

ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS SÍNTOMAS INTERNALIZADORES Y EXTERNALIZADORES DE NIÑOS CARAQUEÑOS EN FUNCIÓN DE LA INSEGURIDAD ALIMENTARIA EXPERIMENTADA EN EL HOGAR

LILIANA BASSI

<https://orcid.org/0000-0002-1865-8260>

VERÓNICA HERNÁNDEZ

<https://orcid.org/0000-0002-8734-2382>

ANTONIO MARTINS

<https://orcid.org/0000-0001-5552-6761>

Escuela de Psicología, Universidad Católica Andrés Bello. Caracas, Venezuela.

Correo electrónico: antoniomartins422@gmail.com

Recibido: 6 de abril del 2022 / Aceptado: 19 de mayo del 2022

doi: [https://doi.org/10.26439/persona2022.n025\(1\).5844](https://doi.org/10.26439/persona2022.n025(1).5844)

RESUMEN. El objetivo de la presente investigación consistió en comparar los síntomas internalizadores (ansiedad y depresión) y externalizadores (hiperactividad) de niños caraqueños en función del nivel de inseguridad alimentaria reportado por sus padres. Se planteó un diseño retrospectivo simple con una muestra conformada por 200 niños, con edades comprendidas entre los ocho y los doce años, y sus representantes, encargados de reportar los niveles de inseguridad alimentaria en el hogar y los síntomas de hiperactividad percibidos en sus hijos. Para el análisis se utilizó la técnica no paramétrica U de Mann-Whitney para comparar los síntomas ansiosos, depresivos e hiperactivos en función de altos y bajos niveles de inseguridad alimentaria. Los resultados sugieren condiciones moderadas de inseguridad alimentaria en los hogares. Además, en cuanto al conjunto de síntomas internalizadores, se halló que los hogares con mayor inseguridad alimentaria tienden a presentar niños con mayores manifestaciones de nerviosismo ($U = 865.50, p < .001, r = .36$), síntomas fisiológicos ($U = 1123.00, p = .02, r = .22$) y reacciones cognitivas e interpersonales de la depresión ($U = 1080, p = .01, r = .25$). Resultados similares fueron obtenidos para los síntomas externalizadores de hiperactividad ($U = 961.50, p = .001, r = .31$). Se discuten las implicaciones psicológicas de las diferencias encontradas.

Palabras clave: inseguridad alimentaria / síntomas internalizadores /
síntomas externalizadores / hambre

COMPARATIVE STUDY OF INTERNALIZED AND EXTERNALIZED SYMPTOMS OF CARAQUENIAN CHILDREN AS A FUNCTION OF FOOD INSECURITY AT HOME

ABSTRACT. This research aimed to compare the internalizing (anxiety and depression) and externalizing (hyperactivity) symptoms of Caraquenian children based on the level of food insecurity reported by their parents. A simple retrospective design was proposed with a sample of 200 children, aged between eight and twelve, and their representatives, in charge of reporting the food insecurity levels in their homes and the symptoms of perceived hyperactivity in their children. For the analysis of results, the non-parametric Mann-Whitney's U technique was used to compare anxiety, depressive and hyperactive symptoms based on high and low levels of food insecurity. Results suggest moderate conditions of food insecurity in the households. Furthermore, regarding the set of internalizing symptoms evaluated, it was found that households with greater food insecurity tend to have children with greater manifestations of nervousness ($U = 865.50, p < .001, r = .36$), physiological symptoms ($U = 1123.00, p = .02, r = .22$) and cognitive and interpersonal reactions to depression ($U = 1080, p = .01, r = .25$). Similar results were obtained for the externalizing symptoms of hyperactivity ($U = 961.50, p = .001, r = .31$). Psychological implications of the differences are discussed.

Keywords: food insecurity / internalizing symptoms / externalizing symptoms / hunger

“Yo tengo una duda para los psicólogos, ya mi estómago se acostumbró a comer una o dos comidas y por eso ya no me da hambre. Ya me siento bien con una comida ¿es posible que eso ocurra psicológicamente?”

Extracto del diario de campo de uno de los autores sobre un focus group con jóvenes caraqueños en contextos de exclusión psicosocial.

INTRODUCCIÓN

Los síndromes internalizadores y externalizadores forman parte de alteraciones afectivas que influyen en el funcionamiento de los jóvenes, afectan sus procesos de adaptación al entorno y dificultan la calidad de las relaciones sociales (Barlow & Durand, 2001). Al conjunto de síntomas experimentados de manera subjetiva, que están acompañados de sufrimiento y sin expresión manifiesta en el comportamiento, se les conoce como síndromes internalizadores. Mientras que aquellos que poseen una expresión directa en la conducta han sido definidos como síndromes externalizadores (Capello & De Moraes, 2011).

En el caso de los niños existen discusiones acerca de las manifestaciones que tienen las alteraciones ansiosas y del estado de ánimo. Por ejemplo, Gibb (2014), en un recorrido histórico acerca de la fenomenología de ambas condiciones, planteó que durante los años setenta los teóricos dudaban, por ejemplo, de los niveles clínicos que podría presentar la depresión en niños, pero muestra cómo actualmente hay un creciente reconocimiento de que incluso el trastorno depresivo mayor podría tener un lugar durante la etapa preescolar.

Autores como Wicks-Nelson e Israel (2005) han planteado la necesidad de diferenciar entre los síntomas, los síndromes y los trastornos, pues para ellos un síntoma alude a una experiencia puntual que, aunque resulte observable, no implica enfermedad, mientras que la etiqueta *trastorno*, debe ser reservada para las nociones depresivas o ansiosas como síndrome (esto es, como un conjunto de síntomas).

La anhedonia, el estado de ánimo triste, la incapacidad para resolver problemas y la irritabilidad (Wicks-Nelson & Israel, 2005) son algunos de los síntomas que tienen lugar en las experiencias depresivas infantiles; la irritabilidad es el indicador que tiende a diferenciar a los niños de los adultos (Gibb, 2014). Para el caso de la ansiedad, los síntomas resultan más heterogéneos, pero se ha llegado al acuerdo de que la mayoría de los cuadros ansiosos suelen agrupar respuestas fisiológicas (ej. cambios de frecuencia cardíaca), motoras (ej. salir corriendo) y subjetivas (nerviosismo) (Barlow & Durand, 2001; Halgin & Whitbourne, 2009; Wicks-Nelson & Israel, 2005).

Ambas experiencias, tanto la depresiva como la ansiosa (así como las alteraciones externalizadoras) forman parte de la individualidad de los sujetos. Sin embargo, aportes provenientes de subdisciplinas como la psicología clínica comunitaria (Llorens, 2015; Pérez de Antelo, 2003; Rodríguez, 2002) sugieren que tanto las condiciones físicas como las psicológicas covarían con las realidades sociales, es decir, las alteraciones psicológicas ocurren en un contexto que resulta necesario precisar (Evans, 2004).

Según la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI) (Universidad Católica Andrés Bello, 2020a, 2020b), Venezuela atraviesa en la actualidad una problemática generalizada que afecta distintas aristas de la sociedad, entre las cuales se pueden mencionar: la economía, la salud, la educación, las condiciones de empleabilidad, la seguridad personal y la alimentación. En cuanto a esta última, se ha discutido sobre la existencia de un declive nutricional sostenido en los venezolanos, que sigue directamente a la crisis del país, durante la cual han ocurrido diversos cambios en relación con la alimentación y la cobertura de programas sociales, situación de la que han resultado más afectadas las poblaciones de bajos recursos socioeconómicos (Martins, 2021; Solano et al., 2005).

Un constructo que dentro de la literatura aborda dicha realidad es el de inseguridad alimentaria, que se define como la dificultad que tienen las personas para tener acceso físico y económico a los alimentos suficientes para satisfacer así sus necesidades dietéticas básicas (Siefert et al., 2001). La inseguridad alimentaria es una noción que tiende a ser estudiada en contextos donde la pobreza ocupa un lugar preponderante; sin embargo, su presencia no es exclusiva de realidades que suponen dificultades económicas (para un tratamiento exhaustivo del constructo ver Yaro, 2004).

Para el caso venezolano, donde gran porcentaje de la población ha tenido un contacto directo con la pobreza, cobra preponderancia el estudio de la inseguridad alimentaria en los hogares, pues esta condición se ha agudizado en los últimos años de recesión económica, hasta el punto de que autores como España (2016) han sugerido que: “los años que corren se han convertido en una verdadera pesadilla para la economía de los hogares ... ahora es cuando el país de la era petrolera conoce el hambre” (p. 89).

Algunos de los descriptivos más llamativos reportados en la ENCOVI sugieren que el 87 % de los hogares en Venezuela se encuentran por debajo del umbral de la pobreza, calculado por medio de un método diseñado para la medición de las dificultades económicas que pudieran ser coyunturales. Un 93 % de las personas entrevistadas declararon insuficiencia de ingresos para la compra de alimentos; el 48 % de ellos consideró que su alimentación fue monótona y deficiente (España & Ponce, 2018).

Estos indicadores económicos podrían advertir que distintas realidades de la vida social en Venezuela se ven actualmente interferidas. Por ejemplo, Landaeta-Jiménez et al. (2016) manifestaron que, en el campo alimentario, la pobreza de ingresos ha ocasionado que los hogares venezolanos vean afectados sus patrones de comida. Dietas ricas

en carbohidratos, grasas y proteínas económicas de bajo nivel nutritivo se convirtieron en la rutina alimentaria que sigue gran proporción de los hogares venezolanos (Landaeta-Jiménez et al., 2016; Martins, 2017, 2018).

Todos estos elementos pueden entenderse como un problema de salud pública, en la medida en que diversas investigaciones que han trascendido el estudio de la inseguridad alimentaria han demostrado la asociación que existe entre ella y factores adversos, tales como consumo inadecuado de energía y nutrientes (Rose & Oliviera, 1997), disminución en los suministros alimentarios en el hogar (Kendall et al., 1996), aumento de la presión arterial (Sesso et al.; Vozoris & Tarasuk, 2003), la aparición de enfermedades renales graves (Agaba & Agaba, 2003; Prakash et al., 2007), la presencia de infecciones respiratorias (Cunha, 2000; Reddy et al., 2016; Vozoris & Tarasuk, 2003), dolores de cabeza y estómago (Alaimo et al., 2001) y obesidad (Olson, 1999), entre otras.

De importancia para la presente investigación es el hecho de que existen factores psicológicos asociados con la inseguridad alimentaria. Por ejemplo, en los hogares con mayor inseguridad alimentaria se han reportado mayores problemas emocionales en niños (Kleinman et al., 1998), mayores síntomas de ansiedad (Alaimo et al., 2001; Siefert et al., 2001; Vozoris & Tarasuk, 2003; Martins, 2017, 2018) e incluso síntomas depresivos (Siefert et al., 2001; Martins, 2017, 2018).

La mayoría de las investigaciones que estudian las consecuencias psicológicas activadas en contextos de inseguridad alimentaria, lo hacen en muestras de adultos o adolescentes, por lo que es necesario exponer y revisar evidencia sobre cómo la inseguridad alimentaria podría o no impactar sobre la psique de jóvenes en edad escolar.

En este contexto, un estudio desarrollado por Connell et al. (2005) se planteó el objetivo de explorar las percepciones de los niños sobre la inseguridad alimentaria en el hogar. Los autores contaron con 32 participantes con edades comprendidas entre los once y los dieciséis años, pertenecientes a áreas de bajos ingresos. Las entrevistas se manejaron de forma individual, semiestructurada y en profundidad (Connell et al., 2005).

Según Connell et al. (2005), las respuestas de los niños daban cuenta de la heterogeneidad de experiencias en contextos de inseguridad alimentaria, desde el aspecto psicológico de la preocupación hasta el aspecto cuantitativo de comer menos. Las respuestas más frecuentes aludían al uso de redes sociales informales para la adquisición de alimentos, al no tener elección en los alimentos que consumían y al comer menos. Solo dos niños indicaron que ellos u "otros niños" pasaron hambre. Y ningún niño habló de pasar todo el día sin comer. La mayoría de los niños 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 desempeñan los programas de desayuno y almuerzo escolar que proporcionan alimento a los niños, ya que algunos niños hablaron acerca de comer todo el almuerzo escolar para evitar tener hambre más tarde.

Por otro lado, McMartin et al. (2012) realizaron una investigación con el objetivo de examinar la asociación entre la calidad de la dieta y el diagnóstico de un trastorno de internalización en niños y adolescentes. Trabajaron mediante una encuesta transversal en toda la provincia de Nueva Escocia con estudiantes de quinto grado (de diez a once años) y sus padres. De las 291 escuelas públicas con alumnos de quinto grado, 282 participaron proporcionándoles a sus alumnos la documentación del estudio para que la llevaran a casa.

Entre los resultados relevantes para la presente investigación se halló que la calidad de la dieta no se asoció significativamente con los trastornos de internalización en niños. No obstante, en relación con los niños con poca variedad en sus dietas, aquellos con mayor variedad en sus comidas tuvieron una probabilidad estadísticamente más baja de recibir un diagnóstico de trastorno de internalización. Por último, la moderación dietética y el equilibrio no mostraron asociaciones estadísticamente significativas con los trastornos de internalización (McMartin et al., 2012).

En conclusión, McMartin et al. (2012) sugieren que los hallazgos actuales subrayan que la variedad dietética en los niños puede reducir el riesgo de desarrollar trastornos de internalización. Esto tiene implicaciones importantes para la prevención de enfermedades mentales debido a la naturaleza modificable de la dieta individual. No obstante, se necesitan estudios de intervención y estudios con un seguimiento más prolongado para ampliar las conclusiones de los resultados actuales.

En la literatura (Jyoti et al., 2005; McMartin et al., 2012) se ha puesto de manifiesto cómo las condiciones alimentarias escasas, monótonas y poco nutritivas inciden en el desarrollo de los jóvenes, afectando distintas esferas del funcionamiento psíquico, por lo que es relevante atender en la presente investigación la dimensión afectiva que se ve interferida por la inseguridad alimentaria.

Un trabajo teórico realizado por el Center on Hunger and Poverty (2002) recopiló vasta evidencia que demuestra distintos aspectos de relevancia para la presente investigación. En primer lugar, los chicos de nivel socioeconómico bajo, pertenecientes a hogares hambrientos, experimentan fatiga, irritabilidad y tienen mayores dificultades de concentración cuando se les compara con chicos que no pertenecen a ese nivel socioeconómico. En segundo lugar, es típico que, además, los niños de nivel socioeconómico bajo manifiesten conductas agresivas de índole destructiva. Y, por último, la evidencia demuestra que los niños y adolescentes que padecen inseguridad alimentaria son sujetos con mucha dificultad para relacionarse con otros y tienden a reportar la falta de amigos.

Entre los estudios que apoyan la propuesta resumida por el Center on Hunger and Poverty (2002) se encuentra el trabajo de Melchior et al. (2012), quienes realizaron una investigación con la finalidad de evaluar la relación entre la inseguridad alimentaria en

la primera infancia y los síntomas de depresión y ansiedad, agresión e hiperactividad y falta de atención de los niños.

Los resultados obtenidos por Melchior et al. (2012) mostraron que el 5.9 % de los niños del estudio experimentaron inseguridad alimentaria entre las edades de uno y cuatro años. A su vez, los niños que experimentaron inseguridad alimentaria tenían más probabilidades de tener niveles persistentemente altos de síntomas de depresión y ansiedad, hiperactividad y falta de atención, pero no agresividad.

Por último, Slopen et al. (2010) realizaron una investigación, durante un periodo de dos años, con el objetivo de comprender la asociación entre la pobreza y la inseguridad alimentaria con los problemas de externalización e internalización de los niños. Para emprender el estudio, los autores utilizaron, en un principio, una muestra de 2810 niños con edades comprendidas entre los cuatro y los catorce años, los que fueron tomados como línea base, ya que se le realizó una entrevista al inicio del estudio. Además de ello, los autores utilizaron una muestra de seguimiento con un rango de edad entre cinco y dieciséis años (Slopen et al., 2010).

Entre los resultados más relevantes, se encontró que los problemas de internalización y externalización fueron significativamente más frecuentes entre los niños que vivían en hogares pobres en comparación con los hogares no pobres y entre los niños que vivían en hogares con inseguridad alimentaria en comparación con los hogares con seguridad alimentaria (Slopen et al., 2010).

A modo de resumen, como se puede observar en la evidencia teórica (Center on Hunger and Poverty, 2002) y empírica (Melchior et al., 2012; Slopen et al., 2010), existe una tendencia a que los niños pertenecientes a hogares con alta inseguridad alimentaria tengan una mayor probabilidad de padecer síntomas depresivos, ansiosos e hiperactivos.

Tomando en cuenta todas las teorías, hallazgos discutidos e hipótesis que de ellos se deriven, la presente investigación compara los síntomas internalizadores (ansiedad y depresión) y externalizadores (hiperactividad) de niños caraqueños en función del nivel de inseguridad alimentaria en el hogar reportado por sus representantes.

MÉTODO

Participantes

Dos fueron las muestras utilizadas; la primera estuvo conformada por niños de sexo predominantemente femenino (53.5 %) estudiantes de instituciones de educación básica públicas (36.5 %) y privadas (63.5 %) del Distrito Capital y del estado Miranda, con edades comprendidas entre los ocho y los doce años ($M = 10$). Los niños encuestados

pertenecían a los siguientes cursos escolares de educación básica: segundo grado (12.5 %); tercer grado (26 %); cuarto grado (23 %); quinto (15 %) y sexto (23.5 %). La segunda muestra estuvo integrada por los representantes o padres, adultos de sexo masculino (31 %) y femenino (69 %), con edades comprendidas entre los 35 y los 64 años ($M = 40$).

El tipo de muestreo que utilizamos para las escuelas, los niños y los representantes 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 tuvo "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

Instrumentos para representantes

- Cuestionario Sociodemográfico para Representantes. Esta primera sección de los instrumentos administrados a los representantes constó de una serie de interrogantes que buscaron indagar el sexo del representante, su edad y el tipo de colegio donde estudia su representado. Además, este instrumento contó con la declaración de consentimiento informado por medio de la cual el padre expresó estar de acuerdo con que su representado participara en la investigación y aclaró el anonimato de la participación y el carácter voluntario del estudio, todo ello en conformidad con la declaración de Helsinki (Manzini, 2000).
- Escala de Acceso a la Inseguridad Alimentaria en los Hogares (HFIAS). Este instrumento originalmente contó con nueve reactivos formulados por Coates et al. (2007). Dicha versión original fue traducida al español y adaptada para contextos venezolanos en la investigación de Martins (2017); desde ese estudio, la escala fue reducida a ocho ítems, tomando en consideración la poca capacidad discriminativa de una de las afirmaciones. La escala cuenta con un formato de respuesta tipo Likert de cuatro puntos, que sirven para medir la frecuencia de ocurrencia ante cada afirmación, y de los cuales se infiere que a mayor puntaje promedio obtenido, mayor será la inseguridad alimentaria experimentada en los hogares.

Martins (2017), alertó que, en muestras de adolescentes venezolanos, se obtuvieron puntuaciones unidimensionales que explicaron un 54.49 % de la varianza total del test y que resultaron consistentes ($\alpha = .83$). Dicho hallazgo ha sido replicado en muestras de adultos caraqueños (Angelucci et al., 2020; Martins, 2018; Martins 2021) en las que el carácter unifactorial y consistente de las puntuaciones para fines diagnósticos se ha visto replicado. En la presente investigación, la estructura factorial del test fue evaluada mediante un análisis de

componentes principales, a partir del cual se extrajo un único factor que explicó un 59.70 % de la varianza total del test, al tiempo que en términos de consistencia interna se obtuvo una fiabilidad alta para efectos de diagnostico ($\alpha = .89$).

- **Cuestionario de Conducta de Conners para Padres.** La versión breve contiene diez ítems con afirmaciones frente a las cuales los padres deben expresar su acuerdo o desacuerdo y a través de los cuales se busca determinar qué características hiperactivas perciben en sus hijos. Para cada ítem existen cuatro opciones en formato Likert: 0 = nunca; 1 = a veces; 2 = frecuentemente y 3 = siempre. La puntuación se obtiene como un promedio de las respuestas emitidas por los padres, por lo que los valores definitivos de la escala también se situarán entre cero y cuatro; a mayor puntaje, mayores serán los síntomas de hiperactividad percibidos por los padres en sus hijos (Dogra & Lata, 2018).

Debido a que la versión abreviada del instrumento no se había utilizado en contextos venezolanos, para incluir este cuestionario en el presente estudio se procedió a realizar una prueba piloto que permitió evaluar las características psicométricas de las puntuaciones del test en la muestra pretendida.

En el estudio piloto, para un total de setenta padres, se halló una consistencia elevada para efectos de investigación y diagnostico ($\alpha = .86$) considerando los diez reactivos originales de la escala. Los ítems presentaron adecuados valores en términos de poder discriminativo, con correlaciones elemento-total entre .44 y .72. Posteriormente, se evaluó la estructura factorial del test, luego de cumplir el supuesto de adecuada intercorrelación de las variables introducidas al análisis de componentes principales ($KMO = 0.81$) y el no ajuste de la matriz de correlaciones a la matriz de identidad ($\chi^2 = 260.656$; $p = .000$). Del análisis de componentes principales se extrajo un único factor que explicó 45.89 % de la varianza total del test. Hallazgos similares fueron encontrados en la muestra definitiva del presente estudio, en términos de la estructura factorial del test (se obtuvo un solo factor que explicó el 37 % de la varianza total del test), y una consistencia interna adecuada para efectos de investigación ($\alpha = .78$).

Instrumentos para niños

- **Cuestionario Sociodemográfico para Niños.** En esta primera sección de los instrumentos se preguntó a los niños por su sexo, edad y el número de veces que usualmente comen durante un día.
- **Inventario de Depresión en Niños (CDI por sus siglas en inglés)** surge luego de la adaptación realizada por Kovacs (1992) del Inventario de Depresión de Beck (BDI por sus siglas en inglés). El CDI tiene como objetivo estimar el nivel de depresión

que padece un niño o adolescente a partir de la puntuación global obtenida por él mismo en el inventario. La puntuación total es el promedio acumulado en los veintiséis ítems que tiene el instrumento que cuenta con propiedades psicométricas adecuadas para muestras de niños venezolanos (Fhima & Márquez, 2011). En la presente investigación se obtuvo una estructura bifactorial que explicó el 31.77 % de la varianza total del test y que dio cuenta de la medición de las siguientes dimensiones: síntomas cognitivos e interpersonales de la depresión infantil ($\alpha = .75$) y síntomas emocionales y fisiológicos de la depresión infantil ($\alpha = .70$). Asimismo, las puntuaciones globales del instrumento presentaron una consistencia interna adecuada para fines de investigación ($\alpha = .78$).

- Escala de Ansiedad Infantil de Spence (SCAS). Esta escala (Spence, 1997, como se cita en Fhima & Márquez, 2011) fue construida para contextos australianos; sin embargo, posee adaptaciones para poblaciones hispanoparlantes que han sido realizadas en México (Hernández et al., 2010), Colombia (Crane & Campbell, 2010) y Venezuela (Fhima & Márquez, 2011). El instrumento se encuentra conformado por 38 ítems con un formato de respuesta tipo Likert que va desde cero (nunca) hasta tres (siempre); la puntuación total mínima es de 0 y la puntuación total máxima es de 3 (las puntuaciones de obtuvieron como promedios) y a mayor puntuación en la escala total o en sus factores, mayor será el nivel de ansiedad.

Para la presente investigación, el análisis de la estructura factorial de las puntuaciones arrojó la extracción de cuatro dimensiones que explicaron el 39.89 % de la varianza total del test y que facilitaron la medición de: nerviosismo ($\alpha = .85$); ansiedad social ($\alpha = .76$); rumiación ($\alpha = .73$) y síntomas fisiológicos ($\alpha = .65$). Como se observó, todas las dimensiones presentaron puntuaciones consistentes y lo mismo ocurrió para la escala total ($\alpha = .88$).

Procedimiento

El primer paso consistió en obtener una base de datos de la población de interés, que en este caso abarcó a los colegios públicos y privados asociados a la Unidad de Psicología "Padre Luis Azagra" en el Centro de Salud Santa Inés de la Universidad Católica Andrés Bello en Caracas (Venezuela).

Luego de obtener esta base de datos, se procedió a seleccionar aquellas escuelas de donde se extrajeron los sujetos de interés y que formaron parte de las muestras definitivas. Para elegir a los colegios se evaluaron dos criterios: accesibilidad a la escuela y pertinencia para el estudio. Seguidamente se enviaron cartas a las directivas de las instituciones necesarias para poder asegurar el número de sujetos requeridos para la muestra definitiva. Dichas cartas le explicaban al directivo de la institución el objetivo de la investigación y solicitaban permiso para el contacto con los representantes de los alumnos.

Una vez culminada esta etapa, se procedió a contactar a los representantes que manifestaron interés en participar en la investigación y que aceptaron que sus representados participaran en la misma. Acto seguido, se procedió a administrarles el instrumento de inseguridad alimentaria y el cuestionario de Conners a los representantes en las instalaciones educativas de correspondencia de sus hijos.

Finalizada la aplicación de los instrumentos a los representantes, se procedió a encuestar a los niños con los instrumentos destinados para dicha muestra. Esta se realizó en las instalaciones educativas, preferentemente en el aula de clases. La administración de ambos instrumentos se llevó a cabo en una sola sesión antes de las clases, esto con la finalidad de evitar la fatiga en los niños.

RESULTADOS

El análisis de los resultados se planteó siguiendo la estructura y el orden siguientes: análisis de confiabilidad y estructura factorial de los instrumentos utilizados (los expuestos en la sección de instrumentos); análisis descriptivos de las variables y contraste de las hipótesis de estudio por medio de la técnica no paramétrica Wilcoxon Mann-Whitney.

La Tabla 1 resume los estadísticos de tendencia central y dispersión que permiten hacerse una idea acerca del comportamiento de cada una de las distribuciones de puntajes obtenidos. Tal y como se observó, en los hogares encuestados se halló niveles moderados de inseguridad alimentaria ($M = 1.83$; $DE = 0.73$) y, de los síntomas psicológicos evaluados, la ansiedad social ($M = 2.24$; $DE = 0.59$), los síntomas fisiológicos de la ansiedad ($M = 1.94$; $DE = 0.54$) y la hiperactividad ($M = 1.83$; $DE = 0.54$) fueron los indicadores de mayor presencia en la muestra de niños.

Tabla 1
Estadísticos descriptivos para las variables estudiadas

Variable	M	DE
Nerviosismo (ansiedad)	1.58	0.49
Ansiedad social (ansiedad)	2.24	0.59
Rumiación (ansiedad)	1.93	0.62
Síntomas fisiológicos (ansiedad)	1.94	0.54
Síntomas cognitivos e interpersonales (depresión)	1.55	0.46
Síntomas emocionales y fisiológicos (depresión)	1.48	0.39
Hiperactividad	1.83	0.54
Inseguridad alimentaria en el hogar	1.83	0.73

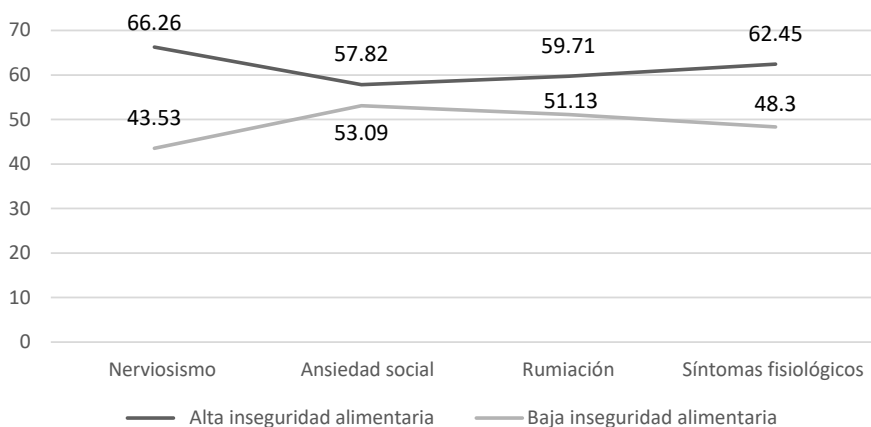
En el caso de la inseguridad alimentaria en el hogar, un análisis minucioso de todos los indicadores evaluados mostró que las mayores preocupaciones de los jefes del hogar giraron en torno a no tener suficiente comida en el hogar. Además, admitieron que en alguna oportunidad dejaron de comer o consumieron alimentos no preferidos por falta de recursos económicos en la familia.

Se efectuó un análisis percentilar de la distribución de puntajes obtenidos en la escala de inseguridad alimentaria para obtener los percentiles 25 y 75 de la distribución. Obtener dicha información resultó de importancia para realizar el contraste de hipótesis comparando los grupos extremos. En este sentido, aquellos sujetos que puntuaron por debajo de 1.38 (percentil 25) formaron parte del grupo de personas con baja inseguridad alimentaria, mientras que quienes puntuaron por encima de 2.38 (percentil 75) conformaron el grupo de sujetos con alta inseguridad alimentaria. Se optó por realizar el contraste de las hipótesis con la técnica de Wilcoxon Mann-Whitney, ya que, siguiendo las recomendaciones de Peña (2009), la variable independiente (inseguridad alimentaria en el hogar), al ser categorizada, asumió un nivel de medida ordinal. Por otra parte, se asume que esta variable no tiene una distribución normal en la población y, además, el presente estudio obtuvo una muestra > 30 sujetos que no fueron alcanzados por medio de un muestreo probabilístico.

Así, con la finalidad de verificar si existen diferencias en los síntomas de ansiedad reportados por los niños de la muestra en función de la existencia de alta o baja inseguridad alimentaria en el hogar manifestada por los padres, se procedió a calcular la U de Mann-Whitney para cada dimensión de ansiedad. Se encontró diferencias estadísticamente significativas en nerviosismo ($U = 865.50$, $p < .001$, $r = .36$) y en los síntomas fisiológicos de ansiedad ($U = 1123.00$, $p = .02$, $r = .22$). En ambos casos, los niños pertenecientes a hogares con alta inseguridad alimentaria manifestaron mayor nerviosismo (rango promedio = 66.26) y mayores síntomas fisiológicos (rango promedio = 62.45). Tras evaluar la magnitud del efecto a través del estadístico r , se obtuvo que las diferencias fueron moderadas. En la Figura 1 se observan las diferencias en rango promedio en las dimensiones de ansiedad.

Figura 1

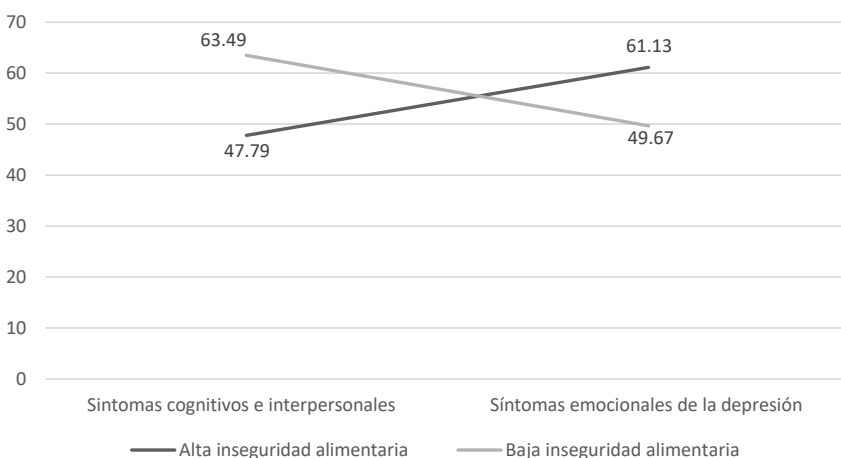
Gráfico de línea quebrada para la comparación de las dimensiones de la ansiedad en función de la inseguridad alimentaria en el hogar



En el caso de la depresión infantil, solo se observaron diferencias estadísticamente significativas en los síntomas cognitivos e interpersonales en función de la inseguridad alimentaria ($U = 1080$, $p = .01$; $r = .25$); los niños pertenecientes a hogares con baja inseguridad alimentaria son los que tienden a manifestar dichos síntomas en mayor medida (rango promedio = 63.49). A continuación, en la Figura 2 se presenta gráficamente la comparación de los rangos promedio para todas las dimensiones de la depresión.

Figura 2

Gráfico de línea quebrada para la comparación de las dimensiones de la depresión en función de la inseguridad alimentaria en el hogar



Por último, también se observaron diferencias estadísticamente significativas en hiperactividad en función de la inseguridad alimentaria ($U = 961.50$; $p = .001$; $r = .31$); los niños cuyos padres reportan mayor percepción de inseguridad alimentaria en el hogar (rango promedio = 65.33) tienden a reportar también mayores síntomas impulsivos de tipo hiperactivo, aunque esta diferencia es moderada en términos de la magnitud del efecto.

Tomando en consideración el carácter unidimensional de la escala de síntomas de hiperactividad, se procedió a calcular coeficientes de correlación de Pearson para cada uno de los ítems con la inseguridad alimentaria reportada en el hogar. Se halló que las asociaciones más elevadas se encontraron entre esta y percibir al niño como un destructor de ropa, juguetes u objetos ($r = .28$; $p < .001$) o sentir que él no acaba las labores que empieza ($r = 0.19$; $p < .001$).

DISCUSIÓN

El objetivo de la presente investigación fue comparar los síntomas internalizadores (ansiedad y depresión) y externalizadores (hiperactividad) de niños del Distrito Capital y del estado Miranda en función del nivel de inseguridad alimentaria en el hogar reportado por sus representantes.

El análisis descriptivo de la inseguridad alimentaria en el hogar reportada por los representantes de los niños incluidos en el estudio indicó que en los domicilios evaluados se percibieron moderadas dificultades para acceder a los alimentos nutritivos de una forma económica y suficiente. De manera específica, y tal como aconteció en investigaciones previas (Martins, 2017, 2018; Angelucci et al., 2020), los representantes de los niños manifestaron temor por no tener suficiente comida en el hogar y por tener que sacrificar los alimentos preferidos, pero, a diferencia de estas investigaciones recientes en contextos venezolanos, también hubo un elevado consumo de alimentos no preferidos en los hogares estudiados.

Los bajos ingresos salariales pueden ser una justificación parcial del compromiso existente en términos del acceso y consumo de los alimentos. El recrudecimiento 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, 2020a, 2020b).

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 de que, en los últimos siete años, la actividad económica se ha contraído en un 76 %, producto del choque externo que han impuesto fenómenos como la inestabilidad política, políticas económicas ineficientes, sanciones económicas recientes en contra del gobierno de turno y el impacto incalculable de la pandemia del COVID-19 (Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales, 2021).

Considerando este marco contextual, resulta necesario atender las consecuencias psicológicas que los niños pertenecientes a dichos hogares pueden presentar. Para ello es importante resaltar lo planteado por autores como Evans et al. (2005), quienes establecieron que en los hogares con dificultades económicas donde predomina un ambiente de tipo caótico suelen darse numerosas condiciones intratables e impredecibles que, a su vez, se han relacionado con la angustia psicológica en los niños. Por ello, la presente investigación sirve de sustento para afirmar que los hogares cuya economía se ve comprometida sirven de nicho para la aparición de síntomas internalizadores en los más jóvenes del hogar. El nerviosismo, los pensamientos fatalistas y los síntomas fisiológicos son los cuadros de tipo ansioso que predominan en hogares con alta inseguridad alimentaria.

Tal hallazgo referente a la ansiedad activada en contextos de alta inseguridad alimentaria ya ha sido documentado en muestras adultas extranjeras (Siefert et al., 2001; Vozoris & Tarasuk, 2003) y venezolanas adolescentes (Martins, 2017) y adultas (Martins, 2018). No obstante, para ser minuciosos en el análisis y discusión de resultados, se debe señalar que, con independencia del grupo etario de pertenencia, las muestras venezolanas documentadas y la evaluada en la presente investigación concuerdan en el hecho de que las sensaciones de agobio o nerviosismo, la aparición de síntomas fisiológicos y los pensamientos fatalistas parecen ser un común denominador ante condiciones como la inseguridad alimentaria, que es un fenómeno que suele escapar del control individual de los hogares, considerando que esta tiene una alta relación con las condiciones macroeconómicas de los países (Sen, 1982; Laraia, et al., 2006).

En la investigación de Martins (2021), que buscó comparar las reacciones psicológicas ante la inseguridad alimentaria en función del grupo etario de pertenencia, se halló que aquello que distingue a los niños en escenarios de inseguridad alimentaria son los sentimientos de culpa, preocupación, nerviosismo, susto, molestia y percepción de falta de cariño por parte de los adultos que se encuentran focalizados en la ardua tarea de la adquisición de los alimentos. Esto es parcialmente convergente con los hallazgos reportados en la presente investigación.

Por último, y en consonancia con los estudios de Bor et al., (1997), Center on Hunger and Poverty (2002) y Melchior et al. (2012), altos niveles de inseguridad alimentaria en

el hogar suelen verse acompañados por la presencia de mayores síntomas externalizadores como la hiperactividad, por lo que estos niños tienden a ser percibidos por sus padres como más impulsivos, irritables, llorones, inquietos, inconstantes y con poca tolerancia a la frustración.

El hecho de que la inseguridad alimentaria en el hogar manifieste una asociación predominante con la presencia de una percepción del niño como “destructor” invita a cuestionarse sobre el impacto que tienen las condiciones de exclusión psicosocial en la movilización de la ira. Ya Llorens (2013), en una obra que precisó algunas directrices para el autocuidado emocional de docentes que atienden a jóvenes en situación de violencia, indicó lo frecuente que resulta que los jóvenes expuestos a situaciones de injusticia social experimenten episodios de ira que los lleven a ser retadores o exasperantes ante los adultos cercanos. En palabras de la psiquiatra infantil Leonore Terr (1991), en gran medida esta rabia proviene de la indignación generada por tener que escuchar y experimentar episodios de injusticia que no tendrían lugar en contextos de oportunidades.

REFERENCIAS

- Agaba, E. I. & Agaba, P. A. (2003). Prevalence of malnutrition in Nigerians with chronic renal failure. *International Urology and Nephrology*, 36, 89-93. <https://doi.org/10.1023/b:urol.0000032708.59943.9e>
- Alaimo, K., Olson, C. M., Frongillo, E. A., Jr. & 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. <https://doi.org/10.2105/ajph.91.5.781>
- Angelucci, L., Martins, A. & Rodríguez, L. (2020). *Caminantes potenciales de la Gran Caracas: Una mirada psicosocial*. Equilibrium-CENDE.
- Bartlow, D. & Durand, M. (2001). *Psicología anormal* (2.ª ed.). Thomson Learning.
- Bor, W., Najman, J. M., Andersen, M. J., O'Callaghan, M., Williams, G. M. & Behrens, B. C. (1997). The relationship between low family income and psychological disturbance in young children: an Australian longitudinal study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 31(5), 664-675. <https://doi.org/10.3109/00048679709062679>
- Center on Hunger and Poverty (2002). *The consequences of hunger and food insecurity for children. Evidence from recent scientific studies*. Heller School for Social Policy and Management. Brandeis University.
- Capello, M. & De Moraes, C. (2011). Sintomas de internalização e externalização em crianças e adolescentes com excesso de peso. *Journal Brasileiro de Psiquiatria*, 60(1), 40-45. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852011000100008>

- Coates, J., Swindale A. & Bilinsky, P. (2007). *Escala del Componente de Acceso de la Inseguridad Alimentaria en el Hogar (HFIAS) para la medición del acceso a los alimentos en el hogar: Guía de indicadores*. FHI 360/Food and Nutrition Technical Assistance (FANTA) III Project. www.fantaproject.org
- 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. <https://doi.org/10.1093/jn/135.7.1683>
- Crane, A. & Campbell, M. (2010). Una comparación transcultural de síntomas de la ansiedad entre niños colombianos y australianos. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8(2), 497-516. <https://www.redalyc.org/pdf/2931/293122002003.pdf>
- Cunha, A. L. (2000). Relationship between acute respiratory infection and malnutrition in children under 5 years of age. *Acta Paediatrica*, 89(5), 608-609. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2000.tb00347.x>
- Dogra, P., Mondal, S., Bandhu, R., Kataria, D. & Ramesh, O. S. (2018). Correlation between Conner's Parent Rating Scale and autonomic functions in ADHD before and after methylphenidate. *Journal of Medical Science and Clinical Research*, 6(6), 959-963. <https://dx.doi.org/10.18535/jmscr/v6i6.162>
- España, L. (2016). Niveles de pobreza y cobertura de las misiones sociales. En Universidad Católica André Bello, *Venezuela vivir a medias. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2015 (ENCOVI)* (pp. 33-54).
- España, L. & Ponce, M. (2018). *Evolución de la pobreza*. IIES/UCAB. <https://www.ucab.edu.ve/wp-content/uploads/sites/2/2018/02/ENCOVI-2017-presentaci%C3%B3n-para-difundir-.pdf>
- Evans, G. (2004). The environment of childhood poverty. *American Psychologist*, 59(2), 77-92. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.2.77>
- 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. <https://doi.org/10.1111/j.0956-7976.2005.01575.x>
- 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.
- Gibb, B. E. (2014). Depression in children. En I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 374-390). The Guilford Press.
- Halgin, R. & Whitbourne, S. (2009). *Psicología de la anormalidad. Perspectivas clínicas en los trastornos psicológicos* (5.ª ed.). McGraw Hill.

- Hernández, L., Bermúdez, G., Spence, S., González, M., Martínez, J., Aguilar, J. & Gallegos, J. (2010). Versión en español de la escala de ansiedad para niños de Spence (SCAS). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(1), 13-24. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342010000100002
- Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales (2021). *Informe de coyuntura Venezuela*. Universidad Católica Andrés Bello. <https://www.ucab.edu.ve/wp-content/uploads/2021/11/Informe-de-coyuntura-06-2021-22062021-VF-1.pdf>
- 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. www.doi.org/10.1093/jn/135.12.2831
- Kendall, A., Olson, C. M. & Frongillo, E. A. (1996). Relationship of hunger and food insecurity to food availability and consumption. *Journal of the American Dietetic Association*, 96(10), 1019-1024. [https://doi.org/10.1016/S0002-8223\(96\)00271-4](https://doi.org/10.1016/S0002-8223(96)00271-4)
- Kerlinger, F. & Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento: Métodos de Investigación en ciencias sociales*. (4.ª ed.). McGraw Hill.
- Kleinman, R. E., Murphy, J. M., Little, M., Pagano, M., Wehler, C. A., Regal, K. & Jellinek, M. S. (1998). Hunger in children in the United States: Potential behavioral and emotional correlates. *Pediatrics*, 101(1), e3. <https://doi.org/10.1542/peds.101.1.e3>
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory CDI manual*. 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), 18-30. <http://ve.scielo.org/pdf/avn/v29n1/art04.pdf>
- Laraia, B. A., Siega-Riz, A. M., Gundersen, C. & Dole, N. (2006). Psychosocial factors and socioeconomic indicators are associated with household food insecurity among pregnant women. *The Journal of Nutrition*, 136(1), 177-182. <https://doi.org/10.1093/jn/136.1.177>
- Llorens, M. (2013). Autocuidado emocional para docentes. *Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales*.
- Llorens, M. (2015). *Psicoterapia políticamente reflexiva: hacia una técnica contextualizada*. Editorial Equinoccio.
- Manzini, J. L. (2000). Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta Bioethica*, 6(2), 321-334. <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2000000200010>
- 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. <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/6093>

- 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. <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/8858>
- Martins, A. (2021). *Efecto de la inseguridad alimentaria en el hogar sobre la salud mental según la etapa vital* [Tesis doctoral inédita]. Universidad Católica Andrés Bello.
- McMartin, S. E., Kuhle, S., Colman, I., Kirk, S. F. L. & Veugelers, P. J. (2012). Diet quality and mental health in subsequent years among Canadian youth. *Public Health Nutrition*, 15(12), 2253-2258. <https://doi.org/10.1017/S1368980012000535>
- Melchior, M., Chastang, J.-F., Falissard, B., Galéra, C., Tremblay, R. E., Côté, S. M. & Boivin, M. (2012). Food insecurity and children's mental health: A prospective birth cohort study. *Plos One*, 7(12), e52615. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0052615>
- Olson, C. M. (1999). Nutrition and health outcomes associated with food insecurity and hunger. *The Journal of Nutrition*, 129(2), 521S-524S. <https://doi.org/10.1093/jn/129.2.521s>
- Prakash, J., Raja, R., Mishra, R. N., Vohra, R., Sharma, N., Wani, I. A. & 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. *Renal Failure*, 29(7), 811-816. <https://doi.org/10.1080/08860220701573491>
- Pérez de Antelo, A. G. (2003). El eslabón perdido: una posible psicología clínica comunitaria. *Revista Venezolana de Psicología Clínica Comunitaria*, (3), 179-194. <http://biblioteca2.ucab.edu.ve/anexos/biblioteca/marc/texto/Psicologia%20Clinica3.pdf>
- Peña, G. (2009). *Estadística inferencial: una introducción para las ciencias del comportamiento*. Universidad Católica Andrés Bello.
- 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. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4934105/>
- Rodríguez, P. E. (2002). *Análisis de historias clínicas de estudiantes universitarios con dificultades económicas*. [Trabajo de ascenso no publicado] Universidad Católica Andrés Bello. <http://biblioteca2.ucab.edu.ve/anexos/biblioteca/marc/texto/AAP6446.pdf>
- Rose, D. & Oliveira, V. (1997). *Validation of a self-reported measure of household food insufficiency with nutrient intake data* (Technical Bulletins No 156808). United States Department of Agriculture, Economic Research Service. <https://ideas.repec.org/p/ags/uerstb/156808.html>

- Sen, A. (1982). *Poverty and famines: An essay on entitlement and deprivation*. Clarendon Press.
- 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. <https://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. https://doi.org/10.1300/J013v32n01_08
- Slopen, N., Fitzmaurice, G., Williams, D. R. & Gilman, S. E. (2010). Poverty, food insecurity, and the behavior for childhood internalizing and externalizing disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(5), 444-452. <https://doi.org/10.1097/00004583-201005000-00005>
- Solano, L., Barón, M. & Del Real, S. (2005). Situación nutricional de preescolares, escolares y adolescentes de Valencia, Carabobo, Venezuela. *Anales Venezolanos de Nutrición*, 18(1), 72-76. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&p id=S0798-07522005000100014
- Terr, L. (1991). Childhood traumas: an outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148 (1), 10-20. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.1.10>
- Universidad Católica Andrés Bello (2020a). *ENCOVI 2019-2020*. <https://www.proyectoencovi.com/encovi-2019>
- Universidad Católica Andrés Bello (2020b). *UCAB ENCOVI.2019-2020* [Video en línea]. https://www.youtube.com/watch?v=ph0QylaWJ_k
- Vozoris, N. T. & Tarasuk, V. S. (2003). Household food insufficiency is associated with poorer health. *The Journal of Nutrition*, 133(1), 120-126. <https://doi.org/10.1093/jn/133.1.120>
- Wicks-Nelson, R. & Israel, A. (2005). *Psicopatología del niño y del adolescente* (3.^a ed.). Prentice Hall.
- 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. <https://doi.org/10.1080/00291950410004375>