

UNIVERSIDAD DE BARCELONA

FACULTAD DE FARMACIA Y CIENCIAS DE LA ALIMENTACIÓN

EXPERIENCIAS Y CONDICIONES DE VIDA DE VARONES CON INSEGURIDAD ALIMENTARIA QUE DEPENDEN DE RECURSOS ASISTENCIALES

Trabajo Final de Grado

Rosalía Alcalde Belmonte

Trabajo de campo

Departamento de Nutrición, Ciencias de la Alimentación y Gastronomía

Junio de 2025



Resumen: Este estudio tiene como objetivo comprender, desde la experiencia personal, los factores sociales, culturales y económicos que influyen en la inseguridad alimentaria, como se la experimenta y percibe, así como también identificar diferentes estrategias para afrontarla. Para ello, se utiliza una metodología mixta, combinando técnicas cualitativas y cuantitativas. El trabajo de campo se realizó en un centro social situado en la Barceloneta durante marzo, abril y mayo de 2025. Se aplicó a 50 hombres una encuesta y la escala *Food Insecurity Experience Scale* (FIES), para medir la inseguridad alimentaria, complementándose con 10 entrevistas semi-estructuradas individuales, entrevistas informales y observaciones.

A través de los datos cuantitativos, se describen los factores socioeconómicos y demográficos más representativos entre los afectados. A continuación, mediante los discursos, se revela cómo la dependencia de recursos asistenciales afecta a la autonomía e identidad personal y, se señala una posible relación entre inseguridad alimentaria, “situación de calle”, adicciones y trastornos mentales. También se explora cómo es percibida la alimentación y qué significado adopta la palabra hambre en situación de extrema vulnerabilidad. Finalmente, se examina cómo la discriminación social y migratoria afecta a las personas y se vinculan ciertas condiciones laborales a una alimentación de peor calidad y, por ende, a una mayor probabilidad de padecer enfermedades.

Palabras clave: inseguridad alimentaria; varones; pobreza; hambre; asistencialismo; accesibilidad alimentaria; dieta.

Abstract: This study aims to understand, from personal experience, the social, cultural and economic factors that influence food insecurity, how it is experienced and perceived, as well as to identify different coping strategies. A mixed methodology is used, combining qualitative and quantitative techniques. The fieldwork was carried out in a social centre located in Barceloneta during March, April and May 2025. A survey and the *Food Insecurity Experience Scale* (FIES) were administered to 50 men to measure food insecurity, complemented by 10 semi-structured individual interviews, informal interviews and observations.

Quantitative data are used to describe the most representative socio-economic and demographic factors among those affected. Then, through the discourses, it is revealed how dependence on ‘welfare resources’ affects personal autonomy and identity, and a possible relationship between food insecurity, “street situation”, addictions and mental disorders is pointed out. It also explores how food is perceived and what meaning the word hunger takes on in situations of extreme vulnerability. Finally, it examines how social and migratory discrimination affects people and links certain working conditions to poorer quality food and therefore to a greater likelihood of suffering from illness.

Keywords: food insecurity; men; extreme poverty; hunger; welfarism; food accessibility; diet.

Este trabajo contribuye al alcance de algunos Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). A través de la escala FIES, se mide el grado de inseguridad alimentaria (leve, moderada o grave). A nivel global, estudios como este proporcionan datos que permiten avanzar hacia la erradicación de la pobreza extrema y el hambre. Pero la inseguridad alimentaria no se limita a la alimentación; es un fenómeno estrechamente relacionado con factores socioculturales y económicos que refleja desigualdades estructurales. Por ello, análisis como este visibilizan las injusticias y promueven la aplicación de políticas públicas a largo plazo que garanticen las condiciones básicas de existencia. En conclusión, este trabajo lucha por potenciar la inclusión social independientemente de las condiciones socioeconómicas y demográficas de la persona y, así, reducir las desigualdades que originan la inseguridad alimentaria. Finalmente, apoya el abordaje previo y multidimensional de la inseguridad alimentaria y, de esta manera, al reducir la incidencia de las patologías asociadas a ella, promueve la salud y el bienestar.

1. Introducción

La inseguridad alimentaria, la cual se refiere a la incapacidad de acceder, por falta de disponibilidad y/o recursos, de manera regular a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para un crecimiento y desarrollo normales y para llevar una vida activa y saludable (FAO, s. f.), representa un desafío para llegar a cumplir el Objetivo de Desarrollo Sostenible 2 (ODS 2) Hambre Cero (United Nations, s. f.)

Según datos publicados por Moragues y Magaña (2022), un 13,3% de los hogares españoles padece inseguridad alimentaria, lo que se traduce en una cifra de 6.235.900 personas (p. 11). Diferentes estudios coinciden en que la inseguridad alimentaria se agrava por distintos determinantes: composición del hogar, nivel socioeconómico y ayudas recibidas, estado de salud, hábitos alimentarios y condiciones laborales de los integrantes (Cruz Roja Española, 2023; Moragues y Magaña, 2022). Concretamente, se ha observado que aquellos hogares con mayor vulnerabilidad son los compuestos por parejas con hijos (y con otros miembros) y los unipersonales (Moragues-Faus y Magaña-González, 2022). Por otro lado, se ha identificado una conexión entre el hecho de recibir ayudas del entorno y/o ONG y entidades, ya sean monetarias o alimentarias, y la existencia de inseguridad alimentaria en el hogar (Moragues y Magaña, 2022). Respecto al estado de salud, se estableció una relación estadísticamente significativa entre inseguridad alimentaria y la presencia, en al menos uno de los integrantes del hogar, de sobrepeso, enfermedades crónicas o alguna discapacidad. De igual modo, se evidenció una relación directa entre el hecho de no alcanzar las recomendaciones de consumo de frutas, verduras y alimentos proteicos establecidas por las guías alimentarias (Agència de Salut Pública de Catalunya, 2019) y el padecimiento de inseguridad alimentaria. Finalmente, se determinó que los hogares con inseguridad alimentaria grave coinciden con aquellos en que un miembro o más se encuentra en una condición laboral precaria¹. Concretamente, se identificó que los hogares con más dificultades para llegar a fin de mes y/o un nivel socioeconómico más bajo se clasificaban en estados de inseguridad alimentaria más severos (Moragues y Magaña, 2022).

Así pues, teniendo en cuenta la relación significativa que existe entre la inseguridad alimentaria y el estado socioeconómico, la problemática está más presente en las regiones de España donde los indicadores socioeconómicos reflejan tasas más altas de vulnerabilidad. Entre los indicadores más relevantes destacan la población en riesgo de pobreza o exclusión social (tasa AROPE), analizado conjuntamente con los indicadores que miden la intensidad de la pobreza y la desigualdad (brecha de pobreza, porcentaje de la pobreza severa, relación S80/S20, índice de Gini e índice de Palma) (Llano et al., 2024), la carencia material y social severa, las dificultades económicas para llegar a fin de mes y el ingreso medio por persona (INE, 2025). En el año 2024, el Instituto Nacional de Estadística Español (INE, 2025) indicó que un 25,8% de las personas que residen en España estaban en riesgo de pobreza o exclusión social. Asimismo, un 8,3% de la población española padecía carencia material y social severa y un 9,1% llegó con “muchísima dificultad” a fin de mes. Finalmente, apuntaron que el ingreso medio por persona en 2023 era de 14.807 euros. Si bien estos indicadores han mostrado una mejora respecto al año 2023 y 2022, respectivamente, los resultados nos indican que la población en riesgo de pobreza y exclusión social sigue siendo elevada.

Este estado de vulnerabilidad socioeconómico tiene un impacto especialmente importante en el acceso a una alimentación adecuada y, la inseguridad alimentaria, aunque se pueda ver agravada, no es consecuencia de un fenómeno temporal sino que es un problema estructural que se ve influenciado por diferentes factores sociales, culturales y económicos, entre los cuales destacan la pobreza, el desempleo, la exclusión social, la falta de acceso equitativo a recursos básicos, los diseños urbanísticos de los barrios, el marketing y el desconocimiento generalizado sobre dieta saludable (Cruz Roja Española, 2023). En este contexto, el riesgo de exclusión social compromete tanto el acceso a los alimentos como su calidad y perfil nutricional, lo que se traduce a una mayor probabilidad de que estos grupos presenten patologías relacionadas con la dieta (Cruz Roja Española, 2023; Moragues y Magaña, 2022). Cabe destacar que esta

¹ Condición laboral precaria: algún miembro en edad laboral que está en paro (con o sin prestación), sin contrato laboral, en ERTE o con trabajo temporal.

situación no solo afecta a la salud física, sino que también se ve afectado el bienestar emocional. Las personas en estado de vulnerabilidad social muchas veces se enfrentan a diferentes cambios que pueden suponer un riesgo para su salud mental: disminución del poder decisional (Durán et al., 2021), una desvinculación de familiares y amigos (Verthein, 2017) y una adaptación a una nueva dimensión temporal, material y corporal (Llobet et al., 2022).

Ante esta realidad, las políticas públicas que se han implementado hasta el día de hoy resuelven el hambre momentáneamente a través de acciones que, en su gran mayoría, son de carácter asistencialista y planteadas desde una perspectiva de caridad. Estas iniciativas vienen teniendo un impacto limitado y, en muchos casos, insuficiente para erradicar la problemática (Durán et al., 2021). No obstante, es importante señalar que algunas de las nuevas estrategias planteadas, también mencionadas como *respuestas alternativas*, intentan visibilizar la pobreza como una responsabilidad colectiva y no solo del individuo que la sufre (Llobet et al., 2022). Estas nuevas iniciativas se consideran un avance en cuanto a las estrategias existentes para erradicar el hambre, sin embargo, el Objetivo de Desarrollo Sostenible 2 (ODS 2) Hambre Cero sigue siendo un reto social, económico, político y de salud (United Nations, s. f.).

Solucionar esta problemática requiere un análisis global y profundo de sus orígenes y de cómo se da y se experimenta tanto el hambre como las políticas públicas en la realidad social. En este sentido, este estudio pretende plasmar la inseguridad alimentaria de los miembros que acuden frecuentemente a un centro social situado en el barrio de la Barceloneta, donde se recurre a un servicio alimentario asistencialista. El objetivo es comprender, a través de las experiencias recopiladas, cómo es percibida y cómo impacta la inseguridad alimentaria en la vida cotidiana. Concretamente, se busca identificar qué factores sociales, culturales, políticos y económicos se asocian a ella.

2. Metodología

Para comprender la situación de la inseguridad alimentaria, los factores asociados y su impacto en personas en situación de vulnerabilidad socioeconómica, se adoptó una perspectiva interdisciplinar que permitió comprender esta problemática en toda su complejidad y en su multidimensionalidad. En este sentido, el trabajo se basó en aproximaciones teórico-metodológicas tanto de la nutrición y la salud pública como de las ciencias sociales, particularmente, de la sociología y la antropología de la alimentación. Se optó por un abordaje mixto que contempla tanto el uso de una técnica cuantitativa como la aproximación etnográfica (observación participante, entrevistas individuales semi-estructuradas y entrevistas informales).

Se trata de un trabajo exploratorio, descriptivo y de corte transversal, realizado en la ciudad de Barcelona (Cataluña, España). El trabajo de campo se realizó con hombres adultos en riesgo de exclusión social que acudían de manera recurrente a un centro social (institución de tipo no gubernamental), situado en el barrio de la Barceloneta, durante los meses de marzo, abril y mayo de 2025.

Fundado en 1979, el centro social cuenta con un equipo de 184 personas, compuesto por trabajadores/as, voluntarios/as, hijas de la caridad y estudiantes de prácticas. Tiene como objetivo la reinserción social mediante la atención y la orientación a personas en situación de exclusión social. Para ello, la entidad ha desarrollado varios proyectos, de los cuales un total de 1.155 personas fueron beneficiarias en 2024. El trabajo de campo se desarrolló a partir de tres de estos proyectos, diferenciados principalmente por el tipo de servicio que ofrecen. En primer lugar, el Centro de Estancia Limitada para personas convalecientes (CEL), caracterizado por una cobertura de servicios más amplia que el resto, ofrece alojamiento de manera temporal a hombres (exclusivamente) que tienen asociada una patología. En segundo lugar, el Centro de Día, el cual ofrece a sus usuarios la posibilidad de realizar todas las comidas en el centro, participar en diferentes actividades y hacer uso de los distintos recursos que proporciona el centro (como un espacio para poder descansar), aunque sin proporcionar alojamiento. Finalmente, el servicio de Acogida y Orientación (SAO), que consiste en administrar solamente el desayuno y dar acceso a diferentes recursos (como la higiene personal).

Se ha elegido este centro debido a que una de las investigadoras ejercía voluntariado, ya conocía el entorno y al equipo de trabajo y, por ende, tenía acceso facilitado a los participantes. Antes del inicio del trabajo de campo, se realizó una reunión de presentación del estudio con responsables y trabajadores de la institución para solicitar el consentimiento y realizar la investigación en el centro. Una vez se obtuvo la aceptación, se pactó personalmente con la responsable de voluntariado cómo se desarrollaría el trabajo de campo.

A todos los participantes se les entregó el consentimiento informado (ver Anexo 7) y ellos otorgaron su consentimiento para participar. Además, se les comunicó a cada uno de ellos, el objetivo principal de la investigación y el anonimato de los datos obtenidos en todas las etapas de la investigación (los nombres de los participantes indicados en el presente artículo son ficticios). Finalmente, este trabajo se desarrolló siguiendo el Código de Buenas Prácticas en Investigación de la UB (Universitat de Barcelona, 2010), y cumpliendo con los principios éticos pautados en la Declaración de Helsinki (WMA, 2013).

El trabajo de campo se dividió en dos partes:

Etapas cuantitativa

En esta etapa, se han recolectado datos cuantitativos para identificar el nivel de inseguridad alimentaria entre los hombres que acudían al centro. Los criterios de inclusión de la muestra en esta etapa fueron: hombres en situación de exclusión social que acuden al centro de forma recurrente y que muestren disponibilidad y voluntariedad para participar en la encuesta. Como criterio de exclusión se estableció: mujeres (ya que en el centro solo residen varones) y varones que no acuden al centro de manera recurrente.

Se realizó una encuesta ad hoc (ver Anexo 4) compuesta por 12 preguntas, que incluía datos socioeconómicos y demográficos (tipo de proyecto al cual pertenecen, edad, nacionalidad/origen, tiempo de residencia en España, nivel de estudios, ocupación, oportunidad de ser contratado, ayudas recibidas y patologías). Seguidamente, se aplicó la escala *Food Insecurity Experience Scale* (FIES) de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). Esta herramienta fue elaborada a partir de dos escalas previas basadas en la experiencia personal de los individuos: el Módulo Estadounidense de Encuesta sobre Seguridad Alimentaria en los Hogares y la Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA). La FIES está compuesta por ocho preguntas dicotómicas (sí/no) y, según las respuestas se clasifica el nivel de inseguridad alimentaria en tres grados: leve, moderado o grave (ver Anexo 5). La escala se puede aplicar tanto presencialmente, método escogido en este estudio, como telefónicamente. Durante su aplicación, surgieron entrevistas informales que no tenían un guion estructurado, pero que fueron útiles para complementar los datos cualitativos y su análisis, llevados a cabo en la siguiente etapa del trabajo. Un total de 50 hombres participaron en esta etapa cuantitativa, lo que corresponde a la casi totalidad de beneficiarios de CEL y Centro de Día.

Etapas etnográfica

En la etapa etnográfica, se han recolectado datos cualitativos a través de entrevistas semi-estructuradas (ver Anexo 6), observación participante y entrevistas informales.

Entrevistas semi-estructuradas

Se han realizado entrevistas individuales semi-estructuradas para poder comprender en mayor profundidad sus experiencias y percepciones de la inseguridad alimentaria. Para la selección de los participantes de las entrevistas, los criterios de exclusión de la primera etapa se mantuvieron, pero se añadieron otros: no haber participado en la encuesta, obtener una puntuación inferior a 3 en la aplicación de la escala FIES (es decir, presentar inseguridad alimentaria leve) y tener una barrera idiomática entre la entrevistadora y el entrevistado.

El guion de la entrevista se desarrolló específicamente para el presente estudio, en castellano, con base en la literatura científica sobre la inseguridad alimentaria (Cruz Roja Española, 2023; Moragues y Magaña, 2022; Verthein, 2018; Llobet et al., 2022; Durán et al., 2021). Este guion contenía preguntas abiertas que

ponían especial énfasis en la relación existente entre las prácticas alimentarias, la presencia de patologías, la condición sociocultural y económica y las experiencias y percepciones de la inseguridad alimentaria. Asimismo, se adaptó este guion según las características de las personas entrevistadas (por ejemplo, si eran migrantes o no) y el proyecto asistencial al que acudían dentro del mismo centro. Según estos aspectos, el guion de la entrevista incluía aproximadamente entre 27 y 30 preguntas principales. No obstante, en función del perfil del entrevistado, la mayoría de las preguntas se acompañaban de cuestiones complementarias que permitían profundizar sobre las distintas situaciones. Se realizaron un total de 10 entrevistas individuales semi-estructuradas, de forma presencial, que duraron aproximadamente 1 hora. El tamaño de la muestra para la realización de las entrevistas se definió de acuerdo con la disponibilidad de los participantes y según el método de saturación de los datos recolectados, es decir, el punto en que ya no se recolecta nueva información (Grady, 1998). Los entrevistados tenían una media de edad de 43 años, la mayoría había alcanzado la educación secundaria obligatoria y solo uno de ellos era español (ver Tabla 4 y Tabla 5 en Anexo 8). Las entrevistas fueron grabadas con el consentimiento de los participantes e íntegramente transcritas.

Observación participante

Esta etapa consistió en una inmersión en el contexto de estudio a través de la técnica de observación participante. Dado que la investigadora realizaba voluntariado en el centro, ha seguido de cerca el desarrollo diario de su actividad y el día a día de los participantes. Esta técnica es complementaria a las otras técnicas y permite confrontar la realidad observada con los discursos y otros datos obtenidos. Con el fin de facilitar la interacción, se procuró observar los momentos de las comidas y establecer un vínculo entre el entrevistado y la entrevistadora mediante la participación en conversaciones informales durante estos periodos. La atención a las manifestaciones verbales y no verbales (gestos, expresiones, etc.) ayudó a orientar con mayor precisión las entrevistas, sobre todo en lo relacionado con las prácticas alimentarias.

Análisis de los datos

Los datos cuantitativos de la escala FIES se analizaron teniendo como base las indicaciones de la FAO. De esta manera, se clasificaron los casos de inseguridad alimentaria según su severidad. Cuando el usuario solo afirmaba las preguntas que hacían referencia a la incertidumbre sobre la posibilidad de obtener alimentos adecuados de manera continua en el futuro, se situaba en inseguridad alimentaria leve. Cuando el usuario se veía obligado a reducir la calidad y/o la cantidad de los alimentos consumidos, se clasificaba en inseguridad alimentaria moderada. Finalmente, tenían inseguridad alimentaria grave aquellos que se habían quedado sin alimento y/o un día o varios sin comer (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura [FAO], s.f.) (ver Anexo 4).

A continuación, se analizaron los datos a partir de una estadística descriptiva, la cual tiene como objetivo describir, en el apartado de resultados, cómo se comportan las variables obtenidas a partir de la encuesta (tipo de proyecto al cual pertenecen, edad, nacionalidad/origen, tiempo de residencia en España, nivel de estudios, ocupación, oportunidad de ser contratado, ayudas recibidas y patologías) con el grado de inseguridad alimentaria. Es importante destacar que, tal como indica la FAO, los ítems que conforman la FIES se han analizado de manera conjunta, lo que permite aportar una mayor fiabilidad en los resultados (United Nations, s. f.).

Para el análisis de los datos cualitativos, se ha realizado un análisis temático (Kivits et al., 2023) en el cual los discursos obtenidos en las entrevistas fueron sistematizados y codificados manualmente. La categorización en temas se realizó tanto previamente, como también de manera emergente a partir de los discursos que surgieron durante el desarrollo de las entrevistas informales y semiestructuradas. Finalmente, se han identificado las siguientes temáticas con sus respectivas subcategorías: experiencias vividas desde la inseguridad alimentaria, las significaciones del hambre y del comer saludable en situación de precariedad social, condiciones de vida que acompañan la inseguridad alimentaria y condiciones laborales y sus repercusiones sociales.

3. Resultados y discusión

La mayor parte de la muestra (n=50) forma parte del programa CEL (46%), mientras que sólo un 18% recibe ayuda del proyecto SAO. Se observa que el 78% de los participantes son extranjeros y, aunque el 65,80% lleva más de dos años residiendo en España, únicamente el 7,89% ha adquirido la nacionalidad española (ver Tabla 1 en Anexo 1). La edad de los participantes es variada, pero el 48% tiene entre los 40 y 60 años. El 34% ha alcanzado como máximo la Educación Secundaria Obligatoria (ESO), no obstante, un 40% posee niveles formativos superiores (ver Tabla 1 en Anexo 1). En cuanto a la situación laboral, el 48% ha tenido contrato previo, pero actualmente el 96% carece de contrato. Además, el 92% manifiesta padecer alguna enfermedad; entre ellas destacan la cirrosis, el cáncer, la hipertensión y la diabetes. La totalidad de la muestra recibe ayuda alimentaria del centro, pero tan solo el 40% recibe también ayudas económicas, hecho que provoca que sea un sector especialmente vulnerable socioeconómicamente (ver Tabla 1 en Anexo 1).

3.1. La inseguridad alimentaria según la encuesta FIES

El análisis de la escala FIES revela que el 76% de los beneficiarios presenta algún grado de inseguridad alimentaria. Esto nos indica que la inseguridad alimentaria representa una problemática común entre aquellos con extrema vulnerabilidad que dependen de recursos asistenciales (ver Tabla 2 en Anexo 2).

La mayoría de los participantes provienen de los proyectos de CEL y Centro de Día, solamente un 15,79% de los atendidos pertenecen al proyecto SAO (ver Tabla 2 en Anexo 2). Además, se observa una relación entre la inseguridad alimentaria y ciertos factores demográficos y socioeconómicos: el 84,21% de las personas con inseguridad alimentaria son extranjeras y entre ellas, solo el 9,68% presenta nacionalidad española. Asimismo, el 41,94% lleva dos años o menos en España, lo que indica una fuerte asociación entre migración, nacionalidad e inseguridad alimentaria (ver Tabla 2 en Anexo 2).

En el ámbito laboral, el 57,89% no presenta contrato laboral previo y el 94,74% carece de contrato actual. Esta precariedad económica los somete a la necesidad de depender de ayudas tanto alimentarias (100%) como monetarias (55,26%) (ver Tabla 2 en Anexo 2). Estas últimas, según los datos, son más frecuentes entre los inmigrantes sin nacionalidad española pero con contrato laboral previo (ver Tabla 3 en Anexo 3).

En referencia a la distribución por edad, la inseguridad alimentaria se distribuye de manera heterogénea entre los distintos rangos; no obstante, un 65,78% de los afectados se sitúan entre los 30-60 años, lo que pone de relieve su impacto en la población adulta en edad laboral. En relación con el nivel educativo, el 26,31% de quienes padecen esta condición no ha alcanzado la Educación Secundaria Obligatoria (ESO), mientras que el 73,67% sí la ha completado, e incluso un 39,46% ha cursado niveles superiores como bachillerato, formación profesional (FP), universidad y/o máster. Ante esto, se sugiere que un mayor nivel educativo no es un factor protector definitivo frente a la inseguridad alimentaria (ver Tabla 2 en Anexo 2).

Finalmente, cabe destacar, que las condiciones de salud parecen estar asociadas a esta situación, ya que solo el 10,53% de las personas con inseguridad alimentaria presenta ausencia de patologías (ver Tabla 2 en Anexo 2).

El análisis, según el nivel de severidad, indica que el 86,85% de los beneficiarios presentan inseguridad alimentaria grave, particularmente entre aquellos que provienen de SAO (21,21%), lo que sugiere una posible relación entre el tipo de proyecto y la inseguridad alimentaria (ver Tabla 2 en Anexo 2).

A nivel educativo, tanto en los casos de inseguridad alimentaria grave como en los de moderada, un gran porcentaje de participantes ha alcanzado la Educación Secundaria Obligatoria (ESO), con un 66,67% y 36,36%, respectivamente. Por el contrario, sólo un 6,06% de quienes padecen inseguridad alimentaria grave finalizaron un grado universitario (ver Tabla 2 en Anexo 2). En este contexto, se observa que la edad también desempeña un papel diferenciador en la severidad de la inseguridad alimentaria y permite identificar rangos de edad especialmente vulnerables. Mientras que el 33,33% de las personas con inseguridad alimentaria grave tienen entre 30-40 años, en los casos de inseguridad alimentaria leve o moderada, todos superan los 50 años (ver Tabla 2 en Anexo 2).

En el ámbito laboral, solo en los casos de inseguridad leve o grave se encuentran participantes con contrato laboral vigente. No obstante, la situación de precariedad laboral se manifiesta con especial intensidad en los casos más severos, ya que mientras que en inseguridad alimentaria leve y moderada todas las personas tenían contrato laboral previo, en inseguridad alimentaria grave solo un 36,36% había tenido la oportunidad de ser contratado (ver Tabla 2 en Anexo 2). Estos factores pueden estar estrechamente relacionados con otros factores de vulnerabilidad como la migración y la nacionalidad. El 90,91% de las personas que padecen inseguridad alimentaria grave son migrantes y, aunque el 56,67% lleva más de dos años viviendo en España, solamente un 13,33% posee nacionalidad española. En esta misma línea, se observa que el 100% de las personas con inseguridad alimentaria leve llevan más de dos años en España, pero ninguno tiene la nacionalidad española (ver Tabla 2 en Anexo 2). Por lo tanto, se puede sugerir que una mayor permanencia en España no se traduce necesariamente en una menor exposición a la inseguridad alimentaria (ver Tabla 2 en Anexo 2).

En cuanto a las ayudas recibidas, todas las personas con inseguridad alimentaria acceden a ayuda alimentaria, independientemente del grado. Sin embargo, únicamente el 55,26% recibe también ayuda económica, con diferencias según el grado: mientras que el 50% y el 100% de las personas con inseguridad alimentaria leve y moderada reciben ayuda económica tan solo el 36,36% de las personas con inseguridad alimentaria grave tienen acceso a ayuda monetaria (ver Tabla 3 en Anexo 3). Esta situación sugiere una posible relación entre el acceso a apoyo económico y el haber tenido contrato previo, ya que un 63,64% de las personas en situación de inseguridad alimentaria grave carecen de contrato previo (ver Tabla 2 en Anexo 2).

Cabe destacar que, a lo largo del trabajo de campo y de la aplicación de la escala FIES, se ha observado que, aunque sea necesaria aplicarla, no es un instrumento que se adapte a condiciones de extrema vulnerabilidad y/o “situación de calle”. Con este testimonio se pueden apreciar sus limitaciones:

“Entrevistadora- ¿Y tu hogar o tu casa se ha quedado sin alimentos este último año?

P- No, porque no he tenido casa.” (Pedro)

3.2. La inseguridad alimentaria a través de las narrativas

3.2.1. Experiencias vividas desde la inseguridad alimentaria

Actualmente, a nivel estatal se ofrecen tres tipos de ayudas para hacer frente a la precarización alimentaria. En primer lugar, se encuentran los “recursos asistencialistas” que consisten en dar suministros alimentarios a las personas que acuden a centros y/o instituciones. Este recurso está enfocado desde una perspectiva de caridad y, idealmente sólo se deberían contemplar en momentos de emergencia, para resolver el hambre momentánea. En segundo lugar, encontramos las *prácticas nuevas*, las cuales consisten en administrar tarjetas monedero. En tercer lugar, se posicionan las *respuestas alternativas* que surgen después de la reflexión crítica del asistencialismo y las *prácticas nuevas*. Éstas consisten en generar proyectos comunitarios, como huertos comunitarios o cocinas colectivas, donde las personas sean partícipes de la producción de alimentos que consumen. Actualmente, las políticas públicas fomentan los recursos asistenciales, y en todo caso las llamadas *prácticas nuevas*, pero muy pocas veces nos encontramos ante *respuestas alternativas* (Llobet et al., 2022). El centro social donde se ha llevado a cabo el trabajo de campo es un centro de carácter asistencial. El predominio de estos centros como solución al hambre conlleva una serie de consecuencias. Por un lado, se ve afectado el poder decisorial, lo que conlleva a una aceptación sin decisión y, por ende, a una limitación de la autonomía de la persona beneficiaria con respecto a su alimentación (Durán et al., 2021):

“Entrevistadora- Para comer, ¿cómo lo haces?

R- Lo que me da la gente.” (Raúl)

“Solía ir a centros, pero mientras sea lo que encuentres y tu no lo prepares, te preocupas un poco y te preguntas: ¿cuándo resolveré mi situación para poder estar en propia casa y comer solo como me gusta? Pero ahora estoy bien. Tengo que esperar hasta que resuelva mi situación pero me gustaría estar en mi propia casa y preparar mi comida como quiero.” (Adrián).

“No puedes escoger, claro. Es lo que te dan. En el banco de alimentos es lo que te dan y ya está. Bueno, si no te gusta, puedes dar para otras. Y puedes intercambiar.” (Aran)

Por otro lado, la fragmentación de las ayudas, a causa de una ausencia de coordinación de los recursos, provoca que los entrevistados, sobre todo aquellos que están en “situación de calle”, focalicen todos sus esfuerzos diarios exclusivamente en la obtención de alimentos. Del mismo modo que ha observado Llobet et al. (2022), desarrollan verdaderos trayectos de búsqueda alimentaria: “itinerarios de precarización”. Como consecuencia, se ve afectada la dimensión temporal de las personas beneficiarias y por ello, se ven imposibilitadas a realizar actividades que les resultan satisfactorias y/o actividades que les son necesarias para mantener una buena salud física y mental, como tener tiempo de ocio, trabajar y/o acudir a atención médica:

“Yo aprendí a hacer un círculo por la ciudad de Barcelona caminando. Entonces, las personas que estábamos así lo llamábamos la política del hambre porque nos daban comida, pero nos tocaba caminar todo el día de un lugar a otro y hacer colas para poder comer. Entonces no nos daban la oportunidad de hacer algo diferente. Y si queríamos hacer algo diferente, teníamos que dejar de comer.” (John)

Además, se ve afectada la dimensión material y corporal. Por un lado, la falta de recursos impide el acceso a alimentos en cantidad adecuada, saludables y culturalmente aceptados:

“Muchas veces cuando iba a otros sitios me daban la comida y quedaba insatisfecho.” (John)

“Yo normalmente no quedo lleno con las comidas y siento hambre.” (John)

Por otro lado, suele haber una repercusión en la salud, tanto física como psíquica, a causa de la ansiedad, el estrés, la incertidumbre y la preocupación crónica que genera la búsqueda constante de comida, como también han relatado otros autores (Llobet et al., 2022; Herrera-Gutiérrez et al., 2017):

“En el COVID lo pasé mal. Siempre pensaba en experimentos por la comida. A ver qué tienes de comer mañana y tal...” (Antonio)

Entre muchos de los participantes, además se le suma el miedo al hurto, inherente a la “situación de calle”, lo cual agrava aún más las condiciones de estrés a las que están sometidos:

“Pues yo he tenido situaciones infortunadas que no tienen que ver con la alimentación. Yo estoy en situación de calle. Me he despertado dos veces con la ropa que tengo puesta, y ya, se me han llevado todo, el celular y todo.” (John)

“Estamos programados. Estamos ahí muy atados. Porque si no el equipaje nos lo roban todo.” (Rafa)

En este sentido, esta situación refleja cómo los propios usuarios desarrollan conocimientos y estrategias para afrontar el hambre. No obstante, estas estrategias no solo generan experiencias negativas que limitan su libertad, sino que también provocan que la identidad de la persona quede reducida a su carencia de alimentos, lo cual fomenta la estigmatización por parte de la sociedad (Llobet et al., 2022).

En lo que respecta a las *prácticas nuevas*, en términos generales, presentan más ventajas que desventajas. Como se ha demostrado en otros estudios (Llobet et al., 2022; Durán et al., 2021), promueven la autonomía, el poder de decisión y la identidad cultural de los beneficiarios. Al permitirles elegir libremente en qué productos invertir los recursos asignados y cómo cocinarlos no solo mejoran la calidad de la dieta, la cual acostumbra a ser más variada y adaptada a las necesidades individuales, sino que también refuerzan la identidad cultural y otras dimensiones sociales o emocionales de la alimentación a través de actividades como comprar alimentos y cocinarlos, según se refleja en el discurso de Fede, que es beneficiario de una tarjeta monedero:

“Cuando ceno, es porque me gusta cocinar. Me trae recuerdos con mi madre.” (Fede)

En definitiva no reducen la alimentación a una función puramente biológica, sino que también tienen en cuenta la multidimensionalidad del acto alimentario. No obstante, estas iniciativas tienen como desventaja el hecho de que no se cuestionan y, por ende, no luchan por transformar las causas estructurales que cronifican la inseguridad alimentaria (Llobet et al., 2022).

Al contrario, las *respuestas alternativas*, las cuales consisten en generar proyectos comunitarios, son las únicas que tienen como objetivo principal el reconocimiento del derecho a una alimentación digna, de calidad nutricional y desvinculada de recursos asistenciales basados en la caridad con el fin de devolver el poder de decisión y autonomía a la persona. Asimismo, no limitan la alimentación a una función biológica sino que contemplan la alimentación ligada a su rol social, simbólico e identitario. Además, la utilizan como herramienta para concienciar a los usuarios de que son capaces de adquirir nuevos conocimientos y adaptarse a nuevos desafíos (Durán et al., 2021). En este sentido, pretenden visibilizar la pobreza como resultado de dinámicas estructurales erróneas y no como consecuencia de decisiones individuales, lo cual evita responsabilizar al individuo que la padece. Sin embargo, la viabilidad de esta propuesta está condicionada por las políticas públicas locales (Llobet et al., 2022).

A partir de lo expuesto, resulta comprensible que los beneficiarios de un centro de carácter asistencial, al haber perdido la autonomía en su práctica alimentaria y haberse tenido que adaptar a nuevas ofertas culinarias, nuevos entornos donde comer, a cantidades impuestas por el servicio y horarios predeterminados, tiendan a reducir la importancia de la alimentación a su dimensión más básica, que es la de supervivencia (Bom y Gracia-Arnaiz, 2015). En este sentido, aunque el contexto sociocultural influya en las significaciones del acto alimentario (Fischler y Masson, 2008; Bom y Gracia-Arnaiz, 2015) y la muestra sea culturalmente diversa, los usuarios en su mayoría coinciden en una percepción funcional y biológica de la alimentación:

“Es importante para el cuerpo, para que el cuerpo pueda funcionar.” (Eduardo)

“La comida es la vida, cuando no comes todo se muere ¿vale?” (Adrián)

No obstante, si bien es cierto que la alimentación constituye una necesidad básica, también es cierto que el comer, para una minoría de los participantes, sigue siendo un acto social relacionado con el placer en sí mismo:

“Tener comida o no tener comida no es importante para mí. Lo que disfruto es cuando como con amigos y cuando hablo con ellos.” (Fede)

“Entrevistadora- ¿Te sientes a gusto cuando comes?”

“D- Sí, con x sí. Porque uno en Colombia, la hora del almuerzo es para compartir y conocer a la personita un poco más. Aquí de pronto no se usa eso.” (Darío)

Esta minoría, en su mayoría de origen colombiano, se explica porque, en situaciones de vulnerabilidad, es frecuente que la alimentación no sea percibida como un acto social, pues, aunque crear vínculo y compartir momentos sea de gran valor para estas personas (y a menudo se revalorizan), las condiciones en las que se encuentran provocan que lo perciban como algo difícil de alcanzar (Verthein, 2018; Herrera-Gutiérrez et al., 2017). Cabe destacar que, en contraste con otros centros o instituciones, el centro donde se realizó el estudio ofrece a sus comensales la oportunidad de elegir con quién sentarse.

“Tú eliges la compañía con la que te sientas. Yo siempre como con ellos. Son buena gente, no discutimos nunca. Me siento mejor con ellos.” (David)

“Hay veces que hay personas que hablan mucho en la mesa. Yo no quiero hablar mucho en la mesa, porque es la comida y me cambio de mesa...” (Adrián)

Esta opción es apreciada, ya que, por un lado, facilita la creación de vínculos con los compañeros y, por otro tanto, facilita la recuperación de la dimensión social de la alimentación y, por otro lado, permite compartir aspectos de la identidad al seguir conjuntamente ciertas normas en el acto de comer, especialmente cuando los integrantes de la mesa provienen de la misma cultura.

En efecto, la alimentación es parte fundamental de la identidad cultural y, a través de los alimentos y de las prácticas alimentarias, también se refleja el pertenecimiento a un grupo sociocultural (Contreras y Gracia, 2005; Herrera-Gutiérrez et al., 2017). Sin embargo, aunque la mayoría de los participantes no sean de origen español la comida que reciben pertenece a la cultura española. Esta oferta limita que los usuarios vivan la alimentación como un elemento de su identidad cultural y que disfruten de ella:

“La comida española es más saludable pero las comidas de mi país son más deliciosas.” (Fede)

Es por ello, que tal como mencionaba Jim Butler, Director General Adjunto de la FAO, en el foro del derecho a la alimentación, la alimentación es un derecho humano que debe garantizar el ‘*acceso a una alimentación inocua, nutritiva y culturalmente aceptable*’ (FAO, 2013, p. 171).

En esta línea, cabe destacar que una pequeña parte de los entrevistados sí dispone de acceso a la compra de alimentos y, en ese sentido, pueden “elegir” sus propios productos, buscando por ejemplo adecuar su alimentación culturalmente. No obstante, sus reducidos ingresos y/o la escasa disponibilidad de efectivo en las tarjetas monedero provocan que, especialmente tras la COVID y la guerra de Ucrania, sus elecciones alimentarias estén guiadas casi exclusivamente por el precio, sin considerar otras dimensiones como, por ejemplo, la calidad nutricional y/o la variedad de sus comidas:

“Entrevistadora- ¿Te fijas en el precio o compras, por ejemplo, algo que te gusta, aunque cueste más caro?”

T- No, sí que me guio por el precio.” (Teo)

Frente a esta realidad, la elección alimentaria, más que una decisión libre, es una técnica de supervivencia. Al priorizar el precio de los alimentos, no solamente se limita el comer a su dimensión básica, sino que también el consumo de alimentos proteicos, como la carne y el pescado, lo que fomenta que comer adecuadamente sea percibido como un privilegio y no como un derecho básico. Asimismo, a parte de reducirse la calidad y la cantidad, muchos participantes se saltan comidas y/o priorizan alimentos con alto contenido calórico porque buscan, sobre todo, cubrir sus necesidades energéticas (Herrera-Gutiérrez et al., 2017; Cruz Roja Española, 2023):

“Entrevistadora- ¿Y ha sentido hambre pero no comió?”

J- Sí, alguna vez... tenía un bocadillo pero lo dejaba para el día siguiente por las circunstancias...” (Joaquín)

En conjunto, estos patrones también representan una dificultad para satisfacer las necesidades nutricionales y, por ende, aumenta la probabilidad de padecer malnutrición, obesidad, diabetes, hipertensión (HTA), etc. (Zelber-Sagi et al., 2024):

“De comer tanto carbohidrato que es lo que nos daban más que todo siempre, yo estaba aumentando de peso.” (John)

A esto se suma la imposibilidad de adaptar la alimentación a las diferentes enfermedades que padecen la mayoría de los entrevistados, debido a la dependencia de ayuda alimentaria y/o a la inaccesibilidad de alimentos adecuados para seguir el tratamiento:

“Lo que más delicado que estoy es por las comidas. Estaba con vómitos, estaba con diarreas y un montón de cosas cada vez que comía. Yo no llevo un tratamiento de médico o nutricionista y sigo con dolores, un caos.” (Sam)

No obstante, al igual que se ha visto en otros estudios (Bom y Gracia-Arnaiz, 2015), aunque este sistema de ayudas presenta una serie de limitaciones y repercusiones, los discursos de los beneficiarios reflejan una interiorización de la responsabilidad sobre su situación cuando se les pregunta por su alimentación. Este hecho está asociado con el modelo caritativo que se sigue. Si bien muchos de los beneficiarios modificarían ciertos aspectos del servicio, como la cantidad de comida, su calidad y/o la variedad, muestran una actitud de conformidad y de agradecimiento frente a ella:

“Entrevistadora - ¿Hay algo de la comida que recibes de este centro que cambiarías?”

J- Si, por ejemplo, algo que cambiaría es el desayuno. Yo en mi país comía huevo, arepa, queso... Y acá el bocadillo. Pues porque es cuestión de costumbre. Pero tampoco puedo exigir con tantas culturas diferentes o algo que haga ningún cambio. Ya en algún momento, si yo quiero algo diferente, lo compraré en la calle.” (John)

“El otro día comimos yogur, está bien, no podemos decir nada.” (Álex)

En esta línea, resulta esencial reflexionar sobre las necesidades de las personas atendidas en el servicio e intentar incorporar sus demandas (nutricionales, gustativas, culturales, sociales, etc.), especialmente considerando que la mayoría carece de acceso a la compra de alimentos y que muchos han visto debilitados sus vínculos y redes de apoyo. La valoración de sus opiniones, a través del diálogo, contribuiría a mejorar su experiencia. En este sentido, como sugieren Verthein y Gaspar (2021), es fundamental considerar la coestión y coparticipación de las personas usuarias de los servicios asistenciales en las decisiones sobre el funcionamiento y la oferta de los centros que utilizan, atendiendo especialmente a la alimentación, modificando así la tendencia dominante de jerarquización del sistema.

3.2.2. Las significaciones del hambre y del comer saludable en situación de precariedad social

Es razonable suponer que muchas de las personas que han padecido inseguridad alimentaria severa hayan atravesado situaciones de hambre. Al igual que sucede con la importancia atribuida al hecho de alimentarse, muchos de ellos, asocian la palabra hambre a algo fisiológico o con falta de salud. No obstante, el hambre constituye el reflejo más radical de la desigualdad social. Éste no debe concebirse como un fenómeno natural o inevitable sino que su existencia se debe a decisiones políticas, sociales y económicas que lo cronifican (Verthein, 2017). Tal como indica uno de los participantes:

“Al comer, todo el mundo tendría derecho a comer. Escucha, tú tienes tu trabajo, esta señora tiene su trabajo, pero todo el mundo tiene que comer...”; “la guerra viene por estas cosas...” (Manolo)

En consonancia con el testimonio, la FAO denuncia que la ineficacia en asegurar el derecho a la alimentación, concretamente en personas que sufren exclusión social, suele ir acompañado de la vulneración de otros derechos fundamentales, como el derecho a la educación, a la información y a la participación política (Verthein, 2017). Tal como manifiesta la FAO, algunos entrevistados relacionan el hambre no solamente con la falta de alimentos, sino también con falta de condiciones básicas para vivir, con la pobreza y la ausencia de otros derechos:

“¿Hambre? Con pobreza.” (Teo)

“Cuando nosotros estamos hablando del hambre estamos hablando de pocos recursos.” (Isaac)

De acuerdo con Max-Neef (1998), la palabra pobreza acoge todas aquellas necesidades que no son cubiertas. En consecuencia, se generan experiencias y sentimientos relacionados con el miedo, la marginación y la angustia (p. 43). Ante esta realidad, muchas de las personas entrevistadas asocian la palabra hambre como algo que forma parte de su vida y/o con un pasado que les provoca angustia, tristeza e incluso miedo a revivirlo:

“Entrevistadora- ¿Con qué asocias la palabra hambre?”

D- Yo estoy acostumbrado. A no cenar, a no comer... Yo cuando estaba en mi país, mi cuñada no me hacía cena. Trabajaba lejos de mi casa, llegaba a mi casa, y no había nada...

Entrevistadora- ¿Y qué sentías?

D- Lo pasé mal ahí. Tengo malos recuerdos. Por eso en 40 años solo he ido dos veces a mi país. Solo dos veces. No me apetece ir. Por los malos recuerdos y lo que pasé ahí.” (David)

En este sentido, muchas de las personas que han experimentado hambre durante meses, debido a diferentes circunstancias, aseguran haber dependido de ayudas no solo para alimentarse, sino también para cubrir otras necesidades básicas e incluso para sobrevivir:

“Gracias a los que nos han servido... la mayoría de nosotros si no fuera por ellos estábamos muertos, por supuesto.” (Antonio)

En cuanto a la noción de alimentación saludable, se han observado discursos diversos. En primer lugar, todos los entrevistados consideran la alimentación del centro saludable. Cuando se analizan sus discursos, se evidencia que algunos de los testimonios recogidos tienen un desconocimiento sobre lo que implica una alimentación saludable según las guías y recomendaciones institucionales españolas (SENC, 2023):

“Para mi una alimentación saludable es aquella con yogur, jamón, chorizo...” (Pau)

No obstante, la mayoría de los participantes tienen interiorizadas las nociones básicas. Por ejemplo, que lo saludable es tener una alimentación equilibrada y variada, con baja ingesta de grasa y sal, y que incluya frutas, verduras, pescado, cereales y lácteos. Además un participante asocia lo saludable, no solo con alimentos sino que también con técnicas culinarias concretas, específicamente con el vapor y el horno:

“Entrevistadora- Bajo tu percepción, ¿qué es la alimentación saludable?”

A- Buena, variada y equilibrada.” (Adrián)

“Para mi una alimentación saludable es aquella que lleva verduras.” (Manuel)

“Verduras y pescado, por ejemplo, cocinado al vapor, al horno. Con poco aceite.” (Leo)

Incluso algunos informantes utilizan palabras técnicas y demuestran tener conocimientos sobre nutrición, los grupos de alimentos y los efectos que el consumo de algunos alimentos pueden tener sobre el organismo:

“Entrevistadora- ¿Para ti qué es una alimentación saludable?”

D- Pues tienen que haber mineral, que haya proteína, que haya ensaladas, ¿sabes?

Vitaminas.” (Darío)

“Yo me alimento muy bien. Me gusta mucho el pescado, que es de mucho alimento, y el arroz. Bueno, el arroz, como todo colombiano. Soy de comer mucha fresa, que es para las defensas.” (Rafa)

Un informante también concibe lo saludable teniendo en cuenta la inocuidad del alimento:

“Todos los alimentos son sanos. Si no es sano, tu organismo lo rechaza.” (Damián)

Algunos asocian una alimentación saludable no solo lo que se come, sino también con el placer de comer:

“Entrevistadora- Bajo tu percepción, ¿qué es la alimentación saludable?”

D- Para mí, gambas... o, bueno, mariscos, pescado, un buen jamón, un buen queso. Igual, me encantan.” (David)

Sin embargo, de acuerdo con diversos estudios (Cruz Roja Española, 2023; Moragues y Magaña, 2022; Seale et al., 2016), es imprescindible destacar que, aunque las nociones básicas sobre las recomendaciones públicas españolas de alimentación saludable puedan estar interiorizadas por parte de los informantes, las personas con pobreza extrema se enfrentan a condiciones vitales, como la inaccesibilidad a alimentos y/o la carencia de una residencia con cocina propia o con equipamientos para preparar y conservar los alimentos, lo que no les permiten llevar a cabo dicho patrón alimentario:

“Si no tienes dinero, no puedes comer bien.” (Joel)

“Yo hay muchas cosas, alimentos que con no dinero no comprar.” (Adrián)

Asimismo, en el discurso de John, en un primer momento de la entrevista define lo que considera como saludable:

“Pues debe tener los grupos básicos, debe tener proteínas, debe tener carbohidratos, alguna fruta, las verduras. Sin exceso de grasas y así.” (John)

No obstante, cuando se pregunta sobre su cena, indica:

“Ayer cené un vaso de zumo con galletas, ayer me acosté con hambre. Yo normalmente no quedo lleno con las comidas y siento hambre.” (John)

Otro informante menciona la falta de equipamientos para, por ejemplo, poder comer, cocinar o conservar los alimentos en su hogar:

“Entrevistadora- Y en el piso, donde vives ¿no comes nunca?

A- No, porque la cocina no funciona, no hay gas, no hay...” (Adrián)

3.2.3. Condiciones de vida que acompañan la inseguridad alimentaria

De acuerdo con los análisis de los discursos, la inseguridad alimentaria está asociada a unas condiciones de vida concretas. En este sentido, aunque el objetivo principal de este estudio no ha sido analizar las situaciones de precariedad a las cuales han tenido que hacer frente los entrevistados a lo largo de sus vidas, más de la mitad de ellos han testificado que han estado en “situación de calle”. Durante este período, aseguran que satisfacer las necesidades básicas representa un gran esfuerzo y dirigen toda su atención a ello:

“Cuando no hay centro es difícil para estudiar porque si yo duermo en la calle no hay cabeza para estudiar, solo buscar la vida: la comida, dinero, yo fumo tabaco también...” (Adrián)

Como menciona Lachaud et al., (2020) en el trabajo hemos identificado que el conjunto de situaciones a las que se ven sometidos hace que sus elecciones alimenticias se vean afectadas. De hecho, como también se constató en otros contextos (Cruz Roja Española, 2023; Moragues y Magaña, 2022), las estrategias utilizadas para satisfacer las necesidades energéticas son varias, entre ellas se incluyen la asistencia a recursos asistenciales, la búsqueda de apoyo en amigos/amigas y/o familiares o en situaciones extremas, la obtención de alimentos a través de residuos urbanos:

“Entrevistadora- ¿Dónde vas a buscar comida tú?

S- En la basura.” (Sergio)

“Tenía otras preocupaciones. Además amigos tienen dinero, me ayudan. Te dejaban.” (Aran)

En este contexto, la mayoría de los testimonios coinciden en que la preocupación sobre aquello nutricionalmente adecuado pasa a segundo plano. Tal como indica Seale et al. (2016) las dietas de las personas sin hogar se caracterizan por un alto consumo de grasas saturadas y un bajo consumo de frutas y verduras lo cual conlleva a una malnutrición. En esta línea, tal como se ha identificado en otros estudios (Moragues y Magaña, 2022; Cruz Roja Española, 2023; Seale et al., 2016), los relatos recopilados revelan que tienen la intención de incorporar frutas y verduras en su dieta cuando la situación socioeconómica se lo permita, y concluyen, que su dieta depende exclusivamente de sus condiciones, las cuales pueden ser transitorias:

“Si vas a comprar la fruta y no tienes dinero no puedes comprar nada.” (David)

“Cuando estaba en la calle me compraba atún y un poco de pan. La comida rápida. Porque trabajé en Francia y tenía un poco de dinero... No hay sitio para preparar la comida.” (Adrián)

Como consecuencia, se relatan bajadas de peso significativas:

“Hasta hace 2 meses dormía en la calle. Vale. Y tenía tal vez tres o cuatro comidas en una semana. No tenía nada para comer. Perdí 40 kilos en 2-3 meses. Tenía 118 kilos.” (Fede)

“Yo llegué y bajé como 25 kilos en cuestión de 3-4 meses.” (John)

A medida que la situación de precariedad se agrava, la mayoría de los vínculos sociales previos se debilitan y se genera un aislamiento social. Como menciona Verthein (2018), la causa de este distanciamiento puede deberse tanto al rechazo del entorno como a la vergüenza social que sienten las personas al pedir auxilio (p. 573-574). El fenómeno conocido como “colas del hambre”, reflejo evidente de la injusticia social, está directamente relacionado con la vergüenza social y el estigma que sienten las personas que dependen de ayudas (Llobet et al., 2022). En este sentido, algunos entrevistados manifiestan que hay disponibilidad de ayudas alimentarias pero dificultad en el acceso. Asimismo, indican que este fenómeno les hace sentir demasiado expuestos lo que se traduce a que les hace sentir aún más vulnerables. Frente a esto muchos optan por no acudir a recursos asistenciales:

“Yo no voy a estar todo el día, 3 horas en una fila para que me den un plato de comida caducado. Yo no voy a pelear con 200 personas para eso. Siempre iba a casa de un amigo, así no tienes que hacer colas. ¿Por qué tenemos que tener tanta cola? ¿Para darle un plato de comida a un sintecho en la calle tienes que llamar la atención a medio mundo?” (Antonio)

“Un albergue ya es demasiado, la lista de espera y todo. No es como antes. Si tengo que esperar a la lista de espera me muero de hambre.” (Raúl)

Tal como indica el primer testimonio, otro fenómeno que según Durán et al. (2021) contribuye a aumentar la vergüenza social y a promover la pérdida de dignidad de la persona beneficiaria, es el hecho de repartir comida caducada a través de los packs de alimentos y/o comida de muy baja calidad. Este hecho constituye una clara contradicción desde el enfoque de la seguridad alimentaria, el cual sostiene que un producto caducado deja de ser seguro para el consumo (Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición [AESAN], s. f.). Ante esta paradoja surge una pregunta urgente: ¿por qué productos inaptos para la población general son aceptados como una solución frente al hambre en situaciones de precariedad alimentaria? La respuesta no puede entenderse sin atender las jerarquizaciones sociales presentes en nuestras instituciones, las cuales sostienen las relaciones desiguales y dominantes dentro del sistema (Durán et al., 2021). Todo ello contribuye a que las personas beneficiarias sean percibidas como personas sin derecho y/o dignidad, lo que les genera un sentimiento de humillación. En consonancia a lo que indican Llobet et al. (2022), frente este sentimiento hemos observado que muchas se responsabilizan de su situación y como un mecanismo de autoprotección, optan por separarse de su entorno más cercano:

“A mi familia en todo momento he tratado de que no sepan mi situación. Y apenas reinicié el contacto ayer, después de haber salido de la calle.” (John)

“Bueno, a veces yo llamo a mi hijo y cuando no tengo dinero yo digo que no me encuentro bien. No voy a decirle que no tengo dinero porque él siempre me ha visto con dinero.” (David)

En otros casos, cuando el entorno es quien decide separarse, surgen sentimientos de abandono y decepción:

“Después de que mi hermano me decepcionara, en los primeros dos meses no podía vivir. No comía ni nada.” (Román)

De acuerdo con Verthein (2018), es frecuente que esta desconexión siga un patrón generacional: el vínculo entre padres y usuario es generalmente muy fuerte, pero tras su fallecimiento, el resto de familia no responde a sus demandas y es esto lo que acostumbra a dejar a la persona aislada y sin protección social (p. 575-576). En respuesta a esta situación, como también hemos observado, se consolidan nuevas relaciones con personas que están en su misma condición y los trabajadores del centro pasan a ser su primera línea de apoyo y auxilio:

“El centro y los trabajadores te dan un apoyo, no solo la parte alimentaria, sino que es un apoyo completo.” (John)

En este contexto, las relaciones entre usuarios que están en “situación de calle” son más fuertes que entre los usuarios que residen en una institución:

“A veces hago bocadillos y los reparto a los que hayan de aquí para allá.” (Rafa)

“Yo tenía todos mis amigos que dormían en la calle. Cuando yo tenía dinero, yo los ayudaba y les daba comida.” (Manuel)

Sin embargo, como indica Verthein (2018), el hecho de que muchas veces estas nuevas ‘amistades’ se basen en la necesidad compartida, y que la relación entre usuario y empleado/a se vea tecnificada por el servicio ofrecido, genera una necesidad de apoyo y afecto que, muchas veces, no llega a ser satisfecha.

A lo largo del trabajo de campo estas carencias emocionales se han expresado sobre todo en personas extranjeras, las cuales muchas están lejos de sus familias y el idioma les supone una barrera a la hora de relacionarse:

“Mucho tiempo no he podido hablar aquí. Ahora contigo poder hablar esto...(se pone a llorar). No tengo amigos, no tengo nada aquí en Barcelona.” (Marc)

“Aquí en Barcelona solo tengo un amigo, que es el que me hizo el favor de empadronarme, pero en realidad no cuento con nadie.” (John)

Además, se debe tener en cuenta que la inseguridad alimentaria está frecuentemente asociada a otros fenómenos o problemáticas. Los análisis de los resultados cualitativos confirmaron la relación existente entre adicciones, precariedad e inseguridad alimentaria encontrada en evidencia científica (Basile, 2022). Algunos usuarios reportan que, debido a sus escasos ingresos deben escoger invertir en alimentos o drogas y, frente a esto, priorizan el consumo de drogas como el alcohol:

“Ahora cuando ya empecé en situación de calle, me guardaba algo de dinero para la comida. Pero ya últimamente preferí, en vez de eso, comprarme una o dos cajas de vino.” (John)

“Después de trabajar a veces no cenaba, pero sí dos cubatas, máximo tres.” (David)

Es importante entender que las decisiones que estos usuarios enfrentan en su día a día no solo afectan a la cantidad, sino también afectan al perfil nutricional de los alimentos. Aunque haya drogas que disminuyan el apetito y otras que lo aumenten, el patrón dietético entre las personas que han tenido o tienen alguna adicción acostumbra a ser similar y se caracteriza por la ingesta de productos con alto contenido de azúcar y comida ultra procesada, como también señalan Davison et al. (2018):

“Yo le decía a x, mira, tú sabes que yo dejé el alcohol. Ahora me da el apetito de comer chocolate y Coca-Cola. Y estaba comiendo Coca-Cola y chocolate, Cola y chocolate todo el día. He estado así más de un buen tiempo también comiendo así, me hacía daño también eso. Pero no sé... me entra una ansiedad en el momento que me agarro cualquier cosa.” (Manuel)

“Si cargo una tableta de chocolate, no toda la tableta, pero sí empiezo a pecar. Y sé que en realidad no es ansiedad por la comida sino por el licor.” (Darío)

El conjunto de estos factores aumenta el riesgo de padecer enfermedades y se correlaciona con el padecimiento de diferentes trastornos mentales. Se desconoce si la pobreza y la inseguridad alimentaria es la causa y/o consecuencia de la adicción a las drogas y/o de los trastornos mentales (Lachaud et al., 2020), es por ello que se necesitan más investigaciones que aborden la relación compleja que existe entre ellas. Solo de esta manera se podrán desarrollar estrategias de prevención e intervención delante de un problema de salud pública que afecta en especial, a personas sin hogar (Davison et al., 2018).

3.2.4. Condiciones laborales y sus repercusiones sociales

Detrás de la realidad cotidiana de las personas que dependen de ayudas sociales o pensiones no contributivas, condicionadas por sus situaciones laborales precarias (actuales y/o previas) y enfermedades, se esconde un modelo productivo de alimentos neoliberal y globalizado que ha transformado la forma en que se producen, distribuyen y consumen alimentos. La pérdida de estacionalidad debido a la industrialización y globalización impacta tanto al medio ambiente como al acceso económico de los alimentos frescos y saludables, especialmente en aquellos grupos más vulnerables (Cruz Roja Española, 2023; Seale et al., 2016). Como consecuencia, aumenta el consumo de alimentos procesados y ultraprocesados y se apoya así a un modelo de producción masivo que requiere de trabajadores que se sometan a largas jornadas laborales y de materias primas baratas, generalmente extraídas de los países del Sur Global. Todo esto en conjunto repercute en la salud física y mental de las personas, ya que por un lado, se empobrecen los países de donde se extraen las materias primas y, por otro lado, el escaso tiempo disponible de los trabajadores de las fábricas induce el consumo de comida rápida (Cruz Roja Española, 2023). En este contexto, las realidades socioeconómicas de las personas entrevistadas manifiestan lo anteriormente descrito. En el análisis cuantitativo se aprecia que son las personas de origen extranjero las que más ayudas monetarias reciben. No obstante, esto no significa que las condiciones laborales y vitales de los inmigrantes sean mejores. De hecho, se analiza que son mayoritariamente las personas extranjeras las que se han visto forzadas a trabajar en economía sumergida, como estrategia de supervivencia:

“Me pagaban 40€ en negro por trabajar todo el día pero uno en algún momento necesita ese trabajo para vivir, comer.” (Darío)

“Trabajé repartiendo comida durante una semana, y no me pagaron. Al no tener papeles no puedo denunciar, además quiero estar limpio.” (Leo)

“He encontrado un trabajo: 10 horas, 20 euros cada día.” (Oriol)

Esta situación conlleva repercusiones a corto y largo plazo. A corto plazo, deben asumir múltiples empleos, la mayoría rotatorios, y trabajar largas jornadas laborales para poder cubrir las necesidades básicas:

“No tengo ni paga, no tengo nada ¿me entiendes? Yo te sudo como un condenado, como un diablo, para pagar la habitación, para pagar mi comida, ¿me entiendes?” (Manuel)

Mientras que a largo plazo enfrentan dificultades en el acceso a pensiones contributivas y una mayor probabilidad de padecer enfermedades, por el deterioro en su calidad de vida: se reduce el tiempo de ocio y la calidad de la dieta (Cruz Roja Española, 2023; Moragues y Magaña, 2022). Al empeorar su salud, muchas personas deben abandonar el mercado laboral. Ante estas situación dependen de ayudas externas y, en este sentido, aquellos que han trabajado en economía sumergida o no han llegado al mínimo requerido de años cotizados, el único recurso público que se les facilita son las pensiones no contributivas y/o otras ayudas sociales (Seguridad Social, 2025), las cuales no garantizan ni una vida ni un sueldo digno a fin de mes. En definitiva, se relacionan las limitaciones inducidas por las patologías con un aumento del riesgo de padecer pobreza y exclusión social (Cruz Roja Española, 2023).

A lo largo del trabajo de campo, se ha observado que muchas personas migrantes tienden a minimizar, normalizar o incluso negar las situaciones de exclusión social que han vivido o viven día a día por el hecho de ser inmigrantes. Sin embargo, esta aparente percepción de igualdad se desvanece cuando, al profundizar en sus testimonios, emergen contradicciones significativas que evidencian las dificultades socioeconómicas y laborales a las cuales se ven sometidos simplemente por migrar:

“El gobierno de aquí... manda más ayudas afuera. Hacen falta más ayudas para la gente de aquí, que estamos trabajando aquí. Y como yo he cotizado 21 años y estoy cobrando poco...” (David)

“Bueno en principio no entendía nada de... de castellano. Y trabajé de pintor y siempre nos daban... la peor faena a nosotros.” (David)

Ante esto, concluimos que la mayoría no relaciona su estado de precariedad con las condicionantes estructurales que limitan sus oportunidades y, como consecuencia, tienden a responsabilizarse y a aceptar las barreras que se encuentran o las condiciones en las que viven como parte de un mecanismo de adaptación (Verthein y Gaspar, 2021):

“Entrevistadora: ¿Cómo experimentas el tener que estar comiendo en el otro albergue? ¿Cómo lo percibes?”

D- No, pues es un castigo, yo mismo me busqué.” (Darío)

No obstante, una minoría de las personas migrantes son plenamente conscientes de las barreras que dificultan su inclusión social y el acceso equitativo de sus derechos:

“No tengo papeles, solo trabajo en negro y los jefes se aprovechan , ¿sabes?” (Adrián)

“Como no tienes documentos de residencia te consideran una persona perdida que no sabe nada y no está en condiciones de hacer nada. Pero cuando los tienes, te sientes como un ciudadano, igual que las personas con las que vives. Puedes lograr una serie de objetivos incluido el trabajo. Pero, si no los tienes, estás en una situación en que se desconoce quién eres y cuál es tu historia.” (Adrián)

4. Conclusiones

Los resultados obtenidos mediante la aplicación de la escala FIES y los testimonios de hombres beneficiarios de recursos asistenciales, evidencian la complejidad de la inseguridad alimentaria. El análisis sugiere una posible asociación entre la situación laboral, tanto previa como actual, y la inseguridad alimentaria, y también revela que esta última es especialmente prevalente entre las personas migrantes, quienes actualmente representan un grupo de la población cuya presencia va en aumento en la sociedad catalana. Ante esto, resulta evidente que la inseguridad alimentaria es un fenómeno multidimensional que representa, entre otras cosas, no solamente una problemática de salud pública, sino que también un reto social, económico y político.

En primer lugar, se ha observado que la inseguridad alimentaria, asociada a las alternativas disponibles para erradicarla, compromete la identidad personal. Fenómenos como las denominadas “colas del hambre” refuerzan el estigma social y provocan dinámicas de aislamiento social como mecanismo de autoprotección. En segundo lugar, se identifica una limitación en el poder de autonomía y en el derecho a decidir patrones alimentarios que, por un lado, respeten el valor cultural, social y simbólico de la alimentación y que, por otro lado, sean nutricionalmente adecuados. A ello se le suma la vulneración de otros derechos como la información, la educación y la participación política. Estos elementos, en conjunto con la desinformación en nutrición, el auge del marketing de los ultraprocesados y la fácil accesibilidad a ellos, conlleva un aumento en el riesgo de padecer enfermedades como diabetes mellitus tipo 2, hipertensión, dislipemias (Zelber-Sagi, 2024) y trastornos mentales (Davison et al., 2018).

En el contexto del centro donde se ha llevado a cabo el trabajo de campo, y considerando que la mayoría de personas están en situación de pobreza extrema, resulta esencial establecer reuniones grupales entre los beneficiarios y los diferentes trabajadores (cocineros, trabajadores sociales, educadores sociales, enfermería etc.). De esta manera se podrán atender sus opiniones, intereses, necesidades y/o demandas respecto al centro, atendiendo especialmente a aquellas alimentarias. En este sentido no solo se está fomentando el derecho a la participación política sino que también se promueve el derecho al poder de decisión y el bienestar de la persona. Asimismo, en cuanto a la alimentación, resulta esencial, tal como indica la Estrategia de Nutrición FAO (FAO, s.f.; FAO, 2021), la realización de talleres teórico-prácticos sobre nutrición, tanto a trabajadores como usuarios, con el fin de mejorar las decisiones alimentarias de los beneficiarios a largo plazo. También es importante adaptar los menús a patologías comunes (como la diabetes) con el objetivo de prevenir el agravamiento de enfermedades. Así pues, para una implementación eficaz, se destaca la importancia de un enfoque multidisciplinar, mediante la incorporación de un nutricionista al equipo, ya sea como voluntario/a o como trabajador/a.

Si bien estas medidas locales son necesarias, son insuficientes sin el apoyo de políticas públicas estatales. Es decir, resultan esenciales nuevas estrategias y políticas públicas a largo plazo que se fundamenten en un análisis global de las causas estructurales de la inseguridad alimentaria y que actúen sobre los orígenes de la desigualdad, con el fin de garantizar el acceso digno a alimentos sanos, inocuos, nutritivos y culturalmente adecuados. De no abordarse este problema desde la prevención, el coste de sus consecuencias será mucho mayor (FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF, 2024). En este sentido, se proponen líneas de actuación como (Zelber-Sagi, 2024): implementación de cribados de inseguridad alimentaria a nivel nacional, formación específica sobre las causas y consecuencias de la inseguridad alimentaria a los profesionales de la salud y a los trabajadores, educadores e integradores sociales, limitación de la publicidad de productos ultraprocesados (incluidas las redes sociales), etc.

Aunque este trabajo ha buscado visibilizar las experiencias y condiciones de vida que acompañan a la inseguridad alimentaria, así como los factores socioeconómicos y demográficos que pueden estar asociados a ella, presenta limitaciones importantes. En primer lugar, la inseguridad alimentaria se exploró en un solo centro, lo que restringe la generalización de los resultados a otros contextos o sectores poblacionales. En segundo lugar, la muestra estuvo compuesta exclusivamente por hombres, lo que imposibilita analizar las desigualdades de género que pueden existir en situaciones de pobreza extrema. En tercer lugar, se le suman ciertas barreras idiomáticas que dificultaron la comunicación entre la

entrevistadora y algunos beneficiarios y que, por lo tanto, afectaron a la profundidad del diálogo y a la información obtenida. Por último, el perfil de los participantes del centro no permite realizar un seguimiento longitudinal, lo que impide, por un lado, valorar la evolución de las distintas situaciones y, por otro lado, analizar el impacto de futuros talleres que aborden el problema.

Es por ello que, ante las limitaciones expresadas, este estudio respalda la necesidad de ampliar la recopilación de datos cualitativos, que ayuden a la reflexión y orienten a la formulación de nuevas estrategias de intervención, basadas en las experiencias reales de las personas beneficiarias. En particular, también se considera prioritario abordar el estigma de género presente en los servicios asistenciales (Verthein y Gaspar, 2021).

5. Bibliografía

1. Agència de Salut Pública de Catalunya. (2019). *Pequeños cambios para comer mejor*.
2. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. (s. f.). *Las fechas de «consumo preferente» y de «caducidad» en los envases de alimentos*. Recuperado el 6 de junio de 2025 de https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/para_el_consumidor/ampliacion/fechas_caducidad.htm
3. Basile, G. (2022). The drug abuse scourge and food insecurity: Outlining effective responses for an underestimated problem. *Clinica Terapeutica*, 173(4), 299–300. <https://doi.org/10.7417/CT.2022.2436>
4. Cruz Roja Española. (2023). *Estudio de inseguridad alimentaria en la población atendida por Cruz Roja* [Boletín número 31]. Universidad Carlos III. <https://www2.cruzroja.es/-/n-31-inseguridad-alimentaria>
5. Davison, K. M., Holloway, C., Gondara, L., y Hatcher, A. S. (2018). Independent associations and effect modification between lifetime substance use and recent mood disorder diagnosis with household food insecurity. *PLOS ONE*, 13(1), e0191072. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191072>
6. Durán, P., Muñoz, A., Llobet, M., y Magaña-González, C. R. (2021). Alimentación y desigualdad en Barcelona: itinerarios de precarización y respuestas ante la crisis. *Antropología Social*, 30(2), 151–165. <https://dx.doi.org/10.5209/raso.77907>
7. Fischler, C., y Masson, E. (2008). *Manger: Français, Européens et Américains face à l'alimentation*. Odile Jacob.
8. Food and Agriculture Organization, International Fund for Agricultural Development, World Health Organization, y United Nations Children's Fund. (2024). *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2024*. Food & Agriculture Organization. <https://openknowledge.fao.org/server/api/core/bitstreams/8f108ed8-9735-4bfb-985b-b6c1f7f9f8c1/content/cd1254es.html#gsc.tab=0>
9. Grady, M. P. (1998). *Qualitative and Action Research: A Practitioner Handbook*. Phi Delta Kappa Educational Foundation.
10. Gracia, M., y Contreras, J. (2005). *Alimentación y cultura: perspectivas antropológicas*. Ariel.
11. Herrera-Gutiérrez, M. R., y Jaraíz Arroyo, G. (Coords.). (2017). *Pactar el futuro: Debates para un nuevo consenso en torno al bienestar* (Actas del VI Congreso de REPS, p. 3014). Universidad Pablo de Olavide.
12. Instituto Nacional de Estadística. (2025). *Encuesta de condiciones de vida: Año 2024. Resultados definitivos*. <https://www.ine.es/dyngs/Prensa/ECV2024.htm>
13. Kraemer, F. B., y Arnaiz, M. G. (2015). Alimentarse o nutrirse en un comedor social en España: reflexiones sobre la comensalidad. *Demetra: Alimentação, Nutrição e Saúde*, 10(3). <https://doi.org/10.12957/demetra.2015.16173>
14. Kivits, J., Balard, F., Fournier, C., y Winance, M. (2023). *Les recherches qualitatives en santé - 2e éd.* Armand Colin.
15. Lachaud, J., Mejia-Lancheros, C., Wang, R., Wiens, K., Nisenbaum, R., Stergiopoulos, V., Hwang, S. W., y O'Campo, P. (2020). Mental and substance use disorders and food insecurity among homeless adults participating in the At Home/Chez Soi study. *PLOS ONE*, 15(4), e0232001. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232001>

16. Llobet, M., Durán, P., Magaña, C. R., Muñoz, A., y Piola, M. E. (2022). Efectos de la precarización alimentaria en el bienestar de las persona: Otras respuestas para la transformación de la ayuda alimentaria. *Documentación Social* (10).
17. Llano, J. C., Sanz, A., y Alguacil, A. (2024). *El Estado de la Pobreza: Seguimiento de los indicadores de la Agenda UE 2030* [14º informe 2024]. European Anti-Poverty Network. <https://www.eapn.es/estadodepobreza/ARCHIVO/documentos/Informe%20Estat%20AROPE%202024.pdf>
18. Max-Neef, M. A. (2006). *Desarrollo a escala humana: conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones*. Icaria.
19. Moragues-Faus, A., y Magaña-González, C. R. (2022). *Alimentando un futuro sostenible: Estudio sobre la inseguridad alimentaria en hogares españoles antes y durante la COVID-19* [Informe del proyecto “Alimentando un futuro sostenible”]. Universidad de Barcelona y Fundación Daniel y Nina Carasso.
20. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (2013). *El derecho a la alimentación: Cómo hacerlo realidad*. <https://www.fao.org/4/i2250s/i2250s.pdf>
21. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (2021). *Visión y estrategia relativas a la labor de la FAO en materia de nutrición*. <https://openknowledge.fao.org/server/api/core/bitstreams/14396d1e-4824-4ee8-8475-428b1f726257/content>
22. Organización de las Naciones Unidas. (s.f.). *Objetivo 2: Poner fin al hambre*. Recuperado el 2 de junio de 2025 de <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/hunger/>
23. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (s.f.). *El hambre y la seguridad alimentaria*. Recuperado el 5 de junio de 2025 de <https://www.fao.org/hunger/esc>
24. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (s.f.). *Nutrición*. Recuperado el 13 de junio de 2025 de <https://www.fao.org/nutrition/es/>
25. Seale, J. V., Fallaize, R., & Lovegrove, J. A. (2016). Nutrition and the homeless: the underestimated challenge. *Nutrition Research Reviews*, 29(2), 143–151. <https://doi.org/10.1017/s0954422416000068>
26. Sociedad Española de Nutrición Comunitaria. (2023). *Guía de alimentación saludable para atención primaria y colectivos ciudadanos*. Recuperado el 13 de junio de 2025 de <https://saludoralynutricion.es/wp-content/uploads/2023/10/GUIA-ALIMENTACION-SALUDABLE-SENC.pdf>
27. Seguridad Social. (2025). *Modalidades / Clases*. Instituto Nacional de la Seguridad Social. Recuperado el 18 de junio de 2025 de <https://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/Pensionistas/Pensiones/33467>
28. Universitat de Barcelona. (2010). *Código de buenas prácticas en investigación*.
29. Verthein, U. (2018). *Precariedad y alimentación: las redes sociales y de apoyo en los comedores sociales*. *DEMETRA: Alimentação, Nutrição e Saúde*, 13(3), 569–581. <https://doi.org/10.12957/demetra.2018.33525>
30. Verthein, U. (2017). *Precarización social y alimentación: Un análisis de los comedores sociales de la ciudad de Barcelona* [Tesis de maestría, Universidad de Barcelona]. <https://hdl.handle.net/2445/120645>
31. Verthein, U., & Gaspar, M.C.M.P. (2021). Género, precariedad y exclusión: experiencias de mujeres que utilizan comedores sociales. *Revista de Antropología Social*, 30(2), 167–177. <https://doi.org/10.5209/raso.77897>
32. World Medical Association [WMA]. (2024). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Participants*.
33. Zelber-Sagi, S., Carrieri, P., Pericàs, J. M., Ivancovsky-Wajcman, D., Younossi, Z. M., & Lazarus, J. V. (2024). Food inequity and insecurity and MASLD: burden, challenges, and interventions. *Nature Reviews. Gastroenterology & Hepatology*, 21(10), 668–686. <https://doi.org/10.1038/s41575-024-00959-4>

ANEXO 1

Tabla 1. Datos socioeconómicos y demográficos de los participantes

Caracterización de la muestra	
Muestra total	(n=50)
Tipo de intervención	
CEL	23 (46%)
Centro de día	18 (36%)
SAO	9 (18%)
Origen y situación migratoria	
Origen español	11 (22%)
Inmigrante	39 (78%)
Sin nacionalidad española	46 (92,10%)
Con nacionalidad española	4 (7,89%)
Tiempo de residencia en España	
≤ 2 años	17 (34,20%)
> 2 años	33(65,80%)
Rango de edad	
20-30	6 (12%)
30-40	9 (18%)
40-50	11 (22%)
50-60	13 (26%)
>60	11 (22%)
Nivel educativo	
Sin estudios	2 (4%)
Primaria	11 (22%)
ESO*	17 (34%)
FP/Bachiller	14 (28%)
Universidad	5 (10%)
Master	1 (2%)
Presencia de patologías	

Con patologías	46 (92%)
Sin patologías	4 (8%)
Situación laboral	
Sin contrato laboral previo	26 (52%)
Con contrato laboral previo	24 (48%)
Sin contrato laboral actual	48 (96%)
Con contrato laboral actual	2 (4%)
Ayudas recibidas	
Monetarias y alimentarias	20 (40%)
Solo alimentarias	30 (60%)

*ESO: Educación Secundaria Obligatoria

ANEXO 2

Tabla 2. Factores socioeconómicos y demográficos asociados a la inseguridad alimentaria

	Grados de inseguridad alimentaria (IA) (%)			
	IA * total (n=38)	IA leve (n=2)	IA moderada (n=3)	IA grave (n=33)
Porcentaje total	76	5,26	7,89	86,85
Tipo de intervención				
CEL	42,11	50	33,32	42,42
Centro de día	42,11	50	67,66	36,36
SAO	15,79	0	0	21,21
Origen y situación migratoria				
Origen español	15,79	0	100	9,09
Inmigrante	84,21	100	0	90,91
Sin nacionalidad española	90,32	100	0	86,67
Con nacionalidad española	9,68	0	0	13,33
Tiempo de residencia en España				

≤ 2 años	41,94	0	0	43,33
> 2 años	58,06	100	0	56,67
Rango de edad				
20-30	15,79	0	0	9,09
30-40	21,05	0	0	33,33
40-50	21,05	0	0	24,24
50-60	23,68	50	33,32	24,24
>60	18,42	50	66,66	9,09
Nivel educativo				
Sin estudios	5,26	0	0	6,06
Primaria	21,05	0	33,32	21,21
ESO*	34,21	50	66,66	36,36
FP/Bachiller	28,94	50	0	27,27
Universidad	7,89	0	0	6,06
Master	2,63	0	0	3,03
Presencia de patologías				
Con patologías	89,47	100	67	87,88
Sin patologías	10,53	0	33,33	12,12
Situación laboral				
Sin contrato laboral previo	57,89	0	0	63,64
Con contrato laboral previo	42,11	100	100	36,36
Sin contrato laboral actual	94,74	50	100	96,97
Con contrato laboral actual	5,26	50	0	3,03
Ayudas recibidas				
Monetarias y alimentarias	55,26	50	100	36,36
Solo alimentarias	44,74	50	0	63,64

*IA: inseguridad alimentaria

*ESO: Educación Secundaria Obligatoria

ANEXO 3

Tabla 3. Ayudas monetarias en función de la situación migratoria y la situación laboral previa

	Ayudas monetarias recibidas (%)			
	IA* total (n=21)	IA leve (n=1)	IA moderada (n=3)	IA grave (n=12)
Porcentaje total	55,26	50	100	36,36
Origen y situación migratoria				
Origen español	47,62	0	100	25
Inmigrante	52,38	100	0	75
Sin nacionalidad española	72,72	100	0	75
Con nacionalidad española	27,27	0	0	25
Situación laboral previa				
Sin contrato laboral previo	14,29	0	0	25
Con contrato laboral previo	85,71	100	100	75
Con contrato de origen español	47,62	0	100	25

*IA: inseguridad alimentaria

ANEXO 4

Encuesta:

1. ¿En qué proyecto estás?
2. ¿Dónde naciste (origen) y cuál es tu nacionalidad (la nacionalidad la puede asociar con la documentación)?
3. ¿Cuántos años tienes?
4. ¿Cuál es tu nivel de estudio y/o profesión (si tiene)?
5. ¿Tienes alguna patología (diabetes, enfermedad cardiovascular etc.)?
6. ¿Cuánto tiempo hace que resides en España?
7. ¿Has tenido la oportunidad de ser contratado, si es que no por qué? ¿Actualmente tienes algún contrato vigente?
8. ¿Eres beneficiario de ayuda monetaria y/o alimentaria?

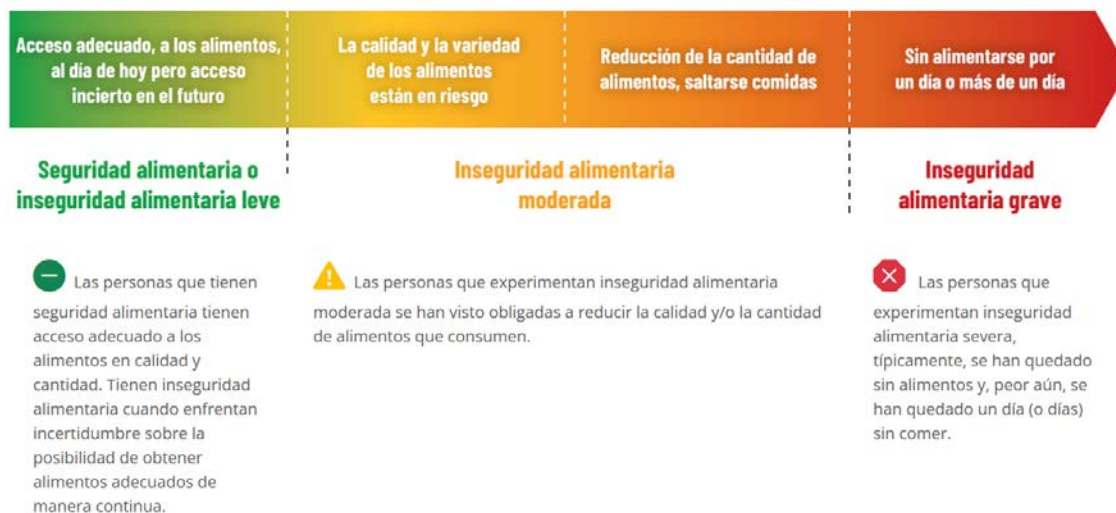
ANEXO 5

Escala FIES:

Durante los últimos 12 meses, ha habido algún momento en que, por falta de dinero u otros recursos:

1. Se haya preocupado por no tener suficientes alimentos para comer
2. No haya podido comer alimentos sanos o nutritivos
3. Haya comido poca variedad de alimentos
4. Haya tenido que saltarse una comida
5. Haya comido menos de lo que pensaba que debía comer
6. Su hogar se haya quedado sin alimentos
7. Haya sentido hambre pero no comió
8. Haya dejado de comer durante todo un día

Clasificación FIES:



ANEXO 6

Entrevistas semi-estructuradas

1. Migrante, beneficiario del proyecto Centro de Día, viviendo en pisos.

Hola X. El otro día te hice unas encuestas, ahora voy a hacerte más preguntas, pero esta vez más orientadas a alimentación. Primero quiero agradecerte tu participación y luego quiero decirte que no hay respuestas ni correctas ni incorrectas porque realmente es como tu lo vivas. También quería recordarte que no te voy a juzgar independientemente de tus respuestas. Gracias.

1.1. Experiencias y condiciones de vida

1. Entonces, para empezar, me podrías describir cómo es un día alimentario tuyo desde que te despiertas. Es decir, explícame en qué horario comes. ¿Entiendo que haces desayuno, comida y merienda aquí? pero ¿para cenar?
2. ¿Cuántas y qué comidas haces? ¿Qué comes en cada comida, dónde (todas en el centro), con quién?
3. ¿Disfrutas de los momentos de comida? ¿Te sientes a gusto y en paz cuando comes? ¿Por qué?
4. ¿Qué has comido hoy en lo que llevamos de día, por ejemplo?

5. ¿Con qué frecuencia sientes hambre? ¿Con qué asocias la palabra hambre? ¿Qué significado tiene para ti?
6. ¿Algún día comes con un familiar o amigo cercano? ¿Por qué no? ¿Has perdido el contacto con tus familiares más cercanos? ¿Por qué crees que ha podido pasar? ¿Este hecho ha sido un factor inductor de que acudas al centro a buscar comida? ¿Cómo te sientes cuando estás en el centro (solo, acompañado, contento etc.)? ¿Por qué (ejemplo: estás a gusto con tus compañeros de mesa)? ¿A qué persona acudes cuándo tienes un problema?
7. ¿Crees que la alimentación es importante en tu vida y por qué? ¿Cómo percibes tu situación alimentaria actualmente? ¿Por qué? ¿Cómo experimentas tener dificultad de acceso a la alimentación?
8. ¿Sigues alguna dieta o estilo alimentario específico y por qué (ejemplo de guía: religión, vegetarianismo etc.)? ¿En caso de que seas vegetariano sabes que necesitas suplementar con B12?
9. ¿Tienes alguna patología que influya en tu alimentación o que se puede mejorar con una alimentación más controlada (diabetes, ciertos tipos de cáncer, disfagia etc.) según el profesional? ¿Delante de tu enfermedad y según las recomendaciones del médico o nutricionista adaptas o adaptan (comedores sociales o banco de alimentos) tu alimentación (ejemplo: eres celíaco y te dan comida sin gluten)? En caso de que no la adapten, ¿qué haces? ¿lo comes o en cambio, lo tiras y ya no comes nada más?
10. ¿En caso de que seas vegetariano sabes que necesitas suplementar tu dieta con B12?
11. ¿Tienes alguna patología (ansiedad, depresión etc.) que te provoca ganas de comer alimentos que no són recomendables por su contenido de grasas, azúcares... (bollería, dulce etc.)?
12. Entiendo que la comida que comes la recibes de este centro. ¿Crees que es saludable la comida que recibes del centro? ¿Para ti que tiene que tener una alimentación para que sea saludable?
13. Entonces, delante de tu opinión respecto a la alimentación saludable, ¿de la comida que recibes (ya sea por banco de alimentos o en comedores sociales) hay algo que cambiarías (cantidad, variedad etc.)? Dime el qué y el por qué del cambio (ejemplo: cambiaría la ensalada porque siempre la hacen de la misma manera y me cansa).

1.2. Migración y gastronomía

14. ¿Ya llevas X años en España pero, consideras que la alimentación que tienes en España varía mucho respecto la de tu país (del 1 al 10 cuánto)? ¿Y por qué? ¿Cuál crees que es más saludable? ¿Y por qué? ¿Cuál es tu factor más limitante a la hora de adaptar tu alimentación (no encuentras productos de tu país, son muy caros, no sabes cocinar recetas españolas y, por lo tanto, optas por ultraprocesados o directamente decides comprarte algo en un bar, no tienes tiempo porque en tu país acostumbrabas a tener ayuda en estas tareas o por largas jornadas laborales)? ¿Crees que con los alimentos que recibes puedes seguir el patrón de dieta que seguías en tu país?

1.3. Cocina y compra

Okey, ¿me has dicho que no cenas aquí? Entonces ante esto:

15. ¿Vas a comprarte la cena? ¿O cómo lo haces?
16. ¿Antes cocinabas? ¿Ahora cocinas? ¿Por qué?

En caso de que sí

17. ¿En qué te fijas cuándo haces la compra? (ejemplos de guía: precio, calidad, estética, capacidad saciante, sabor, tamaño, que los alimentos sean saludables, que los alimentos no estén próximos a su fecha de caducidad, que provengan de productores locales).

18. ¿Consideras que el barrio (o el barrio en el que resides) está bien organizado para acceder a los diferentes supermercados? ¿o se te complica? ¿Crees que el barrio ofrece una oferta adecuada de alimentos? ¿Por qué?
19. Con el fin de ahorrarte dinero a la hora de comer, ¿qué haces? ¿Te saltas comidas, comes menos aunque tengas hambre, compras alimentos más baratos, comes alimentos caducados?
20. Normalmente ¿compras productos frescos o ya cocinados? ¿Por qué? ¿En el caso de comprar alimentos frescos los cocinas tú?
21. ¿Cómo los cocinas? Es decir, ¿dispones de equipamiento para almacenar y cocinar alimentos frescos (nevera, fogones etc.)? ¿Restringes su uso o los utilizas siempre? ¿Por qué restringes su uso (ejemplo: para ahorrar)?

1.4. Pasar el QFC

1.5. Apartado socioeconómico

El otro día me dijiste **si/no** habías tenido contrato durante estos años y que habías trabajado de X, delante de esto me podría decir:

22. ¿Has cotizado? ¿Cuánto aproximadamente y dónde?
23. Durante estos años ¿te has sentido discriminado por tu origen, por tu estado social, por tu trabajo? ¿Crees que esto ha afectado a tu vida y a tu salud?
24. Por ejemplo, ¿Has ido al médico o algún otro profesional de la salud para hacer seguimiento de tu enfermedad? ¿Te sientes juzgado por el profesional? ¿En qué lo notas?
25. En la encuesta pasada me dijiste que **sí/no** recibías ayuda económica. En caso afirmativo ¿me podrías especificar cuál?
26. ¿Entonces, tengas o no ayuda, actualmente tienes algún tipo de ingreso? Si es que sí, ¿Te importaría señalar entre qué intervalo se encuentran los ingresos mensuales? No tengo/Hasta 300€/ 601€ - 900€/ 901€ - 1.200€/1.201€ -1.500€
27. También, me comentaste que recibías ayuda alimentaria. Aparte de la comida que recibes del centro ¿me puedes especificar si recibes algún tipo de ayuda más que sea de este tipo?
 - autoconsumo
 - familiar
 - amigos o vecino
 - banco de alimentos
 - beca comedor
 - tarjeta monedero
 - asociaciones o comunidad
 - otras
28. Cuando recibes la alimentación crees que hay una preocupación por ¿cómo has estado anteriormente?
29. ¿En caso de recibir la tarjeta monedero o alimentos frescos, tienes que acudir a algún taller sobre alimentación?
30. Para finalizar, si pudieras hacer algo, en términos políticos ¿qué harías? ¿Es decir qué cosas crees que podrían mejorar tu condición de vida?

2. Migrante, beneficiario del proyecto Centro de Día, viviendo en albergue / Migrante beneficiario del proyecto CEL

Hola X. El otro día te hice unas encuestas, ahora voy a hacerte más preguntas, pero esta vez más orientadas a alimentación. Primero quiero agradecerte tu participación y luego quiero decirte que no hay respuestas ni correctas ni incorrectas porque realmente es como tu lo vivas. También quería recordarte que no te voy a juzgar independientemente de tus respuestas. Gracias.

1.1. Experiencias y condiciones de vida

1. Entonces, para empezar, me podrías describir cómo es un día alimentario tuyo desde que te despiertas. Es decir, explícame en qué horario comes. ¿Entiendo que haces desayuno, comida y merienda aquí? pero ¿para cenar?
2. ¿Cuántas y qué comidas haces? ¿Qué comes en cada comida, dónde (todas en el centro), con quién?
3. ¿Disfrutas de los momentos de comida? ¿Te sientes a gusto y en paz cuando comes? ¿Por qué?
4. ¿Qué has comido hoy en lo que llevamos de día, por ejemplo?
5. ¿Con qué frecuencia sientes hambre? ¿Con qué asocias la palabra hambre? ¿Qué significado tiene para ti?
6. ¿Algún día comes con un familiar o amigo cercano? ¿Por qué no? ¿Has perdido el contacto con tus familiares más cercanos? ¿Por qué crees que ha podido pasar? ¿Este hecho ha sido un factor inductor de que acudas al centro a buscar comida? ¿Cómo te sientes cuando estás en el centro (solo, acompañado, contento etc.)? ¿Por qué (ejemplo: estás a gusto con tus compañeros de mesa)? ¿A qué persona acudes cuándo tienes un problema?
7. ¿Crees que la alimentación es importante en tu vida y por qué? ¿Cómo percibes tu situación alimentaria actualmente? ¿Por qué? ¿Cómo experimentas tener dificultad de acceso a la alimentación?
8. ¿Sigues alguna dieta o estilo alimentario específico y por qué (ejemplo de guía: religión, vegetarianismo etc.)? ¿En caso de que seas vegetariano sabes que necesitas suplementar con B12?
9. ¿Tienes alguna patología que influya en tu alimentación o que se puede mejorar con una alimentación más controlada (diabetes, ciertos tipos de cáncer, disfagia etc.) según el profesional? ¿Delante de tu enfermedad y según las recomendaciones del médico o nutricionista adaptas o adaptan (comedores sociales o banco de alimentos) tu alimentación (ejemplo: eres celíaco y te dan comida sin gluten)? En caso de que no la adapten, ¿qué haces? ¿lo comes o en cambio, lo tiras y ya no comes nada más?
10. ¿En caso de que seas vegetariano sabes que necesitas suplementar tu dieta con B12?
11. ¿Tienes alguna patología (ansiedad, depresión etc.) que te provoca ganas de comer alimentos que no són recomendables por su contenido de grasas, azúcares... (bollería, dulce etc.)?
12. Entiendo que la comida que comes la recibes de este centro. ¿Crees que es saludable la comida que recibes del centro? ¿Para ti que tiene que tener una alimentación para que sea saludable?
13. Entonces, delante de tu opinión respecto a la alimentación saludable, ¿de la comida que recibes (ya sea por banco de alimentos o en comedores sociales) hay algo que cambiarías (cantidad, variedad etc.)? Dime el qué y el por qué del cambio (ejemplo: cambiaría la ensalada porque siempre la hacen de la misma manera y me cansa).

1.2. Migración y gastronomía

14. ¿Ya llevas X años en España pero, consideras que la alimentación que tienes en España varía mucho respecto la de tu país (del 1 al 10 cuánto)? ¿Y por qué? ¿Cuál crees que es más saludable? ¿Y por qué? ¿Cuál es tu factor más limitante a la hora de adaptar tu alimentación (no encuentras productos de tu país, son muy caros, no sabes cocinar recetas españolas y, por lo tanto, optas por

ultraprocesados o directamente decides comprarte algo en un bar, no tienes tiempo porque en tu país acostumbrabas a tener ayuda en estas tareas o por largas jornadas laborales)? ¿Crees que con los alimentos que recibes puedes seguir el patrón de dieta que seguías en tu país?

1.3. Cocina y compra

Okey, me has dicho que no cenas aquí y que lo haces en un albergue pero igualmente:

15. ¿Vas a comprarte algún snack?
16. ¿Antes cocinabas? ¿Por qué?

En caso de que sí

17. ¿En qué te fijas cuándo haces la compra? (ejemplos de guía: precio, calidad, estética, capacidad saciante, sabor, tamaño, que los alimentos sean saludables, que los alimentos no estén próximos a su fecha de caducidad, que provengan de productores locales).
18. ¿Consideras que el barrio (o el barrio en el que resides) está bien organizado para acceder a los diferentes supermercados? ¿o se te complica? ¿Crees que el barrio ofrece una oferta adecuada de alimentos? ¿Por qué?

1.4. Pasar el QFC

1.5. Apartado socioeconómico

El otro día me dijiste **sí/no** habías tenido contrato durante estos años y que habías trabajado de X, delante de esto me podría decir:

19. ¿Has cotizado? ¿Cuánto aproximadamente y dónde?
20. Durante estos años ¿te has sentido discriminado por tu origen, por tu estado social, por tu trabajo? ¿Crees que esto ha afectado a tu vida y a tu salud?
21. Por ejemplo, ¿Has ido al médico o algún otro profesional de la salud para hacer seguimiento de tu enfermedad? ¿Te sientes juzgado por el profesional? ¿En qué lo notas?
22. En la encuesta pasada me dijiste que **sí/no** recibías ayuda económica. En caso afirmativo ¿me podrías especificar cuál?
23. ¿Entonces, tengas o no ayuda, actualmente tienes algún tipo de ingreso? Si es que sí, ¿Te importaría señalar entre qué intervalo se encuentran los ingresos mensuales? No tengo/Hasta 300€/ 601€ - 900€/ 901€ - 1.200€/1.201€ -1.500€
24. También, me comentaste que recibías ayuda alimentaria. Aparte de la comida que recibes del centro ¿me puedes especificar si recibes algún tipo de ayuda más que sea de este tipo?
 - autoconsumo
 - familiar
 - amigos o vecino
 - banco de alimentos
 - beca comedor
 - tarjeta monedero
 - asociaciones o comunidad
 - otras
25. Cuando recibes la alimentación crees que hay una preocupación por ¿cómo has estado anteriormente?
26. ¿En caso de recibir la tarjeta monedero o alimentos frescos, tienes que acudir a algún taller sobre alimentación?

27. Para finalizar, si pudieras hacer algo, en términos políticos ¿qué harías? ¿Es decir qué cosas crees que podrían mejorar tu condición de vida?

3. Español, beneficiario del proyecto Centro de Día, viviendo en pisos.

Hola X. El otro día te hice unas encuestas, ahora voy a hacerte más preguntas, pero esta vez más orientadas a alimentación. Primero quiero agradecerte tu participación y luego quiero decirte que no hay respuestas ni correctas ni incorrectas porque realmente es como tu lo vivas. También quería recordarte que no te voy a juzgar independientemente de tus respuestas. Gracias.

1.1. Experiencias y condiciones de vida

1. Entonces, para empezar, me podrías describir cómo es un día alimentario tuyo desde que te despiertas. Es decir, explícame en qué horario comes. ¿Entiendo que haces desayuno, comida y merienda aquí? pero ¿para cenar?
2. ¿Cuántas y qué comidas haces? ¿Qué comes en cada comida, dónde (todas en el centro), con quién?
3. ¿Disfrutas de los momentos de comida? ¿Te sientes a gusto y en paz cuando comes? ¿Por qué?
4. ¿Qué has comido hoy en lo que llevamos de día, por ejemplo?
5. ¿Con qué frecuencia sientes hambre? ¿Con qué asocias la palabra hambre? ¿Qué significado tiene para ti?
6. ¿Algún día comes con un familiar o amigo cercano? ¿Por qué no? ¿Has perdido el contacto con tus familiares más cercanos? ¿Por qué crees que ha podido pasar? ¿Este hecho ha sido un factor inductor de que acudas al centro a buscar comida? ¿Cómo te sientes cuando estás en el centro (solo, acompañado, contento etc.)? ¿Por qué (ejemplo: estás a gusto con tus compañeros de mesa)? ¿A qué persona acudes cuándo tienes un problema?
7. ¿Crees que la alimentación es importante en tu vida y por qué? ¿Cómo percibes tu situación alimentaria actualmente? ¿Por qué? ¿Cómo experimentas tener dificultad de acceso a la alimentación?
8. ¿Sigues alguna dieta o estilo alimentario específico y por qué (ejemplo de guía: religión, vegetarianismo etc.)? ¿En caso de que seas vegetariano sabes que necesitas suplementar con B12?
9. ¿Tienes alguna patología que influya en tu alimentación o que se puede mejorar con una alimentación más controlada (diabetes, ciertos tipos de cáncer, disfagia etc.) según el profesional? ¿Delante de tu enfermedad y según las recomendaciones del médico o nutricionista adaptas o adaptan (comedores sociales o banco de alimentos) tu alimentación (ejemplo: eres celíaco y te dan comida sin gluten)? En caso de que no la adapten, ¿qué haces? ¿lo comes o en cambio, lo tiras y ya no comes nada más?
10. ¿En caso de que seas vegetariano sabes que necesitas suplementar tu dieta con B12?
11. ¿Tienes alguna patología (ansiedad, depresión etc.) que te provoca ganas de comer alimentos que no són recomendables por su contenido de grasas, azúcares... (bollería, dulce etc.)?
12. Entiendo que la comida que comes la recibes de este centro. ¿Crees que es saludable la comida que recibes del centro? ¿Para ti que tiene que tener una alimentación para que sea saludable?
13. Entonces, delante de tu opinión respecto a la alimentación saludable, ¿de la comida que recibes (ya sea por banco de alimentos o en comedores sociales) hay algo que cambiarías (cantidad, variedad etc.)? Dime el qué y el por qué del cambio (ejemplo: cambiaría la ensalada porque siempre la hacen de la misma manera y me cansa).

1.2. Cocina y compra

Okey, ¿me has dicho que no cenas aquí? Entonces antes esto:

14. ¿Vas a comprarte la cena? ¿O cómo lo haces?
15. ¿Antes cocinabas? ¿Ahora cocinas? ¿Por qué?

En caso de que sí

16. ¿En qué te fijas cuándo haces la compra? (ejemplos de guía: precio, calidad, estética, capacidad saciante, sabor, tamaño, que los alimentos sean saludables, que los alimentos no estén próximos a su fecha de caducidad, que provengan de productores locales).
17. ¿Consideras que el barrio (o el barrio en el que resides) está bien organizado para acceder a los diferentes supermercados? ¿o se te complica? ¿Crees que el barrio ofrece una oferta adecuada de alimentos? ¿Por qué?
18. Con el fin de ahorrarte dinero a la hora de comer ¿qué haces? ¿Te saltas comidas, comes menos aunque tengas hambre, compras alimentos más baratos, comes alimentos caducados?
19. Normalmente ¿compras productos frescos o ya cocinados? ¿Por qué? ¿En el caso de comprar alimentos frescos los cocinas tú?
20. ¿Cómo los cocinas? Es decir, tienes disponibles de equipamiento para almacenar y cocinar alimentos frescos (nevera, fogones etc.)? ¿Restringes su uso o lo utilizas siempre? ¿Por qué restringes su uso (ejemplo: para ahorrar)?

1.3. Pasar el QFC

1.4. Apartado socioeconómico

El otro día me dijiste **si/no** habías tenido contrato durante estos años y que habías trabajado de X, delante de esto me podría decir:

21. ¿Has cotizado? ¿Cuánto aproximadamente y dónde?
22. Durante estos años ¿te has sentido discriminado por tu origen, por tu estado social, por tu trabajo? ¿Crees que esto ha afectado a tu vida y a tu salud?
23. Por ejemplo, ¿Has ido al médico o algún otro profesional de la salud para hacer seguimiento de tu enfermedad? ¿Te sientes juzgado por el profesional? ¿En qué lo notas?
24. En la encuesta pasada me dijiste que **sí/no** recibías ayuda económica. En caso afirmativo ¿me podrías especificar cuál?
25. ¿Entonces, tengas o no ayuda, actualmente tienes algún tipo de ingreso? Si es que sí, ¿Te importaría señalar entre qué intervalo se encuentran los ingresos mensuales? No tengo/Hasta 300€/ 601€ - 900€/ 901€ - 1.200€/1.201€ -1.500€
26. También, me comentaste que recibías ayuda alimentaria. Aparte de la comida que recibes del centro ¿me puedes especificar si recibes algún tipo de ayuda más que sea de este tipo?
 - autoconsumo
 - familiar
 - amigos o vecino
 - banco de alimentos
 - beca comedor
 - tarjeta monedero
 - asociaciones o comunidad
 - otras
27. Cuando recibes la alimentación crees que hay una preocupación por ¿cómo has estado anteriormente?
28. ¿En caso de recibir la tarjeta monedero o alimentos frescos, tienes que acudir a algún taller sobre alimentación?

29. Para finalizar, si pudieras hacer algo, en términos políticos ¿qué harías? ¿Es decir qué cosas crees que podrían mejorar tu condición de vida?

ANEXO 7

Consentimiento informado

Título del proyecto de investigación: “Existencia de inseguridad alimentaria y el análisis de sus causas y consecuencias en hombres en riesgo de exclusión social”

Presentación general: Este estudio, planteado desde una perspectiva antropológica y basado en una aproximación cualitativa, tiene como objetivo principal comprender la inseguridad alimentaria y las causas y consecuencias de estas. Además también pretende informar sobre las posibles soluciones para paliarla. Implicación de las personas participantes: Su colaboración será a través de la participación en una encuesta y posteriormente, si es seleccionado, de una entrevista en la cual se le plantearán preguntas abiertas sobre el fenómeno de la inseguridad alimentaria. Esta entrevista tendrá una duración aproximada de 1 hora. La entrevista será grabada electrónicamente (audio) con su consentimiento. Su participación en este estudio es voluntaria y no se remunerará. Puede abandonar su colaboración en cualquier momento en que lo decida, sin que esto conlleve ningún prejuicio o coacción. También tiene derecho a solicitar información adicional cuando lo considere necesario, contactando a: rosalia020603@gmail.com

Confidencialidad y anonimato: Siguiendo el Código de Buenas Prácticas de Investigación de la Universidad de Barcelona (2019), todos los datos obtenidos serán tratados de forma confidencial. Todos los datos se archivarán de forma segura. Además, se garantizará el anonimato durante todas las etapas del proyecto y en la difusión de resultados. Se tratará los datos facilitados siguiendo en todo momento los principios y criterios establecidos en la normativa de protección de datos vigente aplicable: Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y el Reglamento (UE) 2016/679 relativo a la protección de las personas físicas en relación al tratamiento de datos de carácter personal “RGPD”. De conformidad con lo establecido en la mencionada regulación, la UNIVERSIDAD DE BARCELONA, (con CIF Q0818001J y domicilio en la Gran Vía de les Corts Catalanes, 585 -08007 Barcelona) como responsable del tratamiento de los datos personales, le informa que puede contactar con el Delegado de Protección de Datos mediante escrito a la dirección postal (Travessera de les Corts, 131-159, Pavelló Rosa, 08028 - Barcelona), o mediante un mensaje de correo electrónico a protecciodedades@ub.edu Usted tiene derecho a acceder a sus datos, a solicitar la rectificación de los datos inexactos y a solicitar su supresión, así como a limitar el tratamiento, a oponerse y a retirar el consentimiento de su uso para determinadas finalidades. Estos derechos los puede ejercer mediante escrito a la dirección postal o mediante un mensaje de correo electrónico a la dirección mencionada en el párrafo anterior. Así mismo, le informamos de su derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Catalana de Protección de Datos en el caso de cualquier actuación de la Universitat de Barcelona que considere que vulnera sus derechos.

Riesgos y beneficios de la investigación: Su participación en el estudio no supone ningún riesgo para su integridad física, social o psicológica. Los conocimientos resultantes de esta investigación permitirán una mejor comprensión del fenómeno de la inseguridad alimentaria. Los datos recogidos ayudarán a dar visibilidad a una problemática con impactos sociales, psicológicos y de salud importantes. Recibirá una copia de este documento de consentimiento informado. La otra copia quedará en manos del responsable del proyecto. Al firmar este formulario de consentimiento, certifica que ha recibido información suficiente sobre el estudio, que ha leído y entendido la información contenida en este documento y que está de acuerdo en participar de forma voluntaria.

Fecha, lugar: Participante/firma:

ANEXO 8

Tabla 4. Datos socioeconómicos y demográficos de los entrevistados

	Caracterización de los entrevistados				
	Eduardo	John	Fede	Adrián	Mario
Edad	33	47	33	39	36
Migración	x	x	x	x	x
Proyecto	Centro de Día	Centro de Día	Centro de Día	Centro de Día	CEL*
Nivel educativo	Primaria	Universidad	Master	ESO*	Bachiller
Situación laboral previa (España)	Sin contrato	Sin contrato	Sin contrato	Sin contrato	Con contrato
Ayudas	Monetaria y alimentaria	Solo alimentaria	Solo alimentaria	Solo alimentaria	Solo alimentaria

Tabla 5. Datos socioeconómicos y demográficos de los entrevistados

	Caracterización de los entrevistados				
	Darío	Abraham	Teo	Leo	David
Edad	45	51	63	27	58
Migración	x	x		x	x
Proyecto	Centro de Día	Centro de Día	Centro de Día	CEL	CEL
Nivel educativo	Bachiller	ESO	Primaria	Bachiller	Primaria
Situación laboral previa (España)	Sin contrato	Con contrato	Con contrato	Sin contrato	Con contrato
Ayudas	Solo alimentaria	Solo alimentaria	Monetaria y alimentaria	Solo alimentaria	Monetaria y alimentaria

*ESO: Educación Secundaria Obligatoria

*CEL: Centro de Estancia Limitada para personas convalecientes