecta entre la inseguridad alimentaria y la alteración en la percepción de sí mismo y otros, pasando por la depresión y la ansiedad. Concretamente, dicha relación se ve potenciada por los niveles

depressivos o ansiosos que presenten los sujetos, de forma que a mayor inseguridad alimentaria, mayor depresión y mayor alteración en la percepción de sí mismo, o visto de otra manera, a mayor inseguridad alimentaria, mayor ansiedad y por tanto mayores probabilidades de que la autoimagen y la percepción de otros se vea alterada.

### Discusión

El objetivo de la presente investigación fue evaluar la influencia de la inseguridad y diversidad alimentaria, la salud mental general, la edad y el sexo sobre los síntomas de estrés postraumático, al tiempo que se pretendió verificar cómo estas variables se relacionan entre sí, en una muestra de jóvenes de sectores populares de Caracas, tomando como base los aportes de la psicología

clínica, la nutrición y dietética.

Al analizar el comportamiento de la variable inseguridad alimentaria, se hallaron leves dificultades en el acceso físico a los alimentos suficientes para satisfacer las necesidades dietéticas básicas, por parte de los hogares a los cuales pertenecían los jóvenes encuestados. Concretamente tal inseguridad se traduce primordialmente en temor por no tener comida suficiente en el hogar y en la percepción de que el grupo familiar ha tenido que sacrificar sus comidas preferidas por falta de recursos económicos que permitan acceder a los alimentos más preciados. Estos resultados concuerdan con

hallazgos reportados a nivel nacional por la ENCOVI, ya que Landaeta-Jiménez et al. (2016), plantean que la alimentación de los venezolanos se ha visto afectada por los bajos ingresos salariales, la inflación y la escasez de comida, estos factores en conjunto intensifican a la inseguridad alimentaria que suele aparecer en los hogares venezolanos, con independencia del nivel socio-económico, ya que aunque son los pobres extremos y recientes, los que más reportan la vulnerabilidad, más de la mitad de los hogares no pobres también se quejan de alteraciones en su dieta.

**Tabla 3.**

*Estimación de efectos directos, indirectos y totales*

Variables	Edad	Sexo	Inseguridad Alimentaria	Diversidad Alimentaria	Dificultades Fisiológicas	Alteraciones en la percepción de sí mismo y otros	Alteración en la regulación de impresiones	Ansiedad	Depresión	Bienestar
Edad	1	0.12								
Sexo	0.12*	-								
Inseguridad Alimentaria	0.14*	0.03	1							
Diversidad Alimentaria	0.07	0.04	+0.20**	1						
Dificultades Fisiológicas	-0.04	-0.29**	-0.32**	-0.24**	1					
Alteraciones en la percepción de sí mismo y otros	-0.01	-0.18**	-0.31**	-0.10	-	1				
Alteración en la regulación de impresiones	-0.03	-0.21**	-0.19**	-0.09	-	-	1			
Ansiedad	0.01	-0.18**	-0.27**	-0.17**	0.68**	0.65**	0.52**	1		
Depresión	0.00	-0.22**	-0.23**	-0.16**	0.35**	0.74**	0.67**	-	1	
Bienestar	0.03	-0.10	-0.10	-0.19**	0.35**	0.33**	0.28**	-	-	1

Es importante además entender que la inseguridad alimentaria no solo afecta a la cantidad de alimento, también influye sobre la calidad y variedad de comidas ingeridas (Landaeta-Jiménez et al., 2016), de allí la importancia de evaluar otros constructos nutricionales como la diversidad alimentaria. En la presente investigación se presentaron puntuaciones promedio de diversidad alimentaria adecuadas, dato que concuerda con los hallazgos de la ENCOVI que indicaron que solo el 12,5% de los venezolanos describe a su alimentación como monótona.

No obstante, es necesario además indagar sobre la calidad de la dieta y recordar que en la presente muestra predomina la alimentación en base a: (a) cereales, raíces o tubérculos “carbohidratos”; (b) verduras y frutas sin vitamina A; (c) carnes de origen animal y (d) leche o productos lácteos; al tiempo que se carece del consumo de los siguientes alimentos (a) verduras de hoja verde oscura; (b) verduras y frutas ricas en vitamina A; (c) huevos y (d) leguminosas. Un patrón similar de consumo detallaron Landaeta-Jiménez et al., (2016), pues manifestaron que el 40% de las compras de alimentos en hogares venezolanos se conformaron por carbohidratos (ej. harina de maíz, pastas y arroz) y grasas, dejando de lado las proteínas como la carne animal o el huevo.

Una posible causa de tal patrón de consumo radica en que las dificultades económicas que atraviesan los hogares venezolanos, han obligado a concentrar las compras en calorías económicas deficientes en proteínas, minerales que tienden a generar hambre oculta (Landaeta-Jiménez et al., 2016).

Si bien la inseguridad alimentaria y el tipo de dieta descrita con anterioridad tiene un efecto documentado en la aparición de enfermedades físicas (Agaba y Agaba, 2004; Alaimo, et al., 2001; Cunha, 2000; Landaeta-Jiménez et al., 2016; Reddy, et al., 2016; Sesso et al., 2004 y Vozoris y Tarasuk, 2003), la presente investigación sirve de sustento para afirmar que también existen consecuencias psicológicas. Primordialmente, son la ansiedad y la depresión los factores clínicos que se encuentran considerablemente predichos por la

inseguridad alimentaria, pero no por la diversidad. Las características de ansiedad que reportan en mayor medida los jóvenes de sectores populares de Caracas, son la sensación de nerviosismo constante, acompañado de episodios de agobio, mientras que el rasgo depresivo más común generado por la inseguridad en el acceso de alimentos es la sensación de indefensión e incapacidad para solucionar problemas. Estos hallazgos concuerdan con los aportes dados por Alaimo, et al., (2001), Siefert et al., (2001) y Vozoris y Tarasuk (2003), todos afirman como la inseguridad alimentaria se constituye como un factor de riesgo que produce aumento de estrés, ansiedad y depresión, especialmente evidenciada esta última en la sensación de estar indefenso ante una condición de origen macro-social, usualmente estas reacciones psíquicas son localizadas como consecuencias inmediatas del malestar biológico o físico que generan las condiciones de privación alimentaria (Siefert et al., 2001; Vozoris y Tarasuk, 2003).

En cuanto a la influencia que la inseguridad alimentaria ejerce sobre los síntomas de estrés postraumático agrupados en las dimensiones de (a) dificultades fisiológicas; (b) alteración en la percepción de sí mismo y otros y (c) alteración en la regulación de impresiones, es prudente mencionar que aunque significativas, todas las predicciones poseen magnitudes de efecto bajas, por tanto la predicción lineal de los síntomas de estrés postraumático a partir de la inseguridad alimentaria, debe analizarse bajo perspectivas multivariadas más amplias que diluciden cual es el papel real que ocupan estos factores alimentarios en la aparición de estos síntomas psicológicos. Tal recomendación toma en cuenta la opinión de autores como Llorens (2013), quien sugiere que en contextos de pobreza, el estudio de las poblaciones adolescentes no debe ignorar que los factores de riesgo tienden a agruparse, de manera que la presencia de unos (ej. inseguridad alimentaria) tienden a multiplicar la aparición de otros, siendo precisamente estos escenarios multi-problemáticos el terreno fértil para la aparición de síntomas de estrés postraumáticos (Terr, 1991;

Herman, 2004; Van Der Kolk, 2015).

En palabras de Roozendaal, Mcewen y Chattarji (2009) no se puede negar que gran parte de las alteraciones psiquiátricas (entre ellas los síntomas de estrés postraumático) guardan una notable relación con historias de abandono, violencia, maltrato, abuso sexual o asaltos; siendo todos estos factores de riesgos probables en contextos de pobreza (Llorens, 2015), donde la inseguridad alimentaria es solo un riesgo paralelo, que se suma a la considerable lista de eventos adversos que en conjunto son los agentes causales de los síntomas traumáticos. Bajo esta lógica tiene sentido, como por ejemplo el efecto indirecto de la inseguridad alimentaria sobre la alteración en la percepción de sí mismo y otros, pasando por la depresión y la ansiedad es mayor que cualquiera de los efectos directos reflejados en el diagrama de rutas.

Pese a la anterior argumentación, no deja de ser llamativo como todas las dimensiones de los síntomas de estrés postraumáticos, excepto la alteración en la regulación de impresiones, son predichos por la inseguridad alimentaria. En el caso de los síntomas fisiológicos, a mayor inseguridad mayores serán los síntomas físicos, siendo los predominantes en esta muestra los dolores de cabeza, los malestares estomacales y los problemas para conciliar y mantener el sueño. Estos hallazgos son similares a los reportados por Brown (2002), quien sugiere que cuando hay problemas de inseguridad alimentaria y pobreza, suelen darse dificultades de salud que aumentan las probabilidades de que las personas ameriten en alguna ocasión ser hospitalizados, siendo los síntomas más comunes infecciones, resfriados, dolores de cabeza y estómago.

En el caso de las alteraciones en la percepción de sí mismo y otros, se halló que dicha dimensión se encuentra predicha por la inseguridad alimentaria, de manera que a mayor dificultad para el acceso en los alimentos, mayores serán las distorsiones que presentaran los jóvenes en la percepción de sí mismo y otros. Estos resultados concuerdan con la idea de que los jóvenes en hogares hambrientos son susceptibles a

experimentar dificultades de concentración, fatiga, irritabilidad y agresión (Brown, 2002).

Todos estos hallazgos plantean una redefinición en los servicios de atención para jóvenes en hogares hambrientos, por ejemplo Kleinman et al. (1998), sugieren que los adolescentes en condiciones crónicas de inseguridad alimentaria, pudieran requerir servicios educativos especiales que tomen en cuenta esta condición de desventaja, para alcanzar niveles de productividad adecuados en la sociedad. Tal recomendación concuerda con planteamientos dados por autores de la línea del trauma, Van Der Kolk (2015) indica "las escuelas pueden servir como islas de seguridad en un mundo caótico" (p.400), refiriéndose al papel que el sistema educativo puede desempeñar en la creación de sentimientos de agencia, que instalen la resiliencia necesaria para lidiar con las condiciones traumatizantes presentes en las comunidades (ej. la inseguridad alimentaria).

## Conclusiones

En la presente investigación, se pudo evidenciar que en la muestra de jóvenes encuestados de sectores populares de Caracas, existen leves niveles de inseguridad alimentaria y puntuaciones promedio adecuadas, para la cantidad de alimentos que consumen los sujetos. No obstante, la calidad de la dieta de muchos de los hogares resulta interesante de evaluar, pues en ella predominan los carbohidratos y grasas que suponen calorías económicas pero deficientes en proteínas.

En cuanto a las hipótesis planteadas la inseguridad alimentaria predice a todas las dimensiones de la salud mental y de los síntomas de estrés postraumático, con excepción del bienestar psicológico y las alteraciones en la regulación de impresiones. La ansiedad es el factor que más se encuentra predicho por la inseguridad alimentaria, de manera que a mayor inseguridad en el acceso a los alimentos, mayor son las puntuaciones en escala de ansiedad. Resultados similares se hallaron para la depresión.

Por otro lado, la diversidad alimentaria presenta un valor predictivo limitado, al influir de forma muy leve al bienestar psicológico y las dificultades fisiológicas. La edad es la única variable que incluida en el modelo no ejerce ninguna influencia sobre los factores psicológicos evaluados. Es así como los resultados hallados, comprueban que existe una influencia significativa de las variables nutricionales sobre alteraciones psicológicas.

## Referencias

- Agaba, E. & Agaba, P. (2004). Prevalence of malnutrition in Nigerians with chronic renal failure. *International Urology and Nephrology*, 36, 89-93.
- Alaimo, K., Olson, C., Frongillo, E. & Briefel, R. (2001). Food insufficiency, family Income, and health in US preschool and school-aged children. *American Journal of Public Health*, 91 (5), 781-786.
- Angelucci, L. (2007). Análisis de ruta: Conceptos básicos. *Analógicas del Comportamiento*, 9, 31-59.
- Brown, J. (2002). Introduction. En Center on Hunger and Poverty (Eds.). *The consequences of hunger and food Insecurity for children* (pp. 3-10). Brandeis, USA: ConAgra Foods.
- Carter, K., 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*, 1-9.
- 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.
- Coates, J., Swindale, A. & Bilinsky, P. (2007). *Household food insecurity access scale (HFIAS) for measurement of food access: Indicator guide*. Washington D.C., USA: Food and Nutrition Technical Assistance Project, Academy for Educational Development.
- Cunha, A. (2000). Relationship between acute respiratory infection and malnutrition in children under 5 years of age. *Acta Paediatrica*, 89, 608-609.
- De Carlo, C., Kaltman, S. & Miranda, J. (2015). Poverty and mental health: How do low-income adults and children fare in psychotherapy?. *Journal of Clinical Psychology*, 69 (2), 115-126.
- España, L. (2015). Encuesta sobre condiciones de vida en Venezuela: Pobreza y misiones sociales. *IIES/UCAB*, recuperado de [http://www.rectorado.usb.ve/vida/sites/default/files/2015\\_pobreza\\_misiones.pdf](http://www.rectorado.usb.ve/vida/sites/default/files/2015_pobreza_misiones.pdf)
- Evans, G. (2004). The environment of childhood poverty. *American Psychologist*, 59 (2), 77-92.
- Hatloy, A., Hallund, J., Diarra, M. & Oshaug, A. (2000). Food variety, socioeconomic status and nutritional status in urban and rural areas in Koutiala (Mali). *Public Health Nutrition* 3, 57-65.
- Herman, J. (2004). *Trauma y recuperación: cómo superar las consecuencias de la violencia*. Madrid, España: Espasa Hoy.
- Hoddinott, J. y Yohannes, Y. (2002). *Dietary diversity as a food security indicator*. Washington DC, USA: Fanta.
- Kennedy, G., Ballard, T. & Dop, M. (2013). *Guía para medir la diversidad alimentaria a nivel individual y del hogar*. Roma, Italia: FAO.
- Kerlinger, F. & Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento: Métodos de Investigación en ciencias sociales*. (5 ed.). Ciudad de México, México: McGraw Hill.
- King, L., King, D., Lesking, G. & Foy, D. (1995). The Los Angeles Symptom Checklist: A self-report measure of posttraumatic stress disorder. *Assessment*, 2, 1-17.
- Kleinman, R., Murphy, J., Little, M., Pagano, M., Wehler, C., Regal, K. & Jellinek, M. (1998). Hunger in children in the United States: Potential behavior and emotional correlates. *Pediatrics*, 101.

- Landaeta-Jiménez, M., Cuenca, M., Vásquez, M. & Ramírez, G. (2016). La alimentación de los venezolanos. Encuesta nacional de condiciones de vida 2015. En ENCOVI (Eds.) *Venezuela: vivir a medias* (pp.71-89). Caracas, Venezuela: UCAB Ediciones.
- Levy, E. (2014). *El DSM en cuestión: una crítica de la categoría de estrés postraumático*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Polemos.
- Llorens, M. (2013). *Arte, adolescencia e identidad*. En M. Llorens, X. Jimenez, N. Mora & E. Oteyza (Eds.) *La belleza propia: Arte, adolescencia e identidad* (pp. 28-39). Caracas, Venezuela: Fundación Empresas Polar.
- Llorens, M. (2015). *Psicoterapia políticamente reflexiva: hacia una técnica contextualizada*. Caracas, Venezuela: Editorial Equinoccio.
- Lobo, A., Pérez, M. & 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.
- Martín Baró, I. (1988). La violencia política y la guerra como causas del trauma psicosocial en El Salvador. *Revista de Psicología de El Salvador*, 28, 123-141.
- Martins, A. & Iglesias, M. (2017, Enero). Las consecuencias psicológicas del hambre en Venezuela. Artículo presentado en ponencia del proyecto relatos del hambre, Caracas, Venezuela.
- Martínez-Arias, R. (1995). *Psicometría*. Madrid, España: Síntesis Psicológica.
- 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.
- Mugisha, J., Muyinda, H., Wandimbe, H. & Kinyanda, E. (2015). Prevalence and factors Disorder seven years after the conflict in three districts in northern Uganda (The Wayo-Nero Study). *BMC Psychiatry*, 15, 1-12.
- Moreno, A. (2015, Diciembre 9). Hambre. El Nacional. Recuperado de [http://www.elnacional.com/noticias/historico/hambre\\_39471](http://www.elnacional.com/noticias/historico/hambre_39471).
- 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.
- Pfeiffer, S., Ritter, T. & Hirsland, A. (2011). Hunger and nutritional poverty in Germany: quantitative and qualitative empirical insights. *Critical Public Health*, 21 (4), 417-428.
- Prakash, J., Raja, R., Mishra, R., Vohra, R., Sharma, N., Wani, I. & Parekh, A. (2007). High prevalence of malnutrition and inflammation in undialyzed patients with chronic renal failure in developing countries: A single center experience from eastern India. *Informa Healthcare*, 29, 811-816.
- Reddy, V., Kusuma, Y., Pandav, C., Goswami, A. & 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, 155-160.
- Rodríguez, P. (2002). Análisis de historias clínicas

- de estudiantes universitarios con dificultades económicas (Trabajo de ascenso no publicado). Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.
- Roosendaal, B., Mcewen, B. & Chattarji, S. (2009). Stress, memory and the amygdala. *Nature Reviews Neuroscience*, 10 (6), 423-433
- Sen, A. (1982). *Poverty and famines: An essay on entitlement and deprivation*. Estados Unidos, Nueva York: Oxford University.
- Sesso, R., Barreto, G., Neves, J. & Sawaya, A. (2004). Malnutrition is associated with increased blood pressure in childhood. *Nephron Clinical Practice*, 61-66.
- Siefert, K., Heflin, C., Corcoran, M. & Williams, D. (2001). Food insufficiency and the physical and mental health of low-income women. *The Haworth Press*, 32 (1), 159-177.
- Terr, L. (1991). Childhood Traumas: An Outline and Overview. *American Journal of Psychiatry*, 148 (1), 10-20.
- Van Der Kolk, B. (2015). *El cuerpo lleva la cuenta: Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. Barcelona, España: Editorial Eleftheria.
- Vozoris, N., & Tarasuk, V. (2003). Household food insufficiency is associated with poorer health. *The Journal of Nutrition*, 133, 120-126.
- WHO (2001). Basic documents (43rd ed.). Genoa, Italia: World Health Organization.