

## **Prácticas alimentarias en las familias del área rural de Medellín- Colombia**

*Martha Cecilia Álvarez Uribe, Laura González Zapata*

Universidad de Antioquia – Escuela de Nutrición y Dietética, Medellín, Colombia

### **RESUMEN.**

Se presentan algunas prácticas alimentarias de las familias de los corregimientos de Medellín: Santa Elena, Belén Altavista, Palmitas, San Cristóbal y San Antonio de Prado. El estudio es de tipo descriptivo transversal; la muestra fue representativa y probabilística. La lactancia materna prevalece en todos los corregimientos sin diferencias significativas entre los mismos, se observó una duración promedio de la lactancia materna entre 10 y 13 meses ( $p < 0.05$ ), el 29% de las mujeres manifestaron haber tenido alguna dificultad para amamantar a su último hijo, las principales causas fueron: poca producción de leche y enfermedad de la madre. El 53% de las madres informaron haber introducido la alimentación complementaria antes de cuatro meses. El consumo de frutas y verduras en la población es bajo, en contraste con el consumo de frijol. El 49% de las familias utilizan como métodos de cocción preferidos la fritura y la cocción. La manteca y aceites que contienen mayor proporción de ácidos grasos saturados, se constituyeron en el tipo de grasas preferidas para la cocción. La mayoría de los integrantes de las familias, consumen las comidas principales y lo hacen en el hogar. Por el contrario las comidas secundarias tienden a desaparecer; en especial la merienda y la media mañana.

**Palabras clave:** Prácticas alimentarias, hábitos alimentarios, cultura alimentaria, patrón alimentario, seguridad alimentaria y nutricional.

### **SUMMARY.**

Feeding practices among rural families of Medellín Colombia. Some feeding practices among families of Medellín's Districts: Santa Helena, Belen Altavista, Palmitas, San Cristóbal and San Antonio de Prado are presented. It is a descriptive and transversal investigation. The sample used was representative and probabilistic. Breast feeding practice is prevalent in all the Districts mentioned above; a duration average of the breast feeding was observed between 10 and 13 months ( $p < 0.05$ ), 29% of the women, declared having some kind of difficulty trying to breast feed their last child. The main reasons for this were: low milk production and illness of the mother. 53% of the mothers informed to have introduced the complementary feeding before four months. Fruits and vegetable consumption was low, comparing it with the high level of

consumption of beans. The cooking methods most used were deep frying and boiling. The oils and lard used have a high content of saturated fat acids. Most of the members of the families, they consume the main foods and they make it in the home (breakfast, lunch and supper). On the other hand in between meals tend to disappear, especially midmorning and late snack.

**Key words:** Feeding practices, food habits, feeding culture, food security, pattern of feeding.

Recibido: 4-02-2001 Aceptado: 26-11-2001

## INTRODUCCION

La seguridad alimentaria y nutricional en población rural de la ciudad de Medellín está condicionada por el acceso que las familias tienen a los alimentos más que por la disponibilidad de los mismos (1). Entre los factores que inciden en esto se encuentran las prácticas alimentarias, dado que ellas orientan la decisión de compra de alimentos. Por otro lado el consumo de frijol ha sido una práctica alimentaria en la población Antioqueña que ha contribuido a incrementar el valor nutricional de la dieta y que por razones de costos las familias han hecho un ajuste al gasto alimentario reduciendo su consumo, situación que se quiso verificar con el fin de promover la producción de esta leguminosa para el autoconsumo.

En la población materno infantil las prácticas alimentarias son importantes de estudiar por su vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria y nutricional. La lactancia materna exclusiva hasta los seis meses aporta la cantidad de nutrientes necesarios para el adecuado crecimiento y desarrollo del lactante, lo que garantiza su seguridad alimentaria y nutricional, además es importante conocer las prácticas de alimentación complementaria por su incidencia en la lactancia materna y en la alimentación y nutrición del menor (2). Las preferencias y rechazos de alimentos durante la gestación influyen en su selección y por ende en la calidad nutricional de la dieta.

El Plan Nacional de Alimentación y Nutrición de Colombia (1995/2006) (3), plantea la necesidad de investigar sobre prácticas alimentarias por regiones, como insumo requerido para trazar las políticas, programas y proyectos alimentarios y nutricionales que partan del conocimiento local, propósito al cual contribuye. Además, con este estudio se complementan los resultados en Seguridad Alimentaria y Nutricional obtenidos en otras investigaciones en esta misma población (4-7). En el estudio de corte etnográfico realizado en esta población se encontró que las frutas y verduras no hacían parte del modelo alimentario (8), razón por la cual se considero importante complementar desde una perspectiva cuantitativa este aspecto, por el papel que juegan los micronutrientes en la protección de la salud (9). Para lo cual se utilizó una frecuencia semicuantitativa semanal de consumo de frutas, verduras y leguminosas.

### Espacio poblacional

Medellín es la segunda ciudad de Colombia, su área rural esta constituida por cinco corregimientos (\*): Santa Elena, Belén Altavista, San Cristóbal, Palmitas y San Antonio de Prado, con una extensión que representa el 70.5% del territorio municipal, distribuidos en 41 veredas (\*\*) y en ellas viven el 5% de la población del municipio (10).

---

\* Secretaria de Bienestar Social del Municipio de Medellín. Aproximación a un diagnóstico de las problemáticas sociales de la ciudad de Medellín. 1992, p 64. Se define corregimiento como "territorio ubicado dentro del área rural, con una población estimada entre 5.000 y 20.000 habitantes que dispone de un núcleo central en el que se desarrolla un proceso de urbanización".

\*\* Ibíd. Se define la vereda "como una porción territorial situada dentro del área rural, con una población entre 2.000 y 10.000 habitantes y que carece de proceso de urbanización", p 64 .

## **MATERIALES Y METODOS**

En las familias del área rural de la ciudad de Medellín se realizó un estudio de tipo descriptivo de corte transversal. Para cada corregimiento se calculó una muestra representativa y probabilística con un error máximo de un 5% y un nivel de confianza del 95%, constituida por: 342, 313, 385, 328 y 308 para Santa Elena, Palmitas, San Antonio de Prado, San Cristóbal y Belén Altavista respectivamente, para un total de 1676 familias.

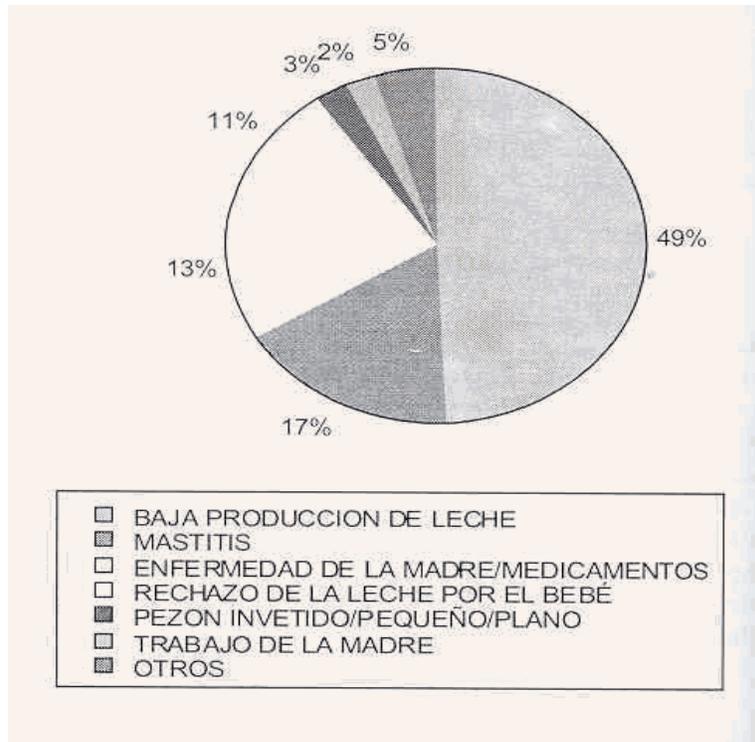
La técnica utilizada para la recolección de los datos fue la entrevista familiar, guiada por una encuesta estructurada que recopiló datos sobre: aspectos demográficos, producción de alimentos, alimentación subsidiada, prácticas alimentarias, hábito de compra de alimentos y frecuencia semanal de consumo de frutas, verduras y leguminosas. Seis encuestadores, previamente capacitados y estandarizados para realizar la entrevista y registrar los resultados en el formulario, se desplazaron a las diferentes veredas seleccionadas en la muestra y en las viviendas entrevistaron a las madres o a las personas responsables de preparar los alimentos. La crítica, organización y tabulación de los datos fue efectuada por un profesional de Nutrición y Dietética, proceso supervisado por los investigadores. Los datos fueron procesados en los programas EPIINFO, CERES, EXCEL Y PRISMA. El análisis de la información es de tipo descriptivo.

## **RESULTADOS**

El 80% de las madres manifestaron haber alimentado al seno a su último hijo, la duración promedio en los diferentes corregimientos osciló entre 10 y 13 meses. El 29% de las madres que lactaron tuvieron alguna dificultad, las causas de mayor frecuencia fueron: baja producción de leche, enfermedad de la madre, el uso de medicamentos por la madre y rechazo de la leche materna por parte del bebé ([Figura 1](#)). En el 53% de los niños la introducción de alimentos diferente a la leche materna se inició antes de los cuatro meses y de estos el 11% los recibieron desde el nacimiento ([Figura 2](#)). El 30% y el 34% de las mujeres entrevistadas manifestaron preferir o rechazar algún alimento durante la gestación. Los alimentos de mayor preferencia fueron las frutas, verduras y leguminosas y el de mayor rechazo el fríjol.

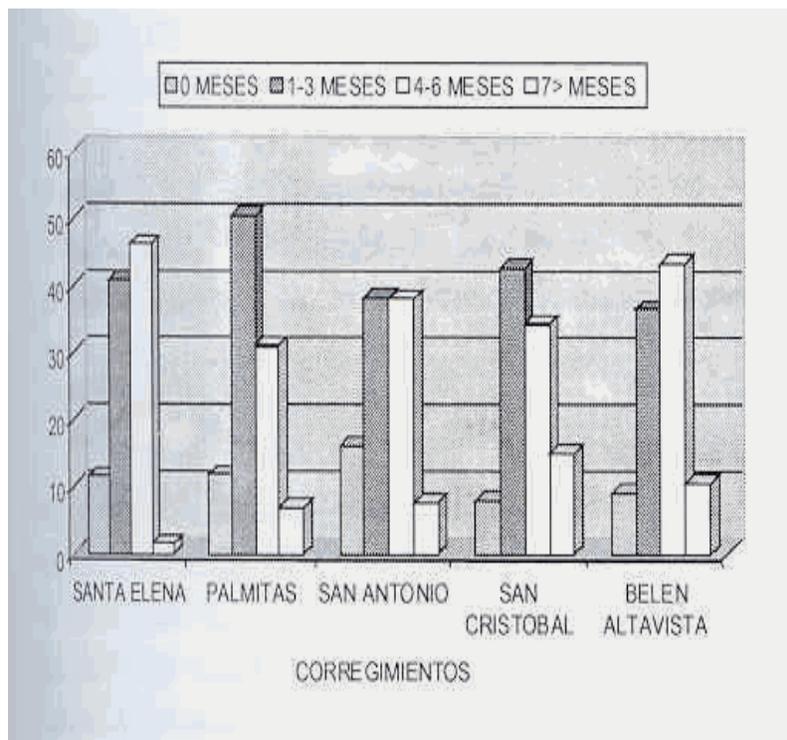
### **FIGURA 1**

Tipo de dificultad para amantar al último hijo en los corregimientos de Medellín 1998



**FIGURA 2**

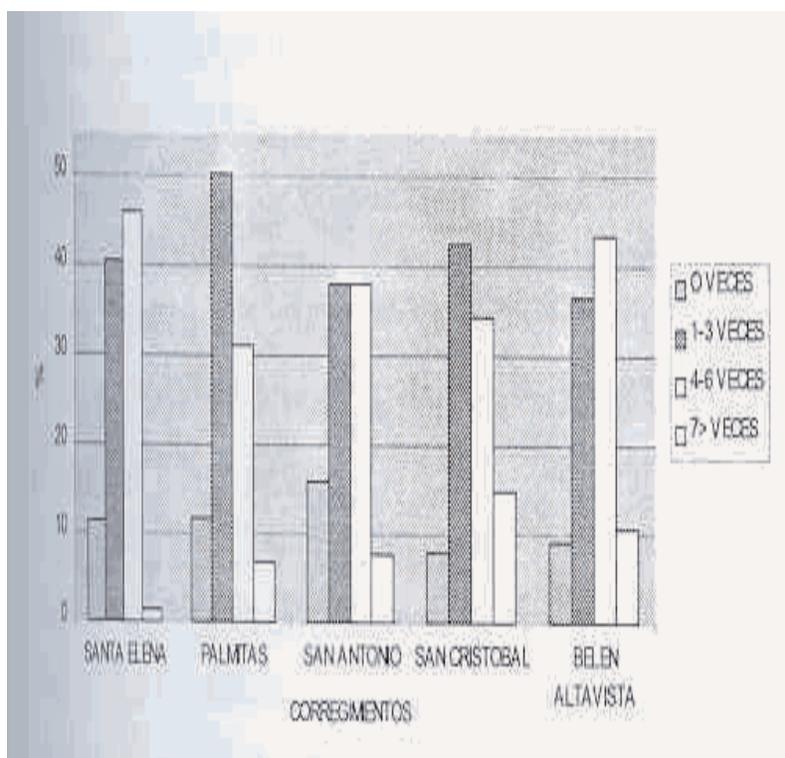
Edad de inicio en meses de la alimentación complementaria al último hijo en los corregimientos de Medellín 1998



La frecuencia semanal del consumo de frutas y verduras fue muy bajo en las familias de todos los corregimientos (Figura 3 y 4). El consumo de leguminosas representadas en su mayoría por fríjol continúa siendo una práctica de consumo de alta frecuencia semanal. Las tres comidas principales fueron consumidas por la mayoría de la población, principalmente en el hogar, aunque se observó que entre el 17% y 19% de las personas de los corregimientos los consumen fuera de este. El hábito de realizar comidas secundarias ha disminuido, en forma especial la merienda y media mañana. El 49% de las familias prefieren la preparación de alimentos en forma frita o cocida, el 20% cocidos y el 15% fritos, cocidos o asados.

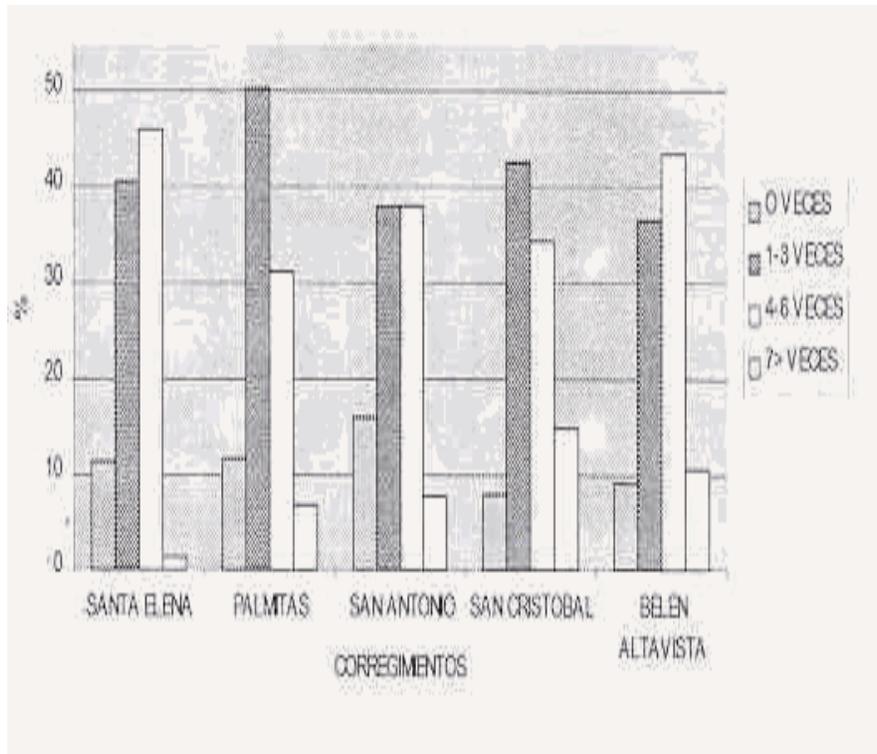
**FIGURA 3**

Frecuencia del consumo semanal de frutas por las familias de los corregimientos de Medellín 1998



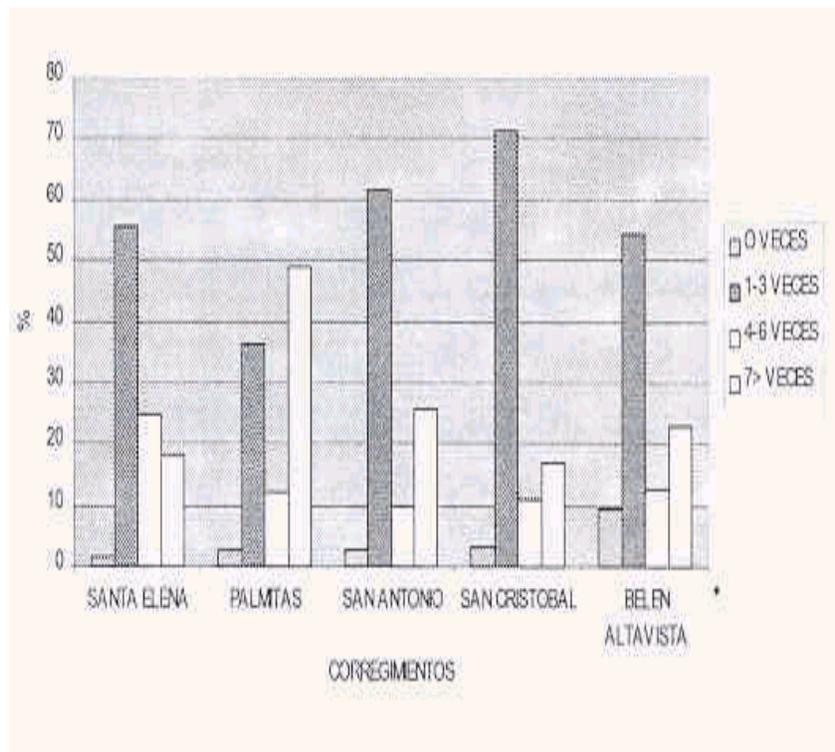
**FIGURA 4**

Frecuencia del consumo semanal de verduras por las familias de los corregimientos de Medellín 1998



**FIGURA 5**

Frecuencia del consumo semanal de leguminosas por las familias de los corregimientos de Medellín 1998



## DISCUSION

### Práctica de lactancia materna

Desde la perspectiva de la seguridad alimentaria y nutricional de los menores de un año, la lactancia materna exclusiva se constituye hasta los seis meses, en la más saludable opción para que los lactantes obtengan la cantidad y calidad de los nutrientes necesarios para su crecimiento y desarrollo (11). A partir de esta edad se debe continuar con la lactancia al pecho hasta los dos años, complementándola con otros alimentos para garantizar la óptima alimentación del menor.

El 80% de las mujeres amamantaron a su último hijo, con proporciones similares en todos los corregimientos ( $p=0.46$ ), salvo en Palmitas que fue de 69.7%. Esta proporción, es más baja a la encontrada en el estudio sobre hábitos alimentarios de la población rural de Colombia realizado en 1981, en el cual se encontró que el 98% de los niños habían sido alimentados al pecho (12) y en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 1995 (ENDS-95), según la cual el 95.1% de los niños del área rural de Colombia han sido lactados por lo menos una vez (13). Cabe destacar que el 20% de los niños de los corregimientos de Medellín no recibieron lactancia materna, lo que conlleva riesgo de inseguridad alimentaria y nutricional, con implicaciones inmediatas y futuras para su salud, nutrición y desarrollo.

Se observó una duración promedio de la lactancia materna entre 10 y 13 meses ( $p<0.05$ ). La última cifra fue reportada en Belén Altavista, aspecto que llama la atención dado que este corregimiento presenta mayores características de urbanismo, lo cual coincide con la posición de expertos en el tema, quienes sustentan que en las zonas urbanas existe mayor práctica de la lactancia materna. Los promedios anteriores son similares a los encontrados en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 1995, en la que se reporta un promedio de duración de la lactancia al pecho de 11 meses (14); cifra que supera los promedios de países como Brasil, México, República Dominicana y Trinidad y Tobago que fue de 9 meses e inferior en los países del sur del Sahara y Sri Lanka que supera los 18 meses (15).

Cabe resaltar que la moda de duración de la lactancia materna fue de 12 meses, la cual coincidió en todos los corregimientos; esto demuestra una buena práctica de la lactancia materna. La duración mediana más baja fue de 7 meses; superando la mediana de 5 meses, encontrada para áreas urbanas marginadas de grandes ciudades de Colombia (16) .

El 29% de las mujeres de los corregimientos manifestaron haber tenido alguna dificultad para lactar a su último hijo, la proporción mayor se encontró en San Antonio de Prado (40%) y la menor en las madres de Belén Altavista (16%). Si bien estas cifras son menores a la considerada por Savage (17), quien expresa que por lo menos la mitad de las mujeres presentan dificultad para amamantar, este hecho es preocupante dado que 329 niños dejaron de ser alimentados al seno. La mayor dificultad fue la baja producción de leche con un 49%, motivo referido en el estudio multicéntrico de Conocimientos Actitudes y Prácticas (CAP) de lactancia materna, en áreas urbanas marginadas de grandes ciudades Colombianas (18) y en la Encuesta de Demografía y Salud de 1995, según la cual el 30% de las madres reportaron esta dificultad (19). Esta apreciación puede estar ocasionada por técnicas de lactación incorrecta, además por situaciones que generan ansiedad en la madre y que tienen efectos negativos sobre el reflejo de eyección de la leche (20).

El 17% de las mujeres manifestaron la enfermedad de la madre y uso de medicamentos por ella como causa para no amamantar, proporción menor a la encontrada por el FES en las zonas marginadas de las grandes ciudades de Colombia. En esta investigación no se indagó sobre la enfermedad que sufrió la mujer, pero en la mayoría de los casos es posible continuar lactando al bebé, a excepción de madres con períodos agudos de infección por citomegalovirus, virus de inmunodeficiencia humana en mujeres sero positivas, virus linfotrópicos de las células T, hepatitis A con ictericia materna durante el período agudo de infección, hepatitis B con la enfermedad activa; herpes simple en presencia de lesiones herpéticas vesiculares, rubéola y tuberculosis (21). Cuando la madre tiene cáncer y recibe quimioterapia, se recomienda la suspensión ([Figura 1](#)).

Con respecto a los medicamentos que ingieren las madres, casi todos son excretados por la leche materna en cantidades pequeñas que no logran afectar al niño. Se recomienda la suspensión de la lactancia, por el consumo de medicamentos por parte de la madre como sulfonamidas, clotrimazol, fansidar, dapsone, psiquiátricas y anticonvulsivas.

Un 13% de las madres manifestaron que sus hijos rechazaron la leche materna, esto pudo relacionarse con la administración en forma simultánea de: agua, otras leches u otros alimentos que para el niño tienen sabores diferentes de la leche materna y le facilita la succión por el uso de biberón. La mastitis, "infección que se produce cuando la obstrucción de un conducto no es manejada a tiempo, cuando el pezón se agrieta o cuando la leche acumulada al no salir se infecta da como resultado inflamación del pecho, dolor y fiebre en la madre" (22), se presentó en el 11% de las mujeres como causa para no lactar, aspecto que es posible controlar con apoyo oportuno a la madre, para que ésta no deje de amamantar o se extraiga la leche.

Cinco madres no lactaron a sus hijos por haber nacido prematuros, decisión muy negativa para la salud, crecimiento y desarrollo de los niños, porque en estos casos la leche materna tiene más anticuerpos y factores anti-infecciosos que la leche de madres de niños nacidos a término y tiene un contenido mayor de nutrientes necesarios para el lactante prematuro en esta edad: proteínas, sodio, hierro y cloro (23).

La planificación familiar, también apareció en menor proporción, como causa para no lactar. El control de la natalidad, por medio de anticonceptivos orales que contienen estrógenos por encima de 50 ug, disminuye la cantidad de leche; además estos y los que contienen progestágeno pasan a la leche, razón por la cual se debe recomendar a las madres el uso de otros métodos de anticoncepción que no interfieran con la lactancia.

### **Alimentación complementaria**

Como ya se dijo, la lactancia materna exclusiva en los primeros cuatro a seis meses de vida, suministra la cantidad y calidad de nutrientes y otras sustancias requeridas por el lactante. A partir de estas edades se recomienda iniciar la ablactación o alimentación complementaria. El inicio precoz de la alimentación complementaria presenta riesgos para el niño por su inmadurez biológica en diferentes sistemas: el neuromuscular, digestivo, inmunológico y renal (24). Por otro lado, la alimentación complementaria no debe retardarse, dado que el niño entre los cuatro y seis meses requiere de calorías y nutrientes adicionales a los que suministra la leche materna y necesita desarrollar en

forma progresiva habilidades para masticar y deglutir otros alimentos, ejercitar los músculos de la mandíbula y probar otros sabores y texturas (25). Además la leche materna contiene hasta los seis meses el hierro requerido por el lactante, a partir de esta edad se le debe suministrar otros alimentos que garanticen cubrir las necesidades de este mineral (26).

La alimentación complementaria se inició en forma temprana en el 53% de los lactantes y de estos el 11% la recibió desde el nacimiento. Sólo al 39% de los niños se le introdujo la alimentación complementaria en edades adecuadas. Según los reportes del Centro de Documentación sobre Alimentación Infantil y Nutrición Materna, estos porcentajes son menores a los encontrados en Brasil, México, República Dominicana, Trinidad y Tobago, donde el 50% de los lactantes la recibieron en la edad recomendada ([Figura 2](#)).

Los alimentos utilizados para iniciar la alimentación complementaria fueron muy diversos para cada una de las edades. Los más utilizados desde el nacimiento fueron: fórmulas lácteas, leche de vaca, jugos de frutas, caldo de frijol y sopas preparadas con diferentes alimentos; estos son similares a los reportados por Vemury en el estudio para el área rural de Colombia.

Alimentar al lactante con leche de vaca, especialmente en el primer semestre de vida puede tener graves efectos deletéreos en el estado nutricional del niño, porque sus ácidos grasos son saturados en alta proporción; el ácido linoleico, el colesterol, la cistina y la taurina necesarios para el crecimiento del cerebro son insuficientes en ella; no contiene lipasa para digerir las grasas, contiene demasiada caseína que forma grumos gruesos y tiene una relación calcio fósforo inadecuada para el lactante. Además la leche de vaca se contamina más y no contiene las células sanguíneas blancas vivas, ni los anticuerpos que protegen al niño contra las infecciones, implicando un mayor riesgo de enfermedades como diarrea e infecciones respiratorias.

Entre el primer y tercer mes de vida, la alimentación complementaria se inició con sopas a base de diversos alimentos, se resalta el guineo y el arroz como sus ingredientes principales y caldo de frijol; esto ratifica las creencias de las madres sobre las sopas, al considerarlas nutritivas e importantes para el crecimiento y desarrollo de los bebés y el supuesto aporte de hierro del guineo. El huevo que ha sido asociado con el desarrollo de alergias fue también un alimento utilizado en la alimentación del niño en este rango de edad.

La aguapanela se introduce en forma temprana, cambiando los beneficios de la leche materna por un alimento de baja densidad de nutrientes y alto contenido calórico. También se prefieren las frutas y verduras, preparadas en forma de jugos, sopas y compotas, si bien estos alimentos contienen vitaminas y minerales importantes para la nutrición de los menores, no son necesarias si el lactante está siendo alimentado al pecho en forma exclusiva y pueden interferir en forma desfavorable con el equilibrio y biodisponibilidad de los nutrientes de la leche humana.

### **Preferencias y rechazos de alimentos o preparaciones durante la gestación**

El 30% y el 34% de las mujeres entrevistadas, manifestaron preferir o rechazar algún alimento durante la gestación; el corregimiento que presentó menor proporción en ambos sentidos fue Belén Altavista y el más alto fue Palmitas; el primero tiene características más urbanas, lo cual lleva implícito un mejor nivel educativo de las

mujeres, mayor demanda por el control prenatal en el momento oportuno; el segundo muestra condiciones de mayor ruralidad; lo anterior puede explicar esta actitud frente a los alimentos, durante el periodo de gestación. Las razones que aducen las madres para preferir estos alimentos son: sabor, antojo, tolerancia, nutritivos y olor.

Las frutas, verduras y leguminosas fueron preferidas por las gestantes de todos los corregimientos, aspecto positivo dado que estos alimentos suministran vitaminas y minerales necesarios para la nutrición humana y en forma especial durante este período. La leche fue preferida durante la gestación, conducta saludable porque durante esta etapa se incrementan las necesidades de calcio. Casi toda la ganancia de calcio por la madre durante la gestación pasa al feto y por lo tanto la dieta debe tener un aporte adecuado de este mineral, para evitar la disminución de masa ósea de la madre y promover el óptimo crecimiento y desarrollo del esqueleto fetal.

Las preparaciones rechazadas por las gestantes fueron: el sancocho y la carne cocida; aspecto que no es preocupante, dado que los alimentos que se utilizan en ellas, pueden ser consumidos en otras formas culinarias. Las leguminosas, en forma especial el fríjol, fueron rechazadas por algunas madres, así mismo los condimentos por causar flatulencia y exacerbar algunos síntomas relacionados con la alimentación durante este período. Las razones por las cuales rechazan estos alimentos son: desgano, náuseas, indigestión y vómito.

### **Consumo de frutas, verduras y leguminosas en las familias**

El consumo de frutas y verduras es muy importante para la nutrición humana por su contenido de vitaminas, minerales, fibra y por agregar a la dieta variedad de colores y sabores. Un bajo consumo de estos grupos de alimentos, no contribuye a obtener la ingestión dietética diaria recomendada de vitamina C y A, las cuales tienen un efecto protector de enfermedades crónicas degenerativas (27,28).

En los corregimientos, la frecuencia semanal de consumo de frutas y verduras fue muy bajo, situación que para las verduras, se podría explicar por los hallazgos de Maya M (\*). Un alto porcentaje de las familias en todos los corregimientos, reportaron no consumirlas, en donde se encontró un menor porcentaje de familias que no consumen frutas a la semana fue en Santa Elena y verduras en San Cristóbal con un 8.0% posiblemente por ser un corregimiento productor de estos alimentos. Las familias de San Antonio de Prado mostraron una mejor frecuencia de consumo de frutas el 43% de ellas lo hacen 7 veces o más a la semana y verduras en Belén Altavista con un 10.6% con misma frecuencia, este aspecto es similar a lo reportado por las familias de los estratos más bajo de la ciudad de Medellín (29) ([Figura 3](#) y [Figura 4](#)).

El consumo de leguminosas, representadas en su mayoría por fríjol, continúa siendo una práctica de consumo de alta frecuencia semanal, conservando uno de los platos típicos de la comida Antioqueña. Las familias del corregimiento de Palmitas, son las que presentan mayor consumo, cerca de la mitad de ellas incluyen esta leguminosa en su alimentación diaria, seguida en su orden por San Antonio de Prado con una cuarta parte y los tres corregimientos restantes con cerca de la quinta parte. Los porcentajes de frecuencia semanal de consumo de una y tres veces y entre cuatro y seis veces, reafirman el hábito de consumo de las leguminosas (\*\*). Lo anterior, es un aspecto muy positivo en las familias del área rural de la ciudad de Medellín, por el contenido de este alimento de proteínas, hierro, magnesio, ácido fólico y fibra ([Figura 5](#)).

## **Frecuencia de consumo y lugar de las comidas principales y secundarias**

El desayuno, almuerzo y comida, se consideran en esta investigación como las comidas principales, por su aporte calórico y de nutrientes a la alimentación diaria; las tres fueron consumidas por un alto porcentaje de la población. Si bien, quienes no lo hacen son muy pocos, se debe resaltar el hecho porque estas personas se someten a ayunos muy prologados, que repercuten en bajos niveles sanguíneos de glucosa e inciden negativamente en el aporte necesario de calorías y nutrientes para obtener una dieta saludable.

Con respecto al lugar donde las personas efectúan estas comidas, prima aún el hogar, aunque se observó que entre el 17% y 19% de las personas de los corregimientos de Santa Elena, Palmitas y San Cristóbal, lo hacen fuera. Estos porcentajes se pueden explicar por que los agricultores acostumbran llevar a las parcelas el almuerzo preparado en los hogares, aspecto que se debe tener en cuenta, para el análisis de la disponibilidad de alimentos en el hogar, también se puede contemplar la posibilidad que sean personas que se desplazan a zona urbana de la ciudad de Medellín, lo cual limita el tiempo para trasladarse a sus hogares a la hora del almuerzo.

Los tragos, media mañana, algo y merienda, se consideraron comidas secundarias, dado que por su volumen tienen menor aporte calórico y nutricional a la alimentación diaria. Se encontró que los tragos, generalmente constituidos por aguapanela o café negro y que se consumen antes del desayuno, todavía se conservan como práctica alimentaria, en contraste con la merienda que es un refrigerio ligero ingerido en la noche después de la comida, que tiende a desaparecer; el algo se consume en las horas de la tarde, e incluye bebidas, cereales y/o frutas, se conserva en mayor porcentaje como comida secundaria, seguido por la media mañana constituida en forma similar al algo, siendo más frecuente en los corregimientos que presentan mayores características de ruralidad: Santa Elena, San Cristóbal y Palmitas.

Los métodos de preparación más utilizados fueron cocido y frito, solos o combinados con otros, en comparación con el asado que se presenta en muy bajo porcentaje; esto se podría explicar por no disponer de hornos y por la preferencia al sabor de las grasas que tiene la población. Las frituras contribuyen al incremento del consumo de ácidos grasos saturados, por la calidad de aceites utilizados, lo cual se comporta como factor de riesgo para enfermedad cardiovascular y algunos tipos de cáncer.

## **Adición de sal a las comidas preparadas**

El 11.5% de las familias adicionan sal a las comidas preparadas, siendo mayor en Belén Altavista con un 16% y menor en San Cristóbal con un 6%. Esta práctica puede aumentar el consumo total de sodio de la dieta, dado que se debe considerar el sodio que contienen los alimentos y la sal utilizada en las preparaciones. La OMS, recomienda como medida preventiva para enfermedad cardiovascular, limitar el consumo diario de cloruro de sodio a seis gramos o menos.

## **Personas de las familias que reciben una mejor alimentación**

El 88% de las familias entrevistadas consideran que todas las personas deben recibir la misma alimentación y lo sustentan desde el principio de igualdad o equidad, el 6.3% manifestaron dar preferencia a los niños, las razones fueron por estar en etapa de crecimiento y estudiando.

En un pequeño porcentaje de las familias se prefirió a los padres; lo anterior revela un cambio importante, dado que no se considera que la mejor alimentación debe destinarse a quien genera ingresos económicos, máximo en el área rural, donde este rol es asumido principalmente por el hombre.

## **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

Las familias del área rural de la ciudad de Medellín, presentan inadecuadas practicas alimentarias. Ellas revelan bajo consumo de frutas, verduras y preferencia por los alimentos preparados fritos. Los niños reciben alimentos diferentes a la leche materna antes de los cuatro meses y algunos de ellos desde que nacen. Las dificultades que las madres reportan para tener una lactancia materna exitosa están relacionadas con inadecuadas técnicas de amamantamiento o por desconocimiento sobre esta.

Ante la situación anterior, se recomienda a las autoridades municipales, diseñar políticas, programas y proyectos en alimentación y nutrición, dirigidos a las familias de los corregimientos de Medellín, tendientes a mejorar las prácticas alimentarias y así promover una alimentación saludable y prevenir enfermedades relacionadas con la alimentación y la nutrición. Dicha implementación requiere de las siguiente estrategias: participación de los diferentes sectores del desarrollo, trabajo interdisciplinario, participación comunitaria, sistematización de la experiencia, seguimiento, control y evaluación de cada una de las acciones.

## **REFERENCIAS**

1. FAO. Concepto de Sistema Alimentario Alcances y Limitaciones. En: Economía Política de los Sistemas Alimentarios en América Latina. Santiago de Chile 1994: 67.

[ [Links](#) ]

2. Pi pes P. Infant Feeding and Nutrition. In: Nutrition in Infancy and Childhood. Seattle, Washington. De. Mosby, yearbook. 1993: 89

[ [Links](#) ]

3. República de Colombia. Plan Nacional de Alimentación y Nutrición. 1996- 2005. Santafé de Bogotá, 1996
4. Álvarez MC, González L. Acceso a la Canasta de alimentos por las familias del área rural de la ciudad de Medellín: Indicador de Equidad para la Seguridad Alimentaria y Nutricional. Universidad de Antioquia. Medellín, 1999.
5. Álvarez MC, González L. La Seguridad Alimentaria y Nutricional en las familias del área rural de Medellín: Algunas consideraciones demográficas. En: Agroalimentaria. Venezuela, No10. 2000: 31-41

[ [Links](#) ]

6. Álvarez MC, González L. Producción de alimentos en el área rural de Medellín y su incidencia en la Seguridad Alimentaria y Nutricional. Universidad de Antioquia. Medellín, 1999. En trámite de publicación en la Revista Cubana de Alimentación y Nutrición.

7. Álvarez MC, González L. La mujer rural de Medellín y su rol en la Seguridad Alimentaria y Nutricional del hogar. Universidad de Antioquia. Medellín, 1999. Aprobado para publicación en próximo número de la Revista Epidemiológica de Antioquia.
8. Maya M. Construcción del modelo alimentario para la zona rural de Medellín. En: Agroalimentaria. Venezuela, No7. 1998: 67-79.1997: 1. En prensa.

[ [Links](#) ]

9. World Center Research Fund, American Institute For Research. Food Nutrition and the prevention of cancer: a global perspective. Washington, D.C.: Banta Book Group, 1997.
10. DANE. Proyección de Población para Medellín, Colombia. 1999.
11. O´ donnell A. Alimentación en el destete y dieta familiar. En: Nutrición y alimentación del niño en los primeros años de vida. Washington. OPS, 1997: 428.

[ [Links](#) ]

12. Vemury M. Estudio de hábitos y creencias que afectan la alimentación de la población rural de Colombia. CARE- 198: 116.
13. Ministerio de Salud de Colombia, UNICEF. Plan decenal para la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna. Santafé de Bogotá, ed. Carrera 7 Limitada, 1998: 16.
14. PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Santafé de Bogotá, 1995: 20.
15. Centro de Documentación sobre Alimentación Infantil y Nutrición Materna. Nuevas investigaciones sobre lactancia materna. En: Madres y Niños. Washington, VOL II,1992 (1): 4.

[ [Links](#) ]

16. FES. Lactancia materna en zonas marginadas de grandes ciudades Colombianas, Santafé de Bogotá, 1992: 45.
17. Savage K, Felicite. Porque las madres necesitan ayuda. En: Como ayudarles a las mamas a amamantar. Santafé de Bogotá, ed Gente Nueva, 1987: 11.

[ [Links](#) ]

18. Lactancia Materna en Colombia en el año de 1981, Lactancia Natural una Revisión de conceptos de 1980, Lactancia Materna en Zonas Urbanas Marginadas de Grandes Ciudades Colombianas de 1991: 45.
19. Ruiz M, PROFAMILIA. Lactancia materna. Niveles, tendencias y diferenciales. Resultados de la ENDS -95, 1995.
20. Osorno J. Problemas tardíos de la madre y el niño. En: Hacia una feliz lactancia materna. UNICEF. 1987: 111.

[ [Links](#) ]

21. Neira LM. Lactancia para la mujer contemporánea. En: Nutrición normal en el niño, generalidades y conceptos. Santafé de Bogotá, ed. medica internacional limitada, 1999: 63.

[ [Links](#) ]

22. Instituto de Desarrollo Infantil. La lactancia algo serio. En: La gestación Humana una Mirada Integral. Medellín, ed. Panamericana, 1988: 7-24.

[ [Links](#) ]

23. Osorno J. Amamantamiento y situaciones especiales del niño. En: Hacia una feliz lactancia materna. UNICEF: 111- 139.

[ [Links](#) ]

24. Rojas Clara. Alimentación complementaria. En: nutrición normal en el niño, generalidades y conceptos. Santafé de Bogotá, ed. medica internacional limitada, 1999: 74.

[ [Links](#) ]

25. Centro de Atención Nutricional. El paso de la alimentación materna a la alimentación familiar. En: Nutrición y alimentación del niño: Una guía practica para la acción. Medellín, ed. L.Vieco. 1993: 36

[ [Links](#) ]

26. Montenegro RC. El hierro. En: Nutrición normal en el niño, generalidades y conceptos. Santafé de Bogotá, ed médica internacional limitada, 1999: 103.

[ [Links](#) ]

27. World Center Research Fund, American Institute for Cancer Research. Food Nutrition and the prevention of cancer: global perspective. Washington. D.C.: Banta Book Group, 1997.

28. Combs GF. The Vitamins: fundamental aspects in nutrition and health. San Diego: Academic, 1994:528.

29. Álvarez MC y Uscategui RM. Caracterización nutricional de los almuerzos de un día en algunas familias, según estrato socioeconómico, Medellín, 1996. En: Perspectivas en nutrición humana. Órgano de difusión de la Escuela de Nutrición y Dietética de la Universidad de Antioquia. Medellín. Numero 1 (1); 1999: 17-20.

[ [Links](#) ]



Todo el contenido de esta revista, excepto dónde está identificado, está bajo una [Licencia Creative Commons](#)

**Centro Seguros La Paz, piso 4, Oficina E-41C, sector La California,  
Avenida Francisco de Miranda, Municipio Sucre,  
Caracas, Venezuela**

e-Mail

[info@alanrevista.org](mailto:info@alanrevista.org)