

INFORME FINAL

**PROYECTO DE EVALUACION DEL COMPONENTE
NUTRICIONAL DEL PROGRAMA CARE/FIS EN PUNO**

Instituto de Investigación Nutricional

Mayo, 1997

Purchase Order No 527-0319-0-00-7001-01

Bibliographic Elements

#30

TITLE

Proyecto de Evaluation del Componente Nutricional del Programa CARE/FIS en Puno

AUTHOR

Instituto de Investigacion Nutricional

PROJECT NUMBER

527-0319 - Strengthening Health Institutions

CONTRACT NUMBER

527-0319-O-00-7001-01

SPONSORING USAID OFFICE

Health Population and Nutrition

CONTRACTOR NAME

Instituto de Investigacion Nutricional

DATE OF PUBLICATION

Mayo 1997

STRATEGIC OBJECTIVE

SO3 - Improved Health, including Family Planning of High-Risk Populations

INDICE

I	Introduccion	1
II	Objetivos	4
III	Procedimientos y Metodologia	5
IV	Resultados	11
	1 Distribucion de la muestra	11
	2 Antropometria	13
	3 Dosaje de hemoglobina	19
	4 Encuesta sobre practicas y creencias	21
	5 Consumo de nutrientes del dia anterior	24
	6 Ingesta de energia y nutrientes de los menus de los Wawa Utas	26
	7 Apreciacion de los menus preparados en el Wawauta el dia de la visita	28
	8 Evaluacion Etnografica	31
V	Conclusiones	39
VI	Recomendaciones	41
VII	Graficos	
VIII	Anexos	
IX	Referencias Bibliograficas	

I INTRODUCCION

En el Peru, 37% de los niños menores de 6 años sufren de desnutricion cronica y 27% se encuentran en riesgo de ella, cifra que se eleva hasta 70% en los estratos mas pobres de la sierra. Dos tercios de los niños con desnutricion cronica se encuentran en areas rurales y un tercio en zonas urbanas, siendo el grupo de edad mas afectado, el de los niños entre 6 y 24 meses (1)

Este fenomeno se inicia entre los 4 y 6 meses, edad en que los niños empiezan a disminuir su velocidad de crecimiento, iniciando de esta manera el proceso de "retardo de crecimiento" o desnutricion cronica (2). Este se debe principalmente al consumo de alimentos poco adecuados y generalmente contaminados para complementar la lactancia materna, los que producen un aumento de las infecciones desde los primeros meses de vida (2,3). Estas a su vez tienen efectos negativos sobre el estado nutricional al disminuir el apetito del niño y la absorcion y utilizacion de los nutrientes (4). Por estos motivos los programas que se implementan para mejorar el crecimiento de los niños y evitar la desnutricion, se basan fundamentalmente en recomendar la lactancia materna, en el desarrollo de alimentos adecuados para la edad del destete y en el control de las enfermedades infecciosas.

La desnutricion cronica esta estrechamente relacionada a la pobreza, y como consecuencia de ella, en los niños que la padecen, el riesgo de muerte se incrementa entre el 25% a 30%, de acuerdo a los resultados de diversos estudios realizados en el Asia y Africa. Esta mayor mortalidad se debe fundamentalmente al debilitamiento progresivo del niño y a una disminucion de su capacidad de defensa a las infecciones. Fuera del impacto sobre la mortalidad infantil, la desnutricion cronica produce una reduccion en la actividad fisica del niño, limitando sus posibilidades de estimulacion y, como consecuencia, deficiencias en su desarrollo fisico y mental.

En zonas rurales, la explicación de los problemas nutricionales no se reducen al contexto descrito de una economia de autoconsumo, sino que coexisten factores culturales y conductuales que no favorecen la optima utilizacion de los escasos recursos existentes, por ejemplo, el escaso uso de alimentos de alto valor nutricional, o el retraso considerable en el inicio de la alimentacion solida.

Por otro lado existen estas areas practicas adecuadas, como la alta prevalencia y duracion de lactancia materna.

Las practicas inadecuadas de alimentacion infantil descritas tanto en las zonas urbanas como rurales han sido objeto de intentos exitosos de modificacion a

traves de la educacion. En efecto, diversos estudios en el mundo y en el pais, han probado que es posible cambiar algunas de estas practicas a traves de la aplicacion de una estrategia adecuada de comunicacion, y por tanto favorecerian el estado nutricional de los niños.

El desarrollo de alimentos del destete que puedan ser preparados en los hogares requiere del conocimiento y entendimiento de una variedad de factores de tipo socio-culturales, economicos, y nutricionales, que de no tenerse en cuenta pueden afectar la aceptabilidad y el valor nutricional de la dieta. Idealmente este tipo de alimentos deben formularse en base a alimentos existentes localmente, de bajo costo y que puedan prepararse con la suficiente concentracion de nutrientes para que permitan que los niños cubran sus requerimientos.

En la zona del departamento de Puno, area donde se lleva a cabo el Proyecto, las condiciones de salud y nutricion son inferiores a los promedios nacionales como lo son en todas las areas rurales de la sierra del pais. La mortalidad infantil promedio para la region es 115/1,000 nacidos vivos, llegando a porcentajes tan altos como 223/1,000 en las comunidades Aymaras de la region del Lago Titicaca ⁽⁵⁾. Estas cifras contrastan con el valor de 47.9/1,000 que es el promedio nacional ⁽⁶⁾.

La situacion nutricional de los niños de la region muestra el mismo patron nacional, es decir que la desnutricion cronica se inicia en la epoca del destete (4 a 6 meses) y abarca a porcentajes muy elevados de la poblacion, 51% de los niños menores de tres años ⁽¹⁾ y 54% de los escolares que cursan el primer año de educacion primaria en areas rurales de la region ⁽⁷⁾.

La edad promedio del destete en esta region es 5.6 meses, la lactancia materna se prolonga hasta los 17.6 meses y los alimentos que utilizan mas del 50% de los niños como introductorios son quinua, papa, leche, frutas, carne, trigo entre otros. Estos patrones, que pueden interpretarse como adecuados, no explican los elevados indices de desnutricion. Sin embargo, las practicas de alimentacion infantil son inadecuadas observandose que entre el nacimiento y los dos meses de edad, 37% de los niños consumen jugos, panetelas etc. cuando deberian estar recibiendo lactancia materna exclusiva. El tipo de alimentos que se ofrecen posteriormente son muy poco adecuados para esta edad por su baja densidad energetica (mazamoras, caldos etc.) y la frecuencia es insuficiente (2 o 3 veces al dia) ⁽⁸⁾.

El Proyecto "Fortalecimiento de Instituciones de Salud" (FIS) que viene implementando CARE-Peru en Puno, con financiamiento de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos de Norteamerica (AID), tiene los siguientes objetivos:

- Fortalecer la capacidad de las ONGs locales, de fuerte arraigo en la comunidad, para extender la cobertura de salud a la poblacion
- Mejorar los servicios de Atencion Primaria de Salud, mediante la participacion de las ONGs, a las que proveeran paquetes especificos de estos servicios, los que incluyen inmunizaciones, control de IRA y EDA, atencion pre y post natal, planificacion familiar e intervenciones nutricionales como son asesorias sobre practicas adecuadas de alimentacion de los niños, control de crecimiento, etc
- Mejorar la coordinacion existente entre las ONGs y el Ministerio de Salud en los Programas de Atencion Primaria de Salud, para lograr programaciones conjuntas, compartir informacion sobre cobertura etc
- Participacion de la comunidad en el diagnostico y priorizacion de las necesidades, y en la implementacion de las actividades

Para que el Proyecto pueda proporcionar la asistencia tecnica nutricional a las ONGs de la region es necesario contar con la informacion que permita orientar esta asesoria, y desarrollar recomendaciones y mensajes que esten de acuerdo a las costumbres y creencias de la poblacion. Por estos motivos, la AID contrato los servicios del Instituto de Investigacion Nutricional, para realizar una evaluacion del componente nutricional del Proyecto FIS, cuyos resultados se presentan en este documento

II OBJETIVOS

- 1 Evaluar el estado nutricional de los niños que asisten a los Wawa Utas del programa
- 2 Determinar la prevalencia de anemia en la misma poblacion de niños
- 3 Determinar si la ingesta de alimentos que reciben diariamente, cubren los requerimientos de energia, macro y principales micronutrientes
- 4 Evaluar las características de la alimentacion que reciben en los Wawa Utas
- 5 Evaluar mediante encuestas a madres de los niños asistentes, las características familiares, las practicas de alimentacion durante los primeros años de vida y el consumo, disponibilidad y variacion estacional de alimentos regionales, en zonas altas y bajas del programa
- 6 Conocer, mediante estudios etnograficos, las creencias y costumbres de las poblaciones altas y bajas, sobre alimentacion en los primeros años de vida y el uso y disponibilidad de alimentos locales
- 7 Tomar una muestra reducida de niños "no participantes" del proyecto FIS, con características similares a los niños que participan de el, para observar si existen patrones que sugieran diferencias entre los grupos
- 8 Realizar recomendaciones para mejorar el componente nutricional del proyecto, de acuerdo a los resultados de la evaluacion

III PROCEDIMIENTOS Y METODOLOGIA

En el proceso de evaluacion del componente nutricional del proyecto CARE-FIS pueden distinguirse dos etapas Coordinaciones Previas - Preparacion de Instrumentos, y el Trabajo de Campo

A COORDINACIONES PREVIAS

CARE LIMA El 18 de octubre de 1996, el equipo del IIN se reunio con el Dr Alfredo Fort y el Dr Manuel Jumpa, en el local de CARE - Lima El proposito de esta reunion fue compartir y discutir los terminos de referencia propuestos por AID, establecer el contacto con los responsables de CARE Puno y presentar el plan de trabajo para la evaluacion

CARE PUNO El equipo del IIN realizo un primer viaje de coordinacion a la localidad de Puno, del 3 al 6 de noviembre Durante estos dias se realizaron las siguientes actividades

- Coordinacion con los responsables del proyecto FIS - CARE Sra Hilda Romero, Coordinadora y Srta Astrit Lino, Asesora Educativa Se realizo una primera reunion en la cual la Coordinadora hizo una descripcion general del Proyecto objetivos, estructura, participantes, ambitos, etc

Se recopilo informacion de las multicomunales planes anuales de 1996 y los informes trimestrales correspondientes al trimestre julio - setiembre de cada una de las tres organizaciones

Se realizaron dos entrevistas en profundidad a la Coodinadora del Proyecto y a la Presidenta de la Multicomunal de Ilave

- La segunda reunion con los responsables del Proyecto CARE-FIS-Puno se llevo a cabo el dia martes 5 de noviembre Estuvieron presentes la Coordinadora General Sra Hilda Romero, la Asesora en Educacion Srta Astrit Lino, el Coordinador Interino de la Multicomunal UNCA Sr Porfirio Quispe, la Administradora de la Multicomunal San Carlos Srta Vilma Alfaro (en representacion del Coordinador Sr Daniel Huaycani) y el Coordinador de la Multicomunal Wiñay Marca Inti Wara Sr Modesto Chambr

En esta reunion se expusieron y discutieron los objetivos y metodologia de la presente evaluacion Los responsables del Proyecto FIS - CARE señalaron algunos elementos que podrian limitar el desarrollo de la evaluacion

- 1) Tenian programados dos eventos un taller de capacitacion y una consultoria
- 2) Los wawautas funcionan unicamente de lunes a jueves
- 3) CARE ni las multicomunales disponian de movilidad que pueda servir de apoyo para la realizacion del trabajo de campo

Luego de estas precisiones se seleccionaron los wawautas (WU) a ser visitados, considerando las cantidades ya establecidas de 20 WU para la evaluacion nutricional y 10 para el estudio etnografico 50% en la zona circunlacustre y 50% en la zona altoandina (como zona altoandina se consideraron las zonas medias y las propiamente altas en relacion al lago)

Luego se considero que el numero de WU a ser visitado de cada multicomunal debe ser proporcional al numero de wawautas con que cuenta cada una de estas ONGs, acordandose la siguiente composicion (Cuadro 1)

Cuadro 1

NUMERO DE WAWAUTAS A VISITARSE POR ONGs Y POR ZONAS

Multicomunales	Total W U	W U Bajos	W U Altos
Wiñay Marca	60	5	*
San Carlos	72	2	5
UNCA	80	3	5
TOTAL	212	10	10

* La multicomunal Wiñay Marca, sólo tiene wawautas en la periferia del lago

La seleccion de los wawautas especificos se hizo considerando los siguientes criterios los que tienen un numero más alto de niños asistentes, los que cuentan con apoyo alimentario, y los que no cuentan con dicho apoyo

Finalmente, aquellos que son "los más típicos" - segun el criterio de los responsables de las multicomunales procediendose a precisar el cronograma e itinerarios que se presentan en el **Anexo No 1**

El tamaño muestral para cada una de las evaluaciones a realizarse fue el siguiente

- Antropometria y dosaje de Hemoglobina 400 niños, 200 de zonas bajas y 200 de zonas altas Para esto se evaluaria a todos los niños asistentes el dia de la visita (aproximadamente 20 niños por W U por 20 W U = 400 niños)
- Encuestas sobre Practicas de Alimentacion y recordatorios de 24 horas 60 encuestas de cada tipo, seleccionando al azar a tres madres por W U
- Evaluacion del consumo de alimentos en los Wawa Utas 40 evaluaciones en total, seleccionando al azar 2 niños por W U
- Evaluacion de la preparacion de menus en los Wawa Utas Una evaluacion por Wawa Uta
- Evaluacion etnografica Grupos focales en 10 W U la mitad de ellos de zonas bajas y 10 entrevistas a profundidad con informantes claves

Durante la evaluacion o al finalizar la misma, se recogeria informacion antropometrica y dosaje de hemoglobina en 30 niños, de características similares (edad, zona de residencia, etc) a los niños evaluados, pero que no estuviesen participando en el programa FIS, para ver si existian diferencias marcadas con los niños del programa

B TRABAJO DE CAMPO

VISITAS A LOS WAWAUTAS

Para realizar el trabajo de campo se preparo, en los trabajos previos de coordinacion, un calendario de visitas a los veinte wawautas de las tres multicomunales, el que se presenta en el **Anexo 2** Para poder desplazarse a cada uno de ellos, el equipo evaluador del IIN se constituyo en las localidades de Juli Yunguyo y Desaguadero

Para contar con la presencia de las madres el dia de la evaluacion, los participantes de los WU fueron convocados por las multicomunales

EVALUACION NUTRICIONAL

a) **Antropometria**

Contando con equipos propios balanzas de pie con precision de 1 kg y tallímetros portatiles con precision de 1 cm , se peso y tallo a todos los niños asistentes el dia de la evaluacion. La edad de los niños se verifico a traves de las boletas de inscripcion de nacimientos, carnets de crecimiento y desarrollo, y los registros de inscripcion en los cuadernos del wawauta

b) **Medicion del Nivel de Hemoglobina**

Se realizo en todos los niños asistentes cuyos padres habian dado autorizacion para efectuarla. Para esta evaluacion se tomo una pequeña muestra de sangre (dos gotas) del dedo, para medir el nivel de hemoglobina. Se utilizo un equipo HEMOCUE portatil de lectura inmediata, el que fue calibrado contra un standard de manera regular. A las madres de los niños que resultaban con un nivel de hemoglobina entre 11 y 14 mg/dl, se le comunicaba que su hijo estaba con anemia no severa, se le daba recomendaciones nutricionales y se aconsejaba su seguimiento en un establecimiento de salud. En los casos de anemia severa (hemoglobina menor a 11 mg/dl) los niños recibieron tratamiento y fueron referidos al establecimiento de salud mas cercano para su evaluacion y tratamiento posterior.

c) **Evaluacion nutricional de los Menus**

Se realizo una evaluacion cualitativa y cuantitativa de los menus preparados el dia de la visita, despues de asegurarse que la preparacion correspondia a un dia regular.

La metodologia utilizada fue realizada de dos maneras: pesado directo de los alimentos utilizados en la preparacion del menu y analisis por recordatorio de los menus preparados en dias anteriores, para de esta manera tener informacion mas amplia sobre las características de ellos.

d) Evaluacion del Consumo de Nutrientes de los Niños

La evaluacion del consumo de alimentos de los niños, se realizo a traves de dos tecnicas la medicion de consumo "in situ" y el recordatorio de 24 horas

Evaluacion del Consumo del Menu de los Wawa Utas "in situ"

La medicion del consumo de los menus preparados en los wawautas el dia de la visita, fue utilizado para evaluar de una manera exacta la ingesta de alimentos de los niños en el WU. Se tomo una muestra al azar de 2 niños por WU, utilizando la metodologia de pesar la cantidad de cada alimento utilizado en la preparacion del menu. Posteriormente se peso la cantidad ofrecida al niño y la cantidad no consumida, con lo cual por diferencia, se determino la ingesta. Para esto se utilizo una balanza digital con una precision de 1 g.

La informacion recolectada fue procesada para determinar la ingesta de energia y nutrientes que el niño recibio, utilizando para esto un sistema computarizado para convertir las cantidades de alimentos en nutrientes especificos. Este sistema se basa en la informacion de una tabla de composicion de alimentos, desarrollada en el IIN en base a la Tabla Peruana y otras fuentes de informacion.

Consumo del dia anterior (Recordatorio de 24 h.)

Tres madres fueron seleccionadas al azar entre las asistentes al Wawa Uta, para realizar esta evaluacion. Utilizando esta metodologia, de recordatorio cualitativo cuantitativo, se estimo la cantidad y calidad de los alimentos que recibio el niño, en cada comida, el dia anterior. Para evaluar la cantidad de cada alimento consumido se realizo previamente un proceso de observacion y estandarizacion de las porciones utilizadas convirtiendolas en medidas "caseras".

e) Encuesta sobre Alimentación de los Niños y Estacionalidad y Disponibilidad Alimentaria

Esta parte de la evaluacion se realizo mediante encuestas a las mismas madres seleccionadas al azar para la evaluacion del consumo del niño el dia anterior. Las encuestas se realizaron con un formulario precodificado con preguntas cuantitativas y preguntas cualitativas de respuestas abiertas. Esta metodologia fue utilizada para evaluar las percepciones y

prácticas de la alimentación de los niños, recolectar información de las épocas de producción y de escasez de alimentos, y del tipo de alimentos que son factibles de almacenar y por cuánto tiempo

EVALUACION DE CREENCIAS Y COSTUMBRES

Estudio Etnográfico

Se realizaron estudios etnográficos sobre alimentación infantil, orientados a determinar percepciones, actitudes y creencias de las madres en relación a la alimentación de sus menores hijos, así como las razones subyacentes de los comportamientos de las madres

Para este estudio se utilizaron tres metodologías Grupos Focales (GF), Entrevistas en Profundidad a Informantes Claves (IC) y la Observación

Para la realización de los GF, las madres de los niños que asisten a los WU fueron convocadas por las multicomunales respectivas para que asistan al local del WU el día programado para la evaluación. Todas las madres asistentes fueron invitadas a participar del evento, el que se realizó siguiendo la metodología estándar desarrollada en el IIN. Los grupos focales fueron conducidos por un antropólogo y una asistente, con amplia experiencia en este tipo de evaluaciones, siguiendo una guía de temas preestablecidos

Los informantes claves fueron seleccionados en base a ser personas que poseían información sobre costumbres y creencias alimentarias y/o conocimiento de la problemática de salud-alimentación. Los IC fueron madres motivadoras de los wawautas, promotoras de los WU, mujeres líderes de la comunidad, presidentas del club de madres, personal de salud, líderes y responsables de las multicomunales, ingenieros agrónomos y personal del FIS - CARE

La presencia, in situ, permitió un nivel de OBSERVACIÓN directa, no solo sobre las características del entorno sino también de aspectos conductuales y culturales de los diferentes actores en las comunidades aymaras. Esta percepción hace más inteligible los contextos, procesos y pensamientos o "creencias"

IV RESULTADOS

El calendario de visitas a los veinte wawautas de las tres multicomunales se cumplió de acuerdo al itinerario elaborado, sin mayores inconvenientes. La permanencia en cada uno de los wawautas fue aproximadamente cinco horas de 9:00 a.m. a 2:00 p.m. En este lapso de tiempo se desarrollaron actividades para realizar la Evaluación Nutricional y la Etnografía.

Sin embargo y como era de esperarse, surgieron algunos inconvenientes entre los cuales vale la pena mencionar los siguientes:

Los wawautas de las multicomunales San Carlos y Wiñay Marca, fueron previamente informados de las visitas y las actividades pudieron desarrollarse sin contratiempos. En el caso de los wawautas de la multicomunal UNCA, hubieron algunas dificultades iniciales por falta de información sobre la naturaleza del trabajo.

En el wawauta Bajo Pavita no se contó con la participación del personal de apoyo de UNCA. Al realizar la evaluación se informó que este WU no forma parte del Proyecto FIS - CARE. Por esta razón, los resultados obtenidos se consideraron como parte del grupo "no participante".

Los wawautas tienen una asistencia normal de lunes a jueves. Los programados para los días viernes habían sido previamente notificados de la evaluación, y convocados. Sin embargo, de los cuatro programados para este día, solamente se pudo realizar todas las actividades en uno de ellos. En los otros tres se desarrollaron con limitaciones, en dos de ellos no pudieron realizarse los grupos focales y en el otro no pudo tomarse muestras de sangre, por la oposición de un padre de familia presente y la negativa del promotor del wawauta.

1 DISTRIBUCION DE LA MUESTRA

En los Cuadros 2 y 3 se presenta la distribución de la muestra de acuerdo al grupo de participación, las dos zonas en las que se realizó la evaluación y los tipos de evaluaciones.

Cuadro 2

Distribucion de la Muestra de acuerdo a Grupos
y Zonas de Estudio

GRUPO	ZONAS				
	ALTA		BAJA		TOTAL
	n	%	n	%	n
Participantes					
No W U	9		10		19
No Niños	119	41 2	170	58 8	289
No participantes					
No W U	1				1
No Niños (*)	43	53 7	37	46 3	80
TOTAL					
No W U	10		10		20
No Niños	162	43 9	207	56 1	369

(*) La mayor parte de los niños "no participantes" no pertenecen a Wawa Utas. En un caso se los considera dentro del Wawa Uta por haber asistido por primera vez al local de un W U el día de la evaluación.

Cuadro 3

Tamaño de la Muestra por Tipo de Evaluacion

	PARTICIPANTES	NO PARTICIPANTES	TOTAL
Peso/Talla	278	77	355
Hemoglobina	198	43	241
Rec 24 h	59	--	59
Encuestas	59	--	59
Consumo de Menus	34	--	34
Grupos Focales	9	--	9
Infor Claves	13	--	13

Como se puede observar, en la distribución de la muestra y de acuerdo a la propuesta técnica que se presentó, el grupo de niños "no participantes" será utilizado en el análisis e interpretación de resultados solamente como un grupo referencial, pues no cuenta con el número adecuado de casos para realizar una interpretación de tipo estadístico comparativo

2 ANTROPOMETRIA

Se evaluó a un total de 355 niños con un rango de 10 a 22 y promedio de 17 niños por Wawa Uta

En un 80% de casos se pudo documentar dos registros antropométricos previos: el registro de ingreso del niño y la última medición realizada por el personal de las multicomunales

El rango de edad en que se ubican la mayoría de niños es de 3 a 6 años de edad, que es la edad para quienes están diseñados los wawautas. Sin embargo, se evaluaron también a niños menores de tres y mayores de seis años que, por alguna circunstancia, asisten regularmente al wawauta

2.1 Indicador Talla - Edad

Este indicador muestra el estado de "desnutrición de tipo crónico" o retardo de crecimiento de los niños. Refleja el efecto de una inadecuada nutrición desde una edad temprana y la implicancia funcional de este indicador es que se asocia a mayores tasas de morbilidad, y sobre todo con un retardo en el crecimiento físico e intelectual. En los cuadros 4 y 5 y gráficos No 3 y 4 se presentan el número y porcentaje de niños con desnutrición "severa" ("Z" score talla/edad > -3 D E de NCHS), "moderada" ("Z" score entre -3 D E- y -2 D E de NCHS) y "normales" ("Z" score > -2 D E) y por zonas (cuadros 7 y 8, gráfico 6 y 7)

Cuadro 4

Estado Nutricional de los Niños en Relación a los Grupos de Estudio

	Desnutridos		Normales	
	n	%	n	%
"Participantes"	113	40.7	165	59.4
"No Participantes"	34	44.2	43	55.8

Cuadro 5

Estado Nutricional de los Niños en Relación a Severidad y Grupos de Estudio

	Severos		Moderados	
	n	%	n	%
"Participantes"	30	10.8	83	29.9
"No participantes"	8	10.4	26	33.8

Cuadro 6

**Comparacion de la Prevalencia (%) de Desnutrición Crónica
Encontrada con Encuestas Anteriores**

	Severos	Moderados	Total
ENNSA-84			
- Sierra Sur Rural	25 9		55 8
- Puno (3-5 años)			57 1
ENDES-92			
- Reg Mariategui	10 1		32 0
- Peru Sierra	22 4		51 6
BASAL-FIS 1994			43 1
ENDES-96			
- Sierra			37 9
WAWA UTAS 1996	10 8	29 9	40 7

La prevalencia de desnutricion cronica en el grupo de participantes es de 40 7% (Cuadro 4), de los cuales aproximadamente 11% tienen una desnutricion severa y 30% moderada (Cuadro 5) En el grupo no participantes, los porcentajes encontrados son similares Si comparamos estos resultados con las cifras de encuestas anteriores (Cuadro 6, Grafico 5) vemos que en 1984 la ENNSA, realizada en niños menores de cinco años, da un porcentaje de 57 1% de desnutridos para la muestra de niños entre 3 y 5 años de Puno y 55 8% para toda la poblacion menor de cinco años de la zona rural de la sierra sur, cifras mayores a las de la presente evaluacion Esta misma encuesta muestra que el porcentaje de niños con desnutrición severa en la sierra rural sur es de 25 9%, porcentaje tambien mayor que el valor encontrado

En la ENDES 91-92, en la que el nivel de inferencia es a nivel de regiones, muestra que en la region Mariátegui el porcentaje de niños con desnutricion cronica severa era 10 1% y 32% con moderada, cifras muy similares a las encontradas con el presente estudio Sin embargo, se debe hacer notar que la cifras presentadas por la ENDES 91-92 para la region, abarca los departamentos de Tacna y Puno y no se refieren

unicamente a zonas de la sierra o rurales. Los porcentajes de esta encuesta para toda la sierra del país son 22.4% malnutridos severos y 51.6% moderados, mayores a las encontradas en esta evaluación.

El proyecto CARE-FIS realizó una evaluación basal en el año 1994 en una muestra similar a la evaluada en esta oportunidad, con la excepción que en dicha evaluación se tomó a todos los niños menores de tres años de la zona del estudio, y no solamente a los niños asistentes al programa, como se ha hecho ahora. En esa oportunidad se encontró que el porcentaje de niños con desnutrición era 43.1, cifra ligeramente mayor a la encontrada en la presente evaluación.

La información preliminar de la última ENDES (1996) muestra un porcentaje de desnutrición de 37.9 para la sierra del país, cifra ligeramente menor a la encontrada en esta evaluación.

La comparación de los resultados obtenidos en esta encuesta con las anteriores, debe realizarse con cautela, pues las muestras no son iguales. Sin embargo, se puede decir que el porcentaje de niños con retardo de crecimiento ha sido, y sigue, muy elevado en esta zona del país.

El análisis de los resultados por áreas de evaluación (alta-baja) se muestran en los siguientes cuadros:

Cuadro 7

Porcentaje TOTAL de Niños con DESNUTRICION CRONICA por Grupo y Zona de Estudio

	Baja		Alta		Total	
	n	%	n	%	n	%
"Participantes"	38	33.4	75	45.8	113	40.7
'No Participantes"	21	51.2	13	36.1	34	44.2

Cuadro 8

Estado Nutricional de los Niños "Participantes" por Zona de Estudio

	Severos		Moderados		Normales		Total
	n	%	n	%	n	%	n
Baja (*)	14	12.3	24	21.1	76	66.7	114
Alta (*)	16	9.8	59	36.0	89	54.3	164

(*) Diferencias estadísticamente no significativas

Como puede observarse en los cuadros anteriores, el número total de niños con desnutrición crónica en el grupo "participante" es menor en las zonas bajas (33.4%) de la región que en las altas (45.8%), aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas. El grupo "no participante" muestra una tendencia inversa que es difícil de interpretar por el escaso número de niños en la zona alta. El porcentaje de niños con desnutrición severa y moderada, de acuerdo a este indicador, son similares en ambos grupos y no se detectan diferencias estadísticamente significativas.

Cuando se compara la severidad de desnutrición por zona de estudio se observa que el porcentaje de desnutridos severos es similar en las dos zonas, sin embargo el porcentaje de niños con desnutrición moderada es más elevado en las zonas altas. Esto parece ser una tendencia, aunque no tiene significación estadística.

En resumen se puede decir que los niveles de desnutrición crónica encontrados muestran una tendencia de ser mayores en las zonas altas.

2.2 Indicador Peso Talla

Esta relación utiliza como indicativo de 'desnutrición aguda', la que se asocia con índices elevados de mortalidad y morbilidad infantil, motivo por el cual los niños con este tipo de desnutrición deben recibir atención prioritaria.

Cuadro 9

Porcentaje de Niños con Desnutrición Aguda de acuerdo a Grupos de Estudio

	Severa		Moderada		Normal	
	n	%	n	%	n	%
"Participantes"	2	0 7	1	0 3	275	99
"No Participantes"	0		0		77	100

Como se observa en el cuadro 9, se encontraron tres niños con este tipo de desnutrición, dos severos y uno con desnutrición moderada. Ambos en la zona alta del grupo de "participantes". Probablemente no se detectaron casos en el grupo de "no participantes" por el menor número de niños de la muestra.

2 3 Comparación de Mediciones realizadas por el Equipo de Estudio y las Obtenidas por el Personal de los Wawa Utas

En los siguientes cuadros se presentan las diferencias encontradas en las mediciones de peso y talla. El análisis realizado consistió en comparar los valores de peso y talla de cada niño, obtenidos en la visita de evaluación realizada, con los valores de los registros de los niños en el Wawa Uta, en el momento de ingreso del niño y con la última medida obtenida que no tuviese más de un mes de antigüedad.

Cuadro 10

Diferencias en el Promedio (D E) de Peso y Talla de las Medidas tomadas al Ingreso del Niño al Programa y las del Último mes en Comparación con el Día de Estudio

	Diferencias			
	Estudio vs Medida de Ingreso		Estudio vs Última Medida	
	Promedio	D E	Promedio	D E
Talla (cm)	3 0	3 5	1 0	2 4
Peso (Kg)	0 72	1 5	0 36	1 4

Como era de esperarse, las diferencias en peso y talla son mayores cuando se comparan las mediciones actuales con las de mayor tiempo, esto debido a la ganancia natural de peso y talla de los niños. Sin embargo, las diferencias en peso y talla con la últimas medidas están dentro del error del método (± 1 Kg, 1 cm)

Para poder realizar una evaluación independiente a la ganancia natural de peso y talla de los niños, las medidas se han traducido a "Z scores" y comparado estos entre la medida realizada por el equipo y la última medida realizada en el WU, poniendo como condición que esta se realizó en un periodo de tiempo menor a un mes. Esto permite la comparación de la exactitud que pueda existir entre ambos grupos examinadores

Cuadro 11

Diferencias en "Z score" entre medidas realizadas por el personal del IIN y las tomadas por el personal local dentro del mes de la evaluación

	Promedio	D E
Talla (Z)	0.12(*)	1.1
Peso (Z)	0.14(*)	0.82

(*) Diferencias estadísticamente no significativas

Estos resultados muestran que no existen diferencias significativas entre las mediciones realizadas por el personal del IIN y las que realizan rutinariamente el personal estable de los WawaUtas

3 DOSAJE DE HEMOGLOBINA

Se realizaron 241 evaluaciones para determinar la prevalencia de anemia existente en la zona. Se identificaron siete casos con nivel de hemoglobina por debajo de 11 g/dl, en los cuales los miembros del equipo de evaluación conversaron con los padres de los niños sobre las causas y problemas que producía la anemia y proporcionaron tratamiento con Sulfato Ferroso. Los restantes, con anemia menos severa, fueron derivados a través de la enfermera de la multicomunal a los establecimientos de salud del MINSA, para que, como parte del convenio FIS CARE, los niños sean atendidos en forma integral

En los Cuadros 12, 13 y 14 y Graficos 8 y 9, se presentan los resultados encontrados por grupo de estudio y zonas

De acuerdo a estandares internacionales (CDC Criteria for Anaemia in Children and Childbearing age Women MMWR, 38 400-404, 1989), se ajusto el punto de corte para clasificar a los niños como anémicos o no anémicos en 14.5 g/dl que corresponde a niños menores de 6 años que viven a una altitud sobre el nivel del mar, mayor a 3500 y menor de 4000 metros

Cuadro 12

**Estado de los Niños de acuerdo al Nivel de Hemoglobina,
por Grupos de Estudio**

	Anémicos		No Anémicos		Total	
	n	%	n	%	n	%
Participantes	126	63.6	72	36.4	198	100
No Participantes	28	65.1	15	34.9	43	100

Cuadro 13

**Estado de los Niños Participantes
de acuerdo al Nivel de Hemoglobina por Zona de Estudio**

	Anemicos		No Anemicos	
	n	%	n	%
Zona Baja (*)	63	65.6	33	34.4
Zona Alta (*)	63	61.8	39	38.2

(*) Diferencias estadísticamente **no** significativas

Cuadro 14

Estado de los Niños No Participantes
de acuerdo al Nivel de Hemoglobina por Zona de Estudio

	Anemicos		No Anemicos	
	n	%	n	%
Zona Baja	14	60.9	9	39.1
Zona Alta	14	70.0	6	30.0

Como puede observarse la prevalencia de anemia, por grupos y zonas de estudio es alta, alcanzando a casi dos terceras partes (63.6%) de los niños. No hay diferencias estadísticamente significativas entre las zonas de la evaluación. Creemos que este hallazgo merece atención especial en la conducción del programa.

4 ENCUESTA

Se entrevistó a 58 madres de familia que llevaron a sus hijos a uno de los wawautas el día del estudio. De estas 29 se realizaron en la zona baja y 29 en la alta.

a Características de las Familias

El 25.9% de las familias están formadas por 6 personas (Gráfico 10), con una dispersión entre 3 y 12 miembros. El mayor porcentaje de madres tienen una edad entre 30 y 35 años (25.9%) (Gráfico 11), grado de instrucción primaria incompleta (37.9%) (Gráfico 12) y dan a luz en su propia casa sin ayuda externa (Gráfico 13).

b Características de la Alimentación Infantil

Lactancia Materna

Después del nacimiento del niño la mayor parte de las madres (65.6%) lo primero que le ofrecen es leche materna, pero llama la atención que un porcentaje elevado (34.4%) de madres ofrecen primero otros líquidos como son té, infusiones, agua etc. (Gráfico 14).

El uso de infusiones o mates es elevado y se ve que mas de la mitad de los niños (52%) los estan recibiendo durante el primer mes de vida (Grafico 15)

La lactancia materna se inicia en la gran mayoria (98.3%) de los niños despues del nacimiento y continua en la mayor parte de los casos hasta despues del primer año de vida. Sin embargo el porcentaje de niños que reciben lactancia materna exclusiva en el primer mes de vida es solamente 24% en la zona baja y 21% en la alta

Esta demostrado que este patron de ofrecer otros liquidos a los niños durante los primeros meses de vida, y que se encuentra de manera generalizada en las tres zonas geograficas del pais, trae como consecuencia disminucion de la ingesta de leche materna y sobre todo, aumenta las posibilidades que los niños tengan episodios de diarrea en aproximadamente el doble ⁽³⁾. Como se mostrará posteriormente, existe falta de conocimiento en el personal de salud como en el del proyecto FIS respecto a esta practica

El destete se produce antes del segundo año en el 43.1% de los niños (Grafico 16), sin embargo un alto porcentaje (31%) destetan a sus hijos entre el segundo y tercer año de edad. Las principales razones para dar lugar al destete (Grafico 17) son que el niño ya no quiere el pecho, un nuevo embarazo o que la madre considera que el niño ya es grande para seguir lactando. Es interesante notar que un porcentaje alto de madres reportan que es el niño el que determina la edad del destete

Alimentacion Complementaria

La edad de introduccion de alimentos sólidos (Gráfico 18) es variable, el mayor numero de madres lo hacen al sexto mes (37.9%), pero 31% lo hacen antes del quinto mes y 24% despues del sexto. En términos generales se puede decir que la edad de introducción de alimentos complementarios es adecuada, pero creemos se deberian reforzar los temas de capacitación en esta area, para disminuir el porcentaje de madres que lo hacen antes del quinto mes o despues del sexto

El 83% de las madres entrevistadas manifestaron que el primer alimento que ofrecen a sus niños son preparaciones liquidas o semiliquidas como caldos, sopas, mazamorras (término expresado espontáneamente y que se refiere a una preparacion semiliquidas), jugos etc (Gráfico 19), que no son adecuadas para este periodo por su baja densidad de energia y nutrientes. Ademas la frecuencia con que se ofrecen estos alimentos no

es tampoco adecuada (Grafico 20), pues el 76% de ellas las ofrecen solamente 1 o 2 veces al dia, siendo lo recomendable 4 o 5 veces

c Características de la Alimentación Familiar

La gran mayoría de las familias de las dos zonas basan su alimentación en productos locales (Grafico 21), los que consumen de manera diaria o interdiaria. De los 8 alimentos más mencionados como los que se ingieren muy frecuentemente, 6 coinciden con la apreciación de las madres sobre "el mejor alimento" (Grafico 22). Llama la atención el caso de la papa, pues a pesar que casi el 100% de los hogares la consumen diariamente o interdiariamente, solo dos madres (3.4 % de la muestra) la mencionan como "el mejor alimento".

A la pregunta "cuales considera los peores alimentos", las madres respondieron con una lista larga de ellos. Entre los cinco alimentos más nombrados (Grafico 23) tanto en la zona alta como baja están la sangre y en menor grado el queso, alimentos de origen animal de buen valor nutricional por su calidad de proteína y contenido de micronutrientes.

Un porcentaje relativamente alto (Grafico 24) siembra alimentos, que son los mismos que se consumen diaria o interdiariamente. En la zona alta siembran más cebada, quinua y cañihua, y en la baja, papa blanca, habas y oca. La siembra de estos alimentos se inicia en el mes de julio (Grafico 25) y continúa hasta enero, siendo los principales meses de siembra, setiembre, octubre y noviembre, es decir antes o al inicio de la temporada de lluvias, y cuando ya pasaron los meses más fríos. La cosecha se realiza después de la temporada de lluvias y antes de empezar el invierno (Grafico 26 y 27). Los principales meses para cosechar son marzo, abril y mayo.

Las familias guardan parte de la cosecha en casa para la alimentación familiar. En los Graficos 28, 29, 30 y 31, se presenta la información sobre los cinco alimentos mencionados con más frecuencia por las madres, que se guardan para la alimentación familiar. La cebada, quinua y la papa son los que más se guardan. Estos tres y las habas son los que tienen más duración en el hogar (Gráfico 32).

Como conclusión se puede decir que la población se alimenta principalmente de los productos que cultivan, muchos de los cuales son almacenados en el hogar para las épocas de menor disponibilidad de alimentos, que son los meses de enero a marzo anteriores a la siguiente cosecha.

5 - CONSUMO DE NUTRIENTES DEL DÍA ANTERIOR (Rec de 24 horas)

Se realizaron 60 recordatorios de 24 horas, eliminandose 1 caso por tratarse de un niño menor de tres años que estaba recibiendo lactancia materna, practica que el metodo no permite estimar. Los 59 recordatorios restantes muestran los siguientes resultados

Cuadro 15

Ingesta Promedio Diaria de Energía y Nutrientes por Zonas de Estudio

	Zona Baja (*)	Zona Alta (*)	Promedio (± D E)
Energia (Kcal)	1153	1049	1102 (324.4)
Proteina (g)	35.6	35.2	35.4 (14.0)
Grasa (g)	19.7	15.3	17.6 (10.3)
Hierro (mg)	8.3	9.4	8.8 (3.9)
Retinol (ug)	235	403	318 (822)
Calcio (mg)	229	228	228 (155)

(*) Diferencias no significativas

Cuadro 16

**Porcentaje de Adecuacion Diaria de Energía y Nutrientes
por Zona de Estudio**

	Zonas		
	Baja (*)	Alta (*)	Promedio
Energia	71 4	66 4	68 9
Proteina	154	152	153
Hierro	57 4	67 2	62 3
Retinol (ug)	58 8	101 0	79 9
Calcio	54 7	54 4	54 6

(*) Diferencias no significativas

Las ingestas promedio de energia y nutrientes que se presentan en el cuadro 15 muestran un patron similar en las dos zonas de estudio, la ingesta total de energia, grasa y de los micronutrientes seleccionados, son bajas para la edad. La ingesta de proteina es adecuada.

La proteina de la dieta aporta aproximadamente 13% de la energia total y la grasa entre el 13% (zona alta) y el 15 3% (zona baja). El aporte de carbohidratos de la energia total es aproximadamente 72%. Una dieta bien balanceada para esta edad debe contener aproximadamente 12% de la energia proveniente de proteina de buena calidad, 25 a 30% de grasas y 58% de carbohidratos.

En el cuadro 17 y Grafico 33 se puede observar el porcentaje de los requerimientos que cubre cada uno de los componentes de la dieta. Como se dijo anteriormente las dietas son escasas en energia pues cubren aproximadamente el 70% de los requerimientos. El consumo de proteina es alto, característica de las dietas nacionales por el alto contenido de cereales.

En relacion a los principales micronutrientes se observa también que las dietas cubren aproximadamente el 60% de los requerimientos con excepcion de la ingesta de retinol en la zona alta que es mayor, debido al consumo de higado el dia anterior, por un niño.

Los resultados del recordatorio tienen relacion con los resultados obtenidos en antropometria y en los niveles de hemoglobina. Las dietas son insuficientes en energia y micronutrientes, factores que deben ser importantes en explicar la falta de crecimiento y la alta prevalencia de anemia de los niños

6 - INGESTA DE ENERGIA Y NUTRIENTES DE LOS MENUS DE LOS WAWAUTAS

Los resultados de las 34 evaluaciones realizadas sobre el consumo de alimentos de los niños en los Wawa Utas muestran la siguiente informacion

En dos wawautas manifestaron que la preparacion del dia de la visita fue excepcional, por lo cual no se tomaron en cuenta para la evaluacion. En tres wawautas no hubo preparacion de alimentos

Cuadro 17

Ingesta promedio de Energia y nutrientes de los Menús de los Wawa Utas por zona de estudio

	Zona Baja (*)	Zona Alta (*)	Promedio (± D E)
Energia (Kcal)	460 6	415 1	442 (147 8)
Proteina (g)	15 7	12 7	14 5 (7 0)
Grasa (g)	11 0	7 6	9 6 (4 8)
Hierro (mg)	3 9	3 1	3 6 (2 1)
Retinol (ug)	118	104	112 (106)
Calcio (mg)	47 2	46 0	46 (19)

(*) Diferencias no significativas

Cuadro 18

Porcentaje de los requerimientos de Energía y nutrientes que cubren los niños con los menus de los Wawa Utas

	Zona Baja (*)	Zona Alta (*)	Promedio
Energia	28 0	25 7	26 9
Proteina	62 0	51 2	56 6
Hierro	25 7	21 8	23 8
Retinol (ug)	29	26	27 5
Calcio	10	11	10 5

(*) Diferencias no significativas

Teoricamente se esperaria que el menu que recibe el niño en el Wawa Uta a la hora del almuerzo, cubra entre 30% y 40% de sus requerimientos diarios de energia y nutrientes. Esto basado en la suposicion que el niño a esta edad ingiere tres comidas al dia de similar magnitud. No necesariamente esto se aplica a todo programa, pues estos pueden estar diseñados para proporcionar cantidades menores o mayores de alimentos, pero se utilizara este indicador para el analisis de los resultados.

El porcentaje de energia que proviene de proteina en los menus (Cuadro 17), es adecuado (12 2% zona alta, 13 6% zona baja), sin embargo la cantidad de grasa es baja (16 5% zona alta, 21 5% zona alta).

La ingesta de alimentos en los Wawa Utas contribuye a cubrir, en promedio, el 27% de los requerimientos diarios de energia de los niños, es decir un poco mas de la cuarta parte de los mismos (Cuadro 18 y Grafico 34). La cobertura de los requerimientos de proteina es mayor del 50%.

En relacion al aporte de micronutrientes, se puede decir que los menus proporcionan a los niños, aproximadamente, la cuarta parte de los requerimientos diarios de hierro y Vitamina A, y entre el 10% y 11% de los requerimientos de calcio.

Creemos que el incrementar el aporte de energía y de micronutrientes en los menús, sería de mucho beneficio para los niños del programa

7 - APRECIACION DE LOS MENUES PREPARADOS EN EL WAWAUTA EL DIA DE LA VISITA

Inicialmente se planteó evaluar el valor nutricional de los menús en base a evaluaciones "in situ" por pesado directo y "retrospectivamente", utilizando para este último, la información de los cuadernos de control y planificación de menús del wawauta sobre los insumos utilizados y el número de raciones preparadas en días anteriores. Esto no fue posible, pues se vio que la información anotada para el día de visita no coincidía con la realidad, y las raciones son consumidas no solo por los niños sino por un número indeterminado de personas.

Para la evaluación "in situ" se visitaron 20 wawautas para observar el menú preparado el día de la visita. De estos 20, 17 preparan regularmente alimentos a la hora de almuerzo para los niños y personal. Los otros 3 normalmente no lo hacían, sin embargo, debido a la visita del equipo, los prepararon ese día, para poder invitarlos. De los 17 Wawa Utas que preparan alimentos regularmente, se obtuvo información en 15 de ellos, pues en los dos restantes, el día de la visita no lo habían hecho. Los resultados de estas evaluaciones se presentan en los siguientes cuadros.

Cuadro 19

Frecuencia de Uso de Diferentes Tipos de Preparaciones

Tipo de Preparación	Porcentaje de Uso (*)
Sopas	85
Toctos	56
Cereal sancochado	15
Guisos	9

(*) No suman 100% porque un niño puede comer diferentes preparaciones en el mismo almuerzo

Cuadro 20

Alimentos que se Consumen con Mayor Frecuencia

Alimento	Porcentaje en Menus (n = 34)
Cebolla (*)	82
Papa Blanca	76
Trigor	71
Habas Secas	71
Zanahoria (*)	71
Harina de Trigo	68
Aceite	62
Chuño	47
Aji Panca (*)	41
Manteca	29
Carne de Cordero	18
Carne de Alpaca	12

(*) se utilizan como parte del aderezo de las sopas

En los 15 wawautas analizados, se encontro que todos preparan caldos o sopas a base del trigor. El trigor fue complementado en algunos casos con un tuberculo papa blanca en 7 Wawa Utas y chuño negro en 5. Como fuente de proteina se incluyen habas secas en la sopa y frecuentemente (13 wawautas) carne de alpaca y/o carne de cordero. Sin embargo, los productos de fuente animal son usados en pequeñas cantidades, como para dar sabor y gusto mas que contribuir significativamente en terminos nutricionales. Como fuente de grasa usan pequeñas cantidades de aceite, manteca o cebo de alpaca. Los alimentos, con excepción del trigor, son traídos por las madres para complementar el almuerzo. En 9 Wawa Utas se encontró que se utilizaban frecuentemente cebolla y zanahoria y aji colorado y tomate para el aderezo. Los niños normalmente reciben 1 o 2 platos de sopa en el almuerzo.

Las sopas se consumen todos los días. Los únicos wawautas que prepararon "segundos" lo hicieron específicamente para invitar a los visitantes, pues normalmente no lo hacen.

Otra preparación muy común son los toctos, especie de panqueques preparados con harina blanca, agua y sal y fritos en aceite. Estos se preparan todos los días y se reparten entre 2 a 4 por niño. Sin embargo manifiestan que normalmente los niños llevan algunos de ellos a sus casas para compartirlos con sus hermanos o/y otros miembros de la familia.

La sopa es el plato común en esta población y se prepara regularmente en los wawautas. La sopa por naturaleza, contiene una alta cantidad de agua, la cual diluye la concentración de los alimentos, dando poca concentración de energía y nutrientes. Por este motivo los niños necesitarían consumir varios platos de sopa para poder cubrir sus requerimientos nutricionales. No existe la costumbre de preparar "segundos" (alimentos sólidos), probablemente por la limitación en la cantidad y variedad de alimentos disponibles, las precarias condiciones de cocina (cocinas de piedra y barro con bosta para combustible) o por falta de costumbre.

Se puede decir que los menús ofrecidos en los wawautas son bastante monótonos debido a la poca variedad de alimentos que tienen. Para la preparación se utilizan 2 o 3 alimentos donados y existe poco aporte de las familias de otros alimentos. La poca variedad en la dieta no permite una adecuada ingesta de muchos nutrientes, sobre todo de vitaminas y minerales. Así mismo hay poca cantidad de verduras o productos de origen animal, que son fuentes importantes de vitaminas y minerales.

8 - EVALUACION ETNOGRAFICA

Los grupos focales (GF) se realizaron en nueve wawautas, cinco de la zona perilacustre y cuatro en la zona altoandina. Originalmente se propuso realizar diez GF, pero en tres comunidades programadas no pudieron realizarse el día de la visita, debido a la ausencia de madres de familia. En dos de estos tres se pudo completar la información en una segunda visita.

Ocho de los nueve GF fueron realizados con madres de familia de niños asistentes al wawauta y uno de ellos con padres de familia.

Participaron 76 personas con un rango de edad entre 17 a 45 años (promedio de 28.1 años) y grado de instrucción variado, entre analfabetas y personas con secundaria completa (once años de estudio). El promedio de escolaridad fue de cinco años. Estuvieron presentes personas que tenían un solo hijo así como madres con ocho hijos, el promedio de hijos del total de asistentes fue 3.2. En todos los casos, los participantes tenían por lo menos un hijo asistente al wawauta.

Se realizaron trece entrevistas en profundidad a informantes claves (IC).

En esta sección se presenta un resumen de los principales hallazgos de la etnografía realizada. Los resultados completos se adjuntan en el **Anexo 3**.

a - Lactancia materna

Primeros alimentos que se ofrecen al recién nacido

En la mayoría de comunidades cercanas al lago lo primero que le dan de beber al recién nacido es algún tipo de infusión, para aliviar el "dolor de estómago", "limpiar el estómago" o porque aun no les baja leche.

En las zonas media y alta manifestaron que es costumbre dar al niño recién nacido, una pequeña cantidad de vino. La cantidad varía entre tres gotas, a más de dos cucharaditas. La mayoría de las personas dicen hacerlo por costumbre. Otra razón de esta costumbre es intentar reducir el apetito del bebé, y para que desarrolle capacidad para resistir el hambre. Esto es debido a la situación latente de escasez de alimentos, sobretodo en las zonas altas. Sin embargo, ésta es una práctica medianamente generalizada, y menos frecuente en las mujeres jóvenes.

Otra practica reportada en dos comunidades (una en la zona baja y otra en la zona alta) refiere que lo primero que le dan de tomar al bebe es una cucharadita de orines, para prevenir el dolor de estomago y para que los niños sean fuertes. Al parecer esta practica esta desapareciendo.

La leche materna como primera ingesta del bebe ha sido referida en un numero minoritario de madres en las diferentes zonas.

Calostro

El calostro es denominado como poq'ë en aymara y como "carastro" en castellano. En la mayoría de casos afirman que le dan de lactar el calostro a sus bebes. No es lo primero que ingiere sino es posterior al mate, vino u orines.

Las madres desconocen las cualidades beneficas del calostro. Para la mayoría es "leche normal". En pocos casos han manifestado atributos negativos: leche guardada que puede hacer daño al estomago del bebe. Refieren tambien que si una señora esta dando de lactar y se embaraza, su leche se convierte en calostro, y en este caso si es considerado dañino para el lactante.

La mayoría de madres afirman tener suficiente leche para la alimentacion del bebe.

Uso de mates

En todos los wawautas visitados han mencionado una alta utilización de infusiones en los tres primeros meses de vida de los bebes. El uso es medicinal, para el llanto y la intranquilidad del niño y tambien para la sed.

El personal de salud del MINSA y del proyecto FIS CARE manifiestan que recomiendan el uso de infusiones antes de los seis meses. (El concepto de exclusividad de la lactancia materna es entendida sólo como restrictiva de otras leches y alimentos sólidos, más no de las infusiones.)

Uso de otras leches

En general el uso de otras leches es bastante bajo para los bebés y niños de toda edad. Solo en una comunidad de la zona media refirieron que le dan leche de vaca a sus hijos, pero esta es una comunidad donde la mayoría de familias crían dicho animal.

Uso del biberón

Al parecer el biberón aún no ha logrado penetrar en las diferentes zonas que hemos visitado. Son muy pocas las menciones de uso. El escaso uso del biberón que existe es fundamentalmente en las zonas periféricas al lago, y es mayormente para el destete o con posterioridad a este.

b - Destete

El período de destete, está en un rango de siete meses a tres años y medio. En la zona baja la mayoría de madres refiere un destete a una edad entre un año y un año y medio, con algunos casos antes y después de este período. En las zonas media y alta es, por el contrario, el menor número de madres que destetan antes de los 18 meses, la mayoría lo hace entre los dos y dos y medio años.

Las principales razones referidas para suspender la lactancia fueron porque la madre está gestando nuevamente, porque la lastima (muerde) cuando el bebé ya es "grande" (mayor de un año), para evitar la malcriadez de sus hijos, y en una menor proporción para que el niño aprenda a comer y coma de todo.

En los casos de destete precoz (antes de un año), señalaron que es por recomendaciones del personal de salud. Al parecer existe mala interpretación de los mensajes de lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, con los de la edad del destete.

c Alimentación Complementaria

Edad de inicio

En la zona baja el inicio de la alimentación complementaria está en un rango de tres a seis meses, mientras que en la zona alta, entre los seis

y siete meses. Deciden iniciar la alimentación por recomendaciones de terceras personas o en base a las experiencias previas. También la inician porque perciben que no tienen suficiente leche. Algunas madres manifestaron que le empiezan a dar otras comidas a solicitud del niño.

Alimentos que se utilizan al inicio

La casi totalidad de las madres afirman que la primera comida que le dan a sus hijos es la parte líquida de la sopa o el caldo. No les dan los alimentos sólidos. La mayoría de madres opina que la parte líquida de la sopa es más alimenticia, es la "sustancia". Es preferida también por su consistencia líquida, que la consideran más apta para el bebé que empieza a comer.

La mayoría de madres -en las diferentes zonas- manifestaron como posibilidad, que la comida del bebé, a partir de los seis meses, pueda ser espesa. Pero, enfatizan que tiene que estar bien "ñutito" (desmenuzado), pues existe temor a que el bebé se atore.

Un buen número de madres manifestó que el caldo de quinua es la comida más adecuada para que el bebé aprenda a comer. Afirman que "con el caldo de quinua se hace agarrar", indicando con ello la adecuación del alimento y su capacidad de preparar el estómago del bebé para otros alimentos.

Cantidad y frecuencia

Las madres refieren que es poca la cantidad que los bebés comen al inicio: dos o tres cucharaditas, una o dos veces al día. El periodo de calditos dura aproximadamente dos meses. A partir de ese momento empiezan a darle alimentos sólidos.

En la generalidad de los casos, cuando el niño "ya agarró" las comiditas, las madres dicen que "quiere comer a cada rato", tiempo que va de cada cinco minutos a dos horas, aproximadamente.

En todos los casos, señalan que cuando el niño aprendió a comer, demanda mayor cantidad de alimentos.

Atributos de los alimentos

Los alimentos locales son mas apreciados como buen alimento para los niños la quinua en la zona baja, la cañihua en la zona media, y ambas en la zona alta. Estos son considerados de mayor valor alimenticio, por que "brindan energia para el trabajo y el desarrollo intelectual". La quinua es mas versatil que la cañihua.

Son considerados dañinos un conjunto de alimentos a los que las madres le atribuyen efectos perturbadores del desarrollo del lenguaje del niño. Existe un temor generalizado que el niño sea "tartamudo", situacion que piensan podria ocurrir, si comen calostro de vaca, higos, pescado de rio entre otros. Estos son ofrecidos a los niños cuando ya hablan bien, a partir de los tres años.

Inicio de consumo de la comida "de casa"

El rango en que los bebes empiezan a comer de todo es de ocho meses a cuatro años. Si no se consideran los "alimentos dañinos" el rango se acorta entre los ocho y veinte meses.

Son varios los factores que confluyen para que un niño empiece a comer de todo: el destete, el deseo del mismo niño, las recomendaciones de terceros, la dentición, la capacidad psicomotriz.

d - Alimentacion del Pre-Escolar

'Comen a cada rato'

Segun las madres, los niños a partir de los dos o tres años de edad muestran un gran apetito. En lapsos de tiempo menores a dos horas, estan comiendo adicionales, además de las dos o tres comidas principales.

En las zonas alta y baja las madres dicen que todos, -niños y mayores -, comen tres veces al dia, en la mañana, al medio dia y en la noche. En la zona alta la tercera comida es más ligera.

"Fiambre", refrigerios y adicionales

"Fiambre" es una comida ligera, fría y consistente en chuño, papa, oca y/o mote sancochados, también tostado, quispiña, y, en algunos casos charki. Es el alimento para los viajes, el alimento cotidiano de los pastores, y, por lo que dicen las madres, es el alimento de entrecomidas que permanentemente tienen en casa para sus menores hijos.

Lo que más gusta a los niños

No hay ningún alimento que sea rechazado "todo les gusta". Pero, tienen cierta preferencia por el "tocto", golosinas, pan y pescado. El tocto es una masa de harina frita que preparan en el wawauta, los otros niños de la familia los consumen poco pues estos se compran.

Según las madres las preparaciones más preferidas por los niños son los caldos. Si el niño ya habla correctamente, no hay ningún alimento que le haga daño, excepto que estos estuvieran malogrados o mal cocinados.

¿Quién come más varones o mujeres?

Para la mayoría de madres y padres de familia es por naturaleza que el hombre coma más que la mujer, refieren que desde recién nacidos "el hombrecito jala más". Suponen que es porque el hombre tiene más fuerza, que tienen el estómago más grande, e inclusive que los hombres tienen más cantidad de sangre que las mujeres y por ello necesitan comer más.

Conjuntamente con las opiniones sobre la menor alimentación de la mujer, aparece también elementos conductuales de obediencia y pasividad.

La comida de los Wawa Utas

De los veinte wawautas visitados, quince preparan alimentos para los niños. La mayoría preparan una sola comida para el almuerzo: sopa y toctos.

Las madres de familia aportan alimentos (papa, chuño, habas, cebada, oca, olluco, quinua, cañihua, verduras y en algunas ocasiones pescado o charki), combustible (bosta) y trabajo (por turnos).

Los alimentos donados llegan a través de Caritas o PRONAA, frente al cual manifiestan sensaciones de incertidumbre. La obtención de apoyo alimentario no depende de FIS-CARE, es buscado por la multicomunal, la comunidad o por el club de madres.

Los alimentos que provee Caritas son trigo, SCB, harina de trigo, lentejas y aceite. Los alimentos de PRONAA son variables, por lo general productos de la región: quinua, habas, chuño, etc. como también semola, arroz y lenteja, y en algunas ocasiones conserva de pescado.

En las comunidades circunlacustres, los niños luego de haber comido en el wawauta, comen también en su casa. En las zonas altoandinas señalan que solo le dan matecitos después del wawauta.

Todos los promotores de los wawautas reconocen que cuando hay apoyo alimentario asiste un buen número de niños, a diferencia de cuando carecen de alimentos, la asistencia decae en más del 50%.

e - Estacionalidad y Disponibilidad de Alimentos

Disponibilidad de alimentos agropecuarios

El resumen de la información obtenida es el siguiente:

Las zonas baja y media son aptas para el cultivo. La zona alta es fundamentalmente zona de pastoreo.

En la zona baja los principales cultivos son papa, quinua, cebada y habas. Siembran también tubérculos menores: oca, mashua, olluco, como cultivos familiares. Existen dos especies nativas de pescado, que -afirman- han sufrido una drástica disminución ante la presencia del pejerrey y la trucha. La mayoría de personas compran las verduras, sal, azúcar, aceite, fideos, etc. en las ferias y manifiestan que algunos productos bolivianos de contrabando, son más económicos. El mecanismo más frecuente para la adquisición de productos es la compra, habiendo disminuido el trueque.

En la zona media la producción agrícola es básicamente de papa amarga y cañihua. Algunas familias crían ganado vacuno y ovino.

La zona alta es dedicada a la ganadería de camelidos. Disponen permanentemente de carne de camélido, sobre todo bajo la forma de charki. En el wawauta Callacami Keccata, manifestaron que consumen también otra fuente de proteína: un pequeño animalillo silvestre denominado "tococcoro", roedor del tamaño de un cuy.

La estacionalidad alimentaria

El altiplano se caracteriza por una alta inestabilidad climática, lo que produce mucha incertidumbre sobre la producción agrícola. Los campesinos han desarrollado una serie de prácticas de "seguridad contra el riesgo".

El ciclo agrícola general para todo el altiplano es el siguiente: la siembra empieza en setiembre y termina en diciembre, siendo los meses más importantes octubre y noviembre. La cosecha se realiza entre febrero y junio, pero abril y mayo son los meses de las cosechas grandes.

El principal procedimiento para almacenar alimentos es el procesamiento por deshidratación de la papa y carne.

Para los campesinos el ganado constituye un capital de ahorro, con el que han desarrollado una racionalidad económica para el manejo de su escasa economía monetaria.

La leche de vaca es también estacional, cuando hay verdor en el campo, y el mayor volumen de producción es entre enero y junio. Por otro lado, el consumo de pescados como el Pejerrey o el Carachi se hace todo el año, y señalan que en las noches de luna llena la pesca es mejor.

En las zonas altas todo el año disponen de carne de alpaca.

V - CONCLUSIONES

Las principales conclusiones que se obtienen de la evaluación realizada, son las siguientes

- 1 - La prevalencia de desnutrición crónica es elevada (40.7%), similar a la encontrada en encuestas anteriores, y con una tendencia de mayor severidad en las zonas altas
- 2 - La prevalencia de desnutrición aguda es baja (1%)
- 3 - Las mediciones de peso y talla que realiza el personal de los Wawa Utas son adecuadas
- 4 - La prevalencia de anemia es muy elevada (> 60%), sin diferencias entre las zonas alta y baja, o entre los niños que asisten o no a los Wawa Utas
- 5 - La encuesta realizada a las madres muestra resultados muy comunes de las zonas rurales de la sierra del país. La mayor parte de ellas tienen un nivel de instrucción bajo y siguen las costumbres tradicionales, como es el dar a luz en su propia casa y sin ayuda

En las prácticas de alimentación de los niños se notan las siguientes características

- a) La gran mayoría de las madres lacta a sus hijos desde el nacimiento hasta los dos años o más
- b) La prevalencia de lactancia materna exclusiva en los primeros meses de vida, es muy baja (aproximadamente 20% en el primer mes), por la introducción de infusiones y otro tipo de líquidos
- c) Existe una utilización muy baja del uso de biberones y de otros leches
- d) La mayoría de las madres inician la alimentación complementaria a una edad adecuada, pero un porcentaje alto de madres lo hace prematuramente o tardamente
- e) Los alimentos que se utilizan como "primeros alimentos" son poco adecuados por la baja densidad energética, su composición y las cantidades y frecuencia con que se ofrecen
- f) El destete generalmente es a pedido del niño

- 6 La alimentación familiar está compuesta mayoritariamente por productos locales, los cuales siembran, cosechan, almacenan y consumen. Sin embargo, existen meses del año (pre-cosecha) donde hay escasez de alimentos en el hogar. Estos alimentos, que forman la mayor parte de las dietas, tienen bajos contenidos de proteína de buena calidad y de micronutrientes.
- 7 - La alimentación de los niños es insuficiente, pues no llegan a cubrir sus requerimientos de energía. Las dietas que ingieren contienen una cantidad total de proteína adecuada, pero su calidad no es óptima. La cantidad de grasa es baja y el aporte de los principales micronutrientes solamente cubre el 60% de los requerimientos. Estos hallazgos tienen relación con los resultados de antropometría y los niveles de anemia encontrados.
- 8 Los menús que se preparan en los Wawa Utas cubren el 27% de los requerimientos de energía, más del 50% de los de proteína, aproximadamente la cuarta parte de los requerimientos de hierro y vitamina A, y el 10% de los de calcio. La forma más frecuente de preparación de estos alimentos es en forma de sopas, las cuales no son las preparaciones más adecuadas nutricionalmente por su baja densidad energética. Se nota también que debido a la poca variedad de alimentos utilizados en la preparación de los menús, estos son monótonos y con pocas fuentes de proteína de buena calidad y aporte de micronutrientes. Sin embargo, los alimentos que reciben en el wawauta son parte importante de su ingesta diaria de nutrientes, sin la cual su alimentación sería aún más deficiente. Por otro lado, los alimentos que reciben son un factor importante para la asistencia de los niños a los wawautas.
- 9 - La evaluación etnográfica muestra costumbres y creencias de la población que probablemente están muy arraigadas en la zona. Existen costumbres que no son beneficiosas para los niños, como son el uso temprano de líquidos y mates, la calidad y cantidad, y frecuencia de los alimentos complementarios entre otras. Llama la atención los consejos erróneos que reciben del personal de salud y del proyecto FIS en relación al consumo de tés y aguitas en los primeros meses de vida, y parece existir, en algunas madres, una mala interpretación sobre los consejos de inicio de alimentos sólidos (6 meses), los que los toman como la edad que se debe destetar al niño.
- 10 - Un hallazgo que se considera interesante es que, a pesar del consumo mayoritario de productos locales, algunos de ellos como la papa, las madres no lo consideran un "buen alimento".

VI - RECOMENDACIONES

La evaluación realizada del componente nutricional del programa, muestra resultados que eran de esperarse y proporciona información muy útil que debe utilizarse para mejorar el mismo

No es sorprendente encontrar que la prevalencia de desnutrición crónica sea similar a la obtenida en encuestas anteriores, pues el proceso de retardo en el crecimiento se inicia tempranamente, alrededor del cuarto mes de vida. Este hecho no debe desmerecer la importancia de la alimentación que reciben los niños en el wawauta. A la edad de estos niños no se debe esperar encontrar una recuperación en talla. Algunos expertos mundiales en nutrición consideran que el déficit de talla es irrecuperable después de producido, aunque exista posteriormente una alimentación óptima. En el grupo de niños evaluados se debe tener en cuenta que a pesar que reciben más del 25% de sus requerimientos diarios de energía de los menús del programa, los niños no llegan a cubrir sus requerimientos diarios de los principales nutrientes. El mejorar la alimentación y las deficiencias de micronutrientes a esta edad debe traducirse en mayor actividad, capacidad física e intelectual de los niños.

Creemos que el programa debe poner énfasis en dos áreas, capacitación y mejoramiento del actual componente nutricional.

Las madres deben ser capacitadas por todo el personal que pueda tener contacto con ella (equipo del proyecto, personal de salud, educación etc.), y si es posible, mediante el uso de medios masivos de comunicación, como es el radio en esta zona. La capacitación por el personal del proyecto puede realizarse mediante un sistema de cascada que se inicie por el personal del proyecto, pase al personal de las multicomunales, para que finalmente llegue a las madres. Los temas específicos más importantes, detectados en esta evaluación, son los siguientes: beneficios e importancia del calostro, lactancia materna exclusiva, desincentivar el uso de "aguitas", enfatizar sobre la edad adecuada para iniciar la alimentación complementaria, y preparar consejos sobre el tipo de alimentos que se deben utilizar, su consistencia y la frecuencia con que se deben ofrecer etc. Paralelamente se debe reforzar la costumbre de continuar la lactancia materna después del primer año y hasta que el niño u otra circunstancia lo determine.

Para poder realizar esta capacitación es necesario desarrollar material educativo sobre los temas mencionados y recetas (menús) para la época de inicio de la alimentación complementaria, que sean nutricionalmente adecuadas, con los alimentos locales, y compatibles con las costumbres tradicionales. Con este material se deben desarrollar cursos de capacitación y supervisar el mecanismo

en cascada que se pretende. Paralelamente al desarrollo del material educativo para el personal se debe desarrollar material para mensajes de medios.

Dependiendo de los planes futuros del programa CARE-FIS sobre el componente de alimentación en los comedores de los wawautas, se pueden desarrollar distintas estrategias. Si el programa continúa con la alimentación de los niños en los wawautas, se deben rediseñar los menús haciéndolos más adecuados nutricionalmente (mayor cantidad de energía, mayor densidad energética, mayor cantidad de micronutrientes, más variados, etc.) y buscar una solución para mejorar la ingesta de hierro y disminuir la anemia. Si la alimentación se discontinúa por falta de ayuda alimentaria proveniente de la AID, el programa debe explorar otros programas alimentarios que puedan ofrecer ayuda, teniendo en cuenta la importancia que significa para estos niños la alimentación que reciben en la actualidad, o trabajar con las multicomunales y las comunidades para explorar la posibilidad de continuar la alimentación de los niños con alimentos locales.

Gráfico 1

Distribución por Región y Zona de Estudio

	Zonas				TOTAL
	ALTA		BAJA		
	n	%	n	%	n
"Participantes"					
Wawa Utas	9		10		19
No de Niños	119	41.2	170	58.8	289
"No Participantes"					
Wawa Utas	1				1
No de Niños	43	53.7	37	46.3	80
Total					
Wawa Utas	10		10		20
No de Niños	162	43.9	207	56.1	369

Gráfico 2
Distribución de la Muestra
por Tipo de Estudio

	"Participantes"	"No Participantes"	Total
Peso/Talla	278	77	355
Hemoglobina	198	43	241
Rec 24 horas	59		59
Encuestas	59		59
Consumo de Menús	34		34
Grupos focales	9		9
Inform claves	13		13

Gráfico 3

Estado Nutricional de los Niños en relación a Grupos de Estudio

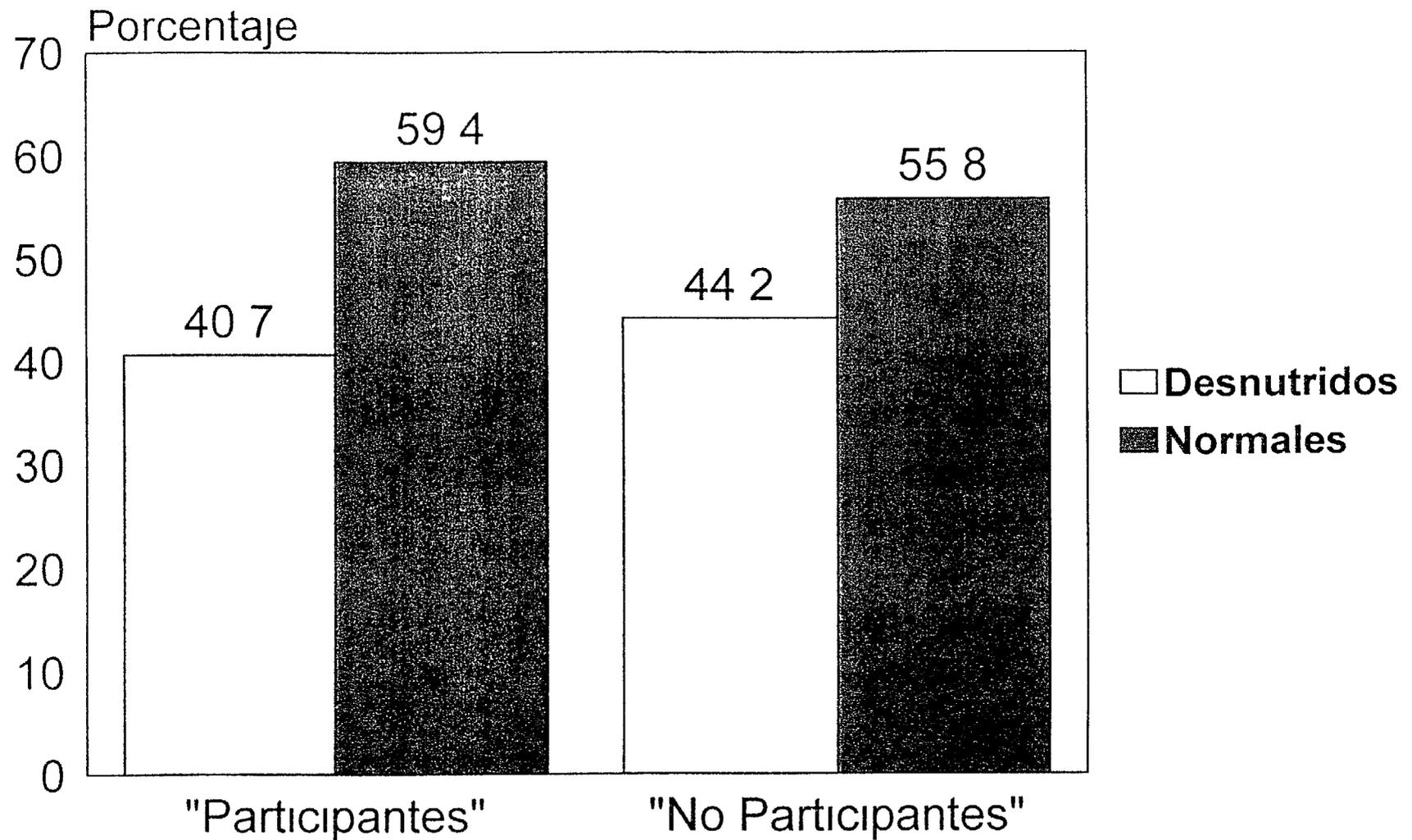


Gráfico 4

Estado Nutricional de los Niños en Puno que Participan o No en el Proyecto FIS

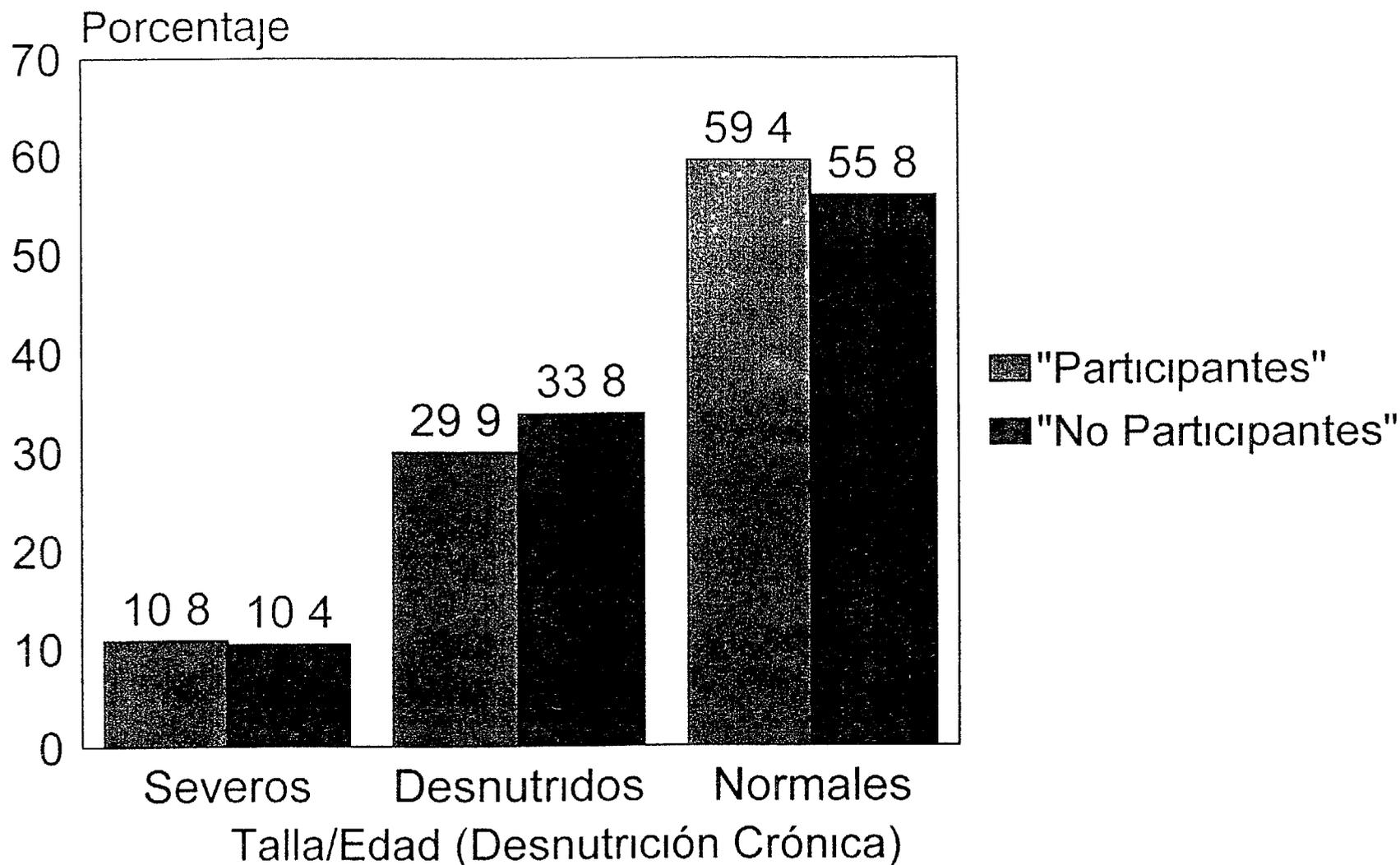


Gráfico 5

Prevalencia de Desnutrición Crónica Actual en Comparación a Encuestas Anteriores

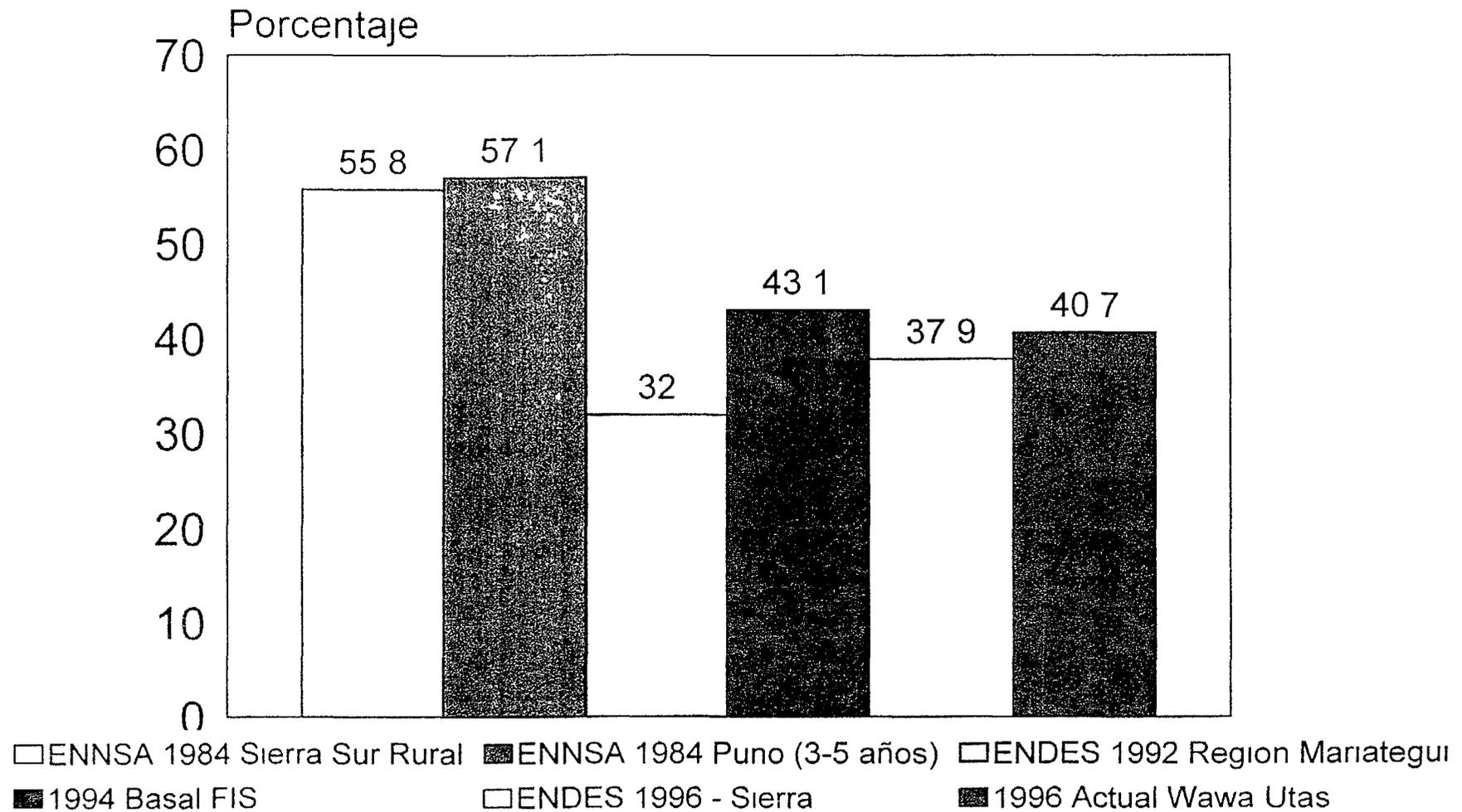


Gráfico 6

Estado Nutricional de los Niños del Proyecto FIS por Zona Geográfica

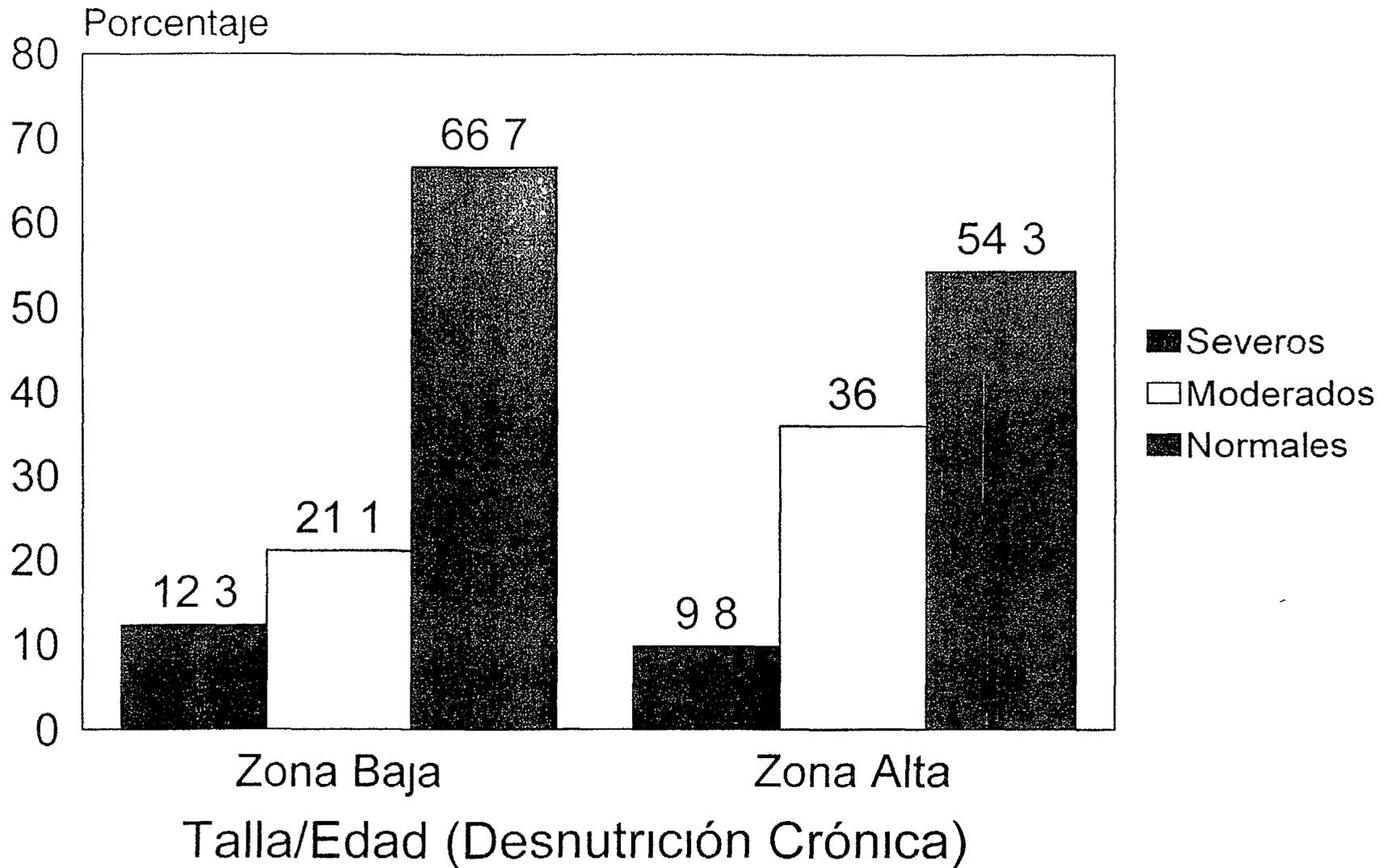


Gráfico 7

Porcentaje de Niños con Desnutrición Crónica por Grupo y Zona de Estudio

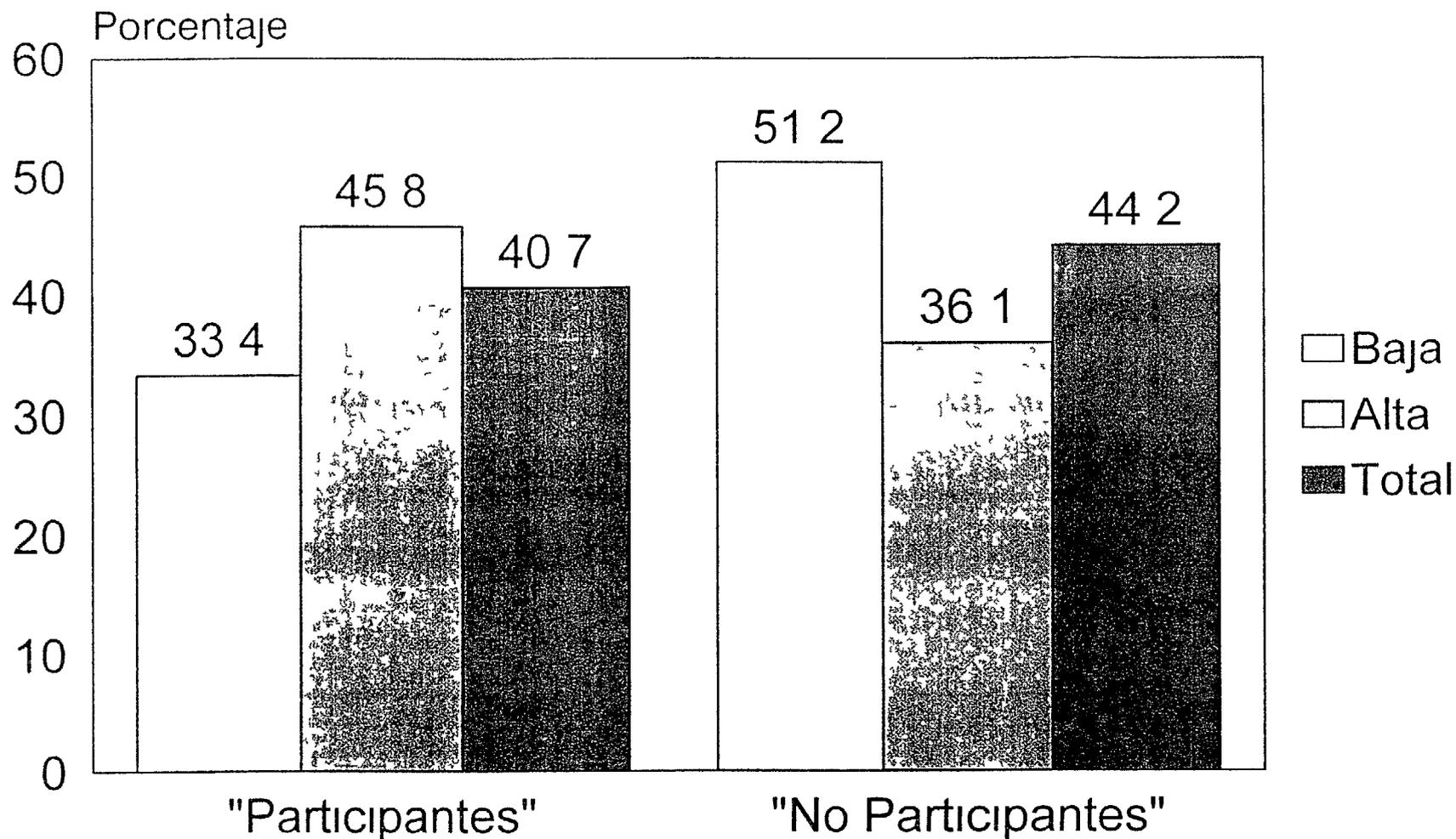


Gráfico 8

Porcentaje de Niños con Anemia

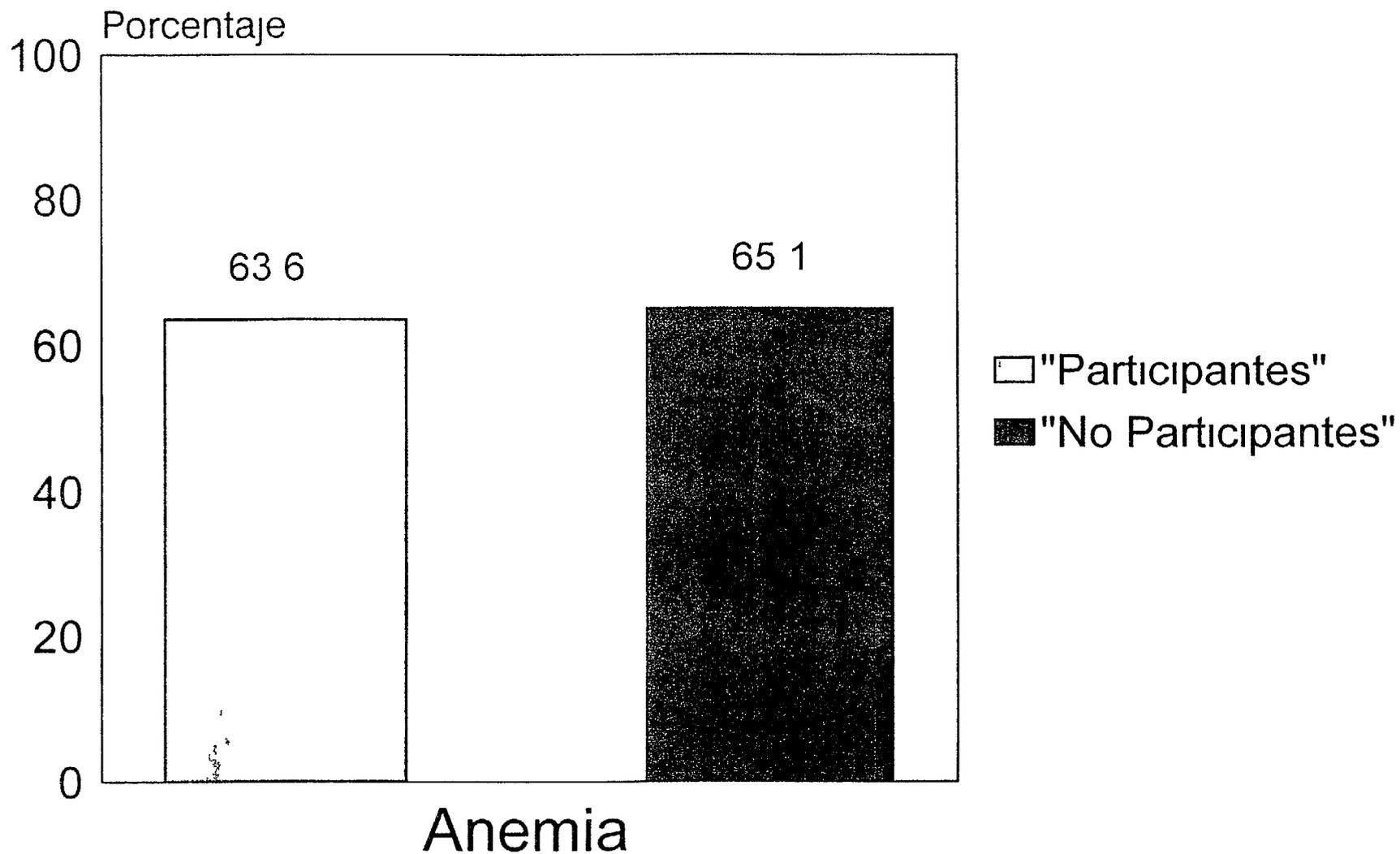


Gráfico 9

Porcentaje de Niños con Anemia por Zona de Evaluación

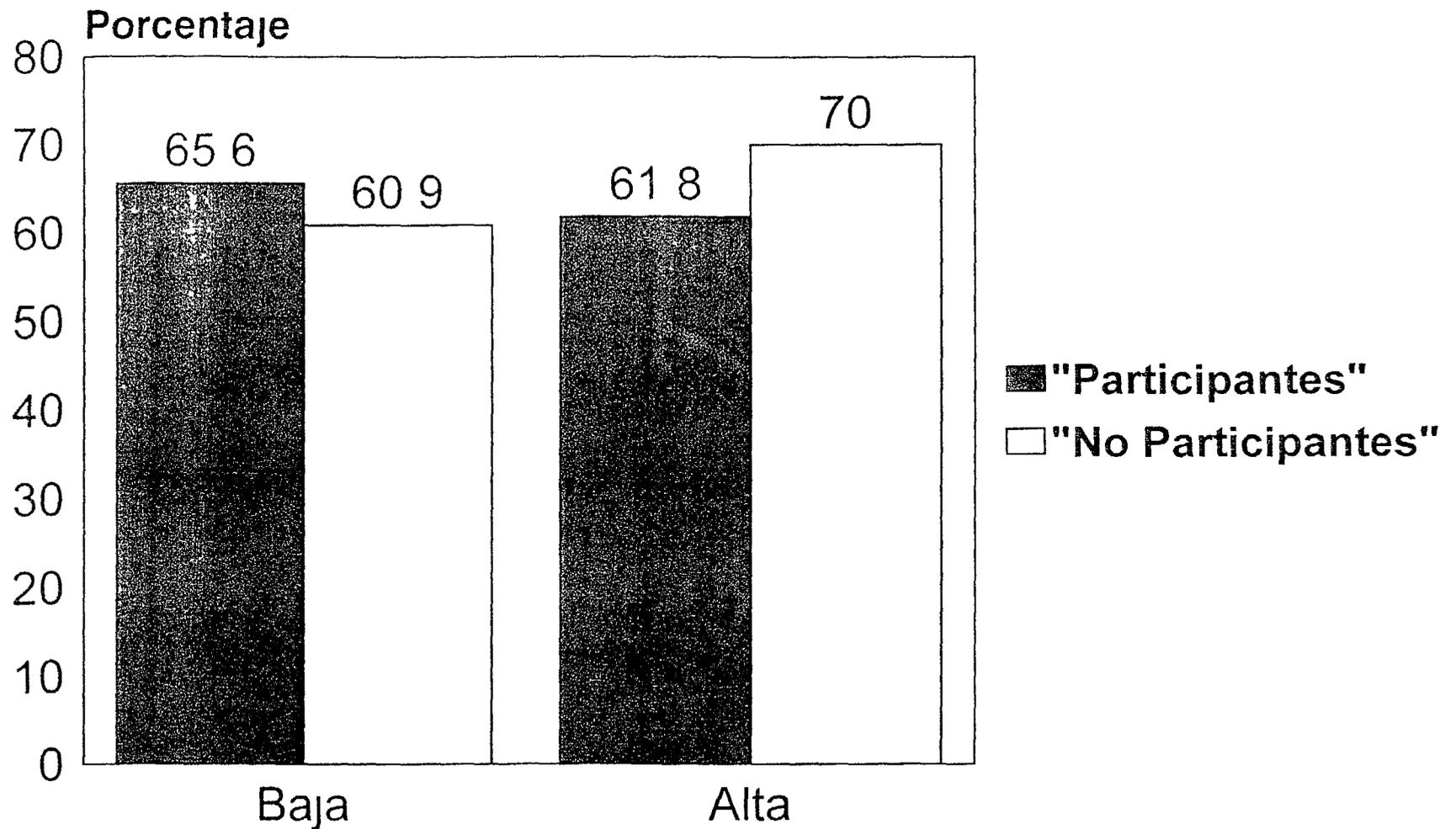


Gráfico 10

Número de Miembros en la Familia

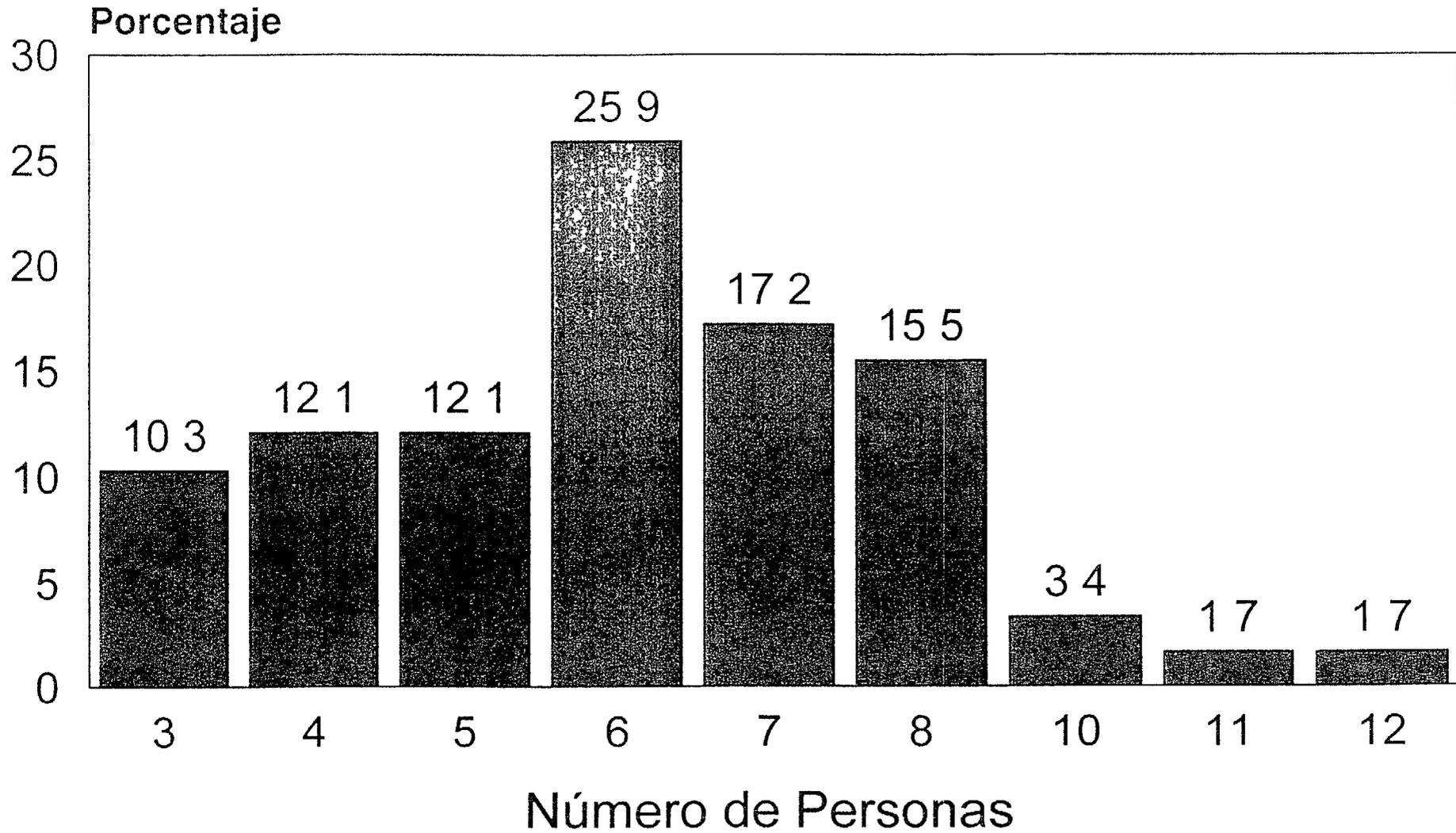
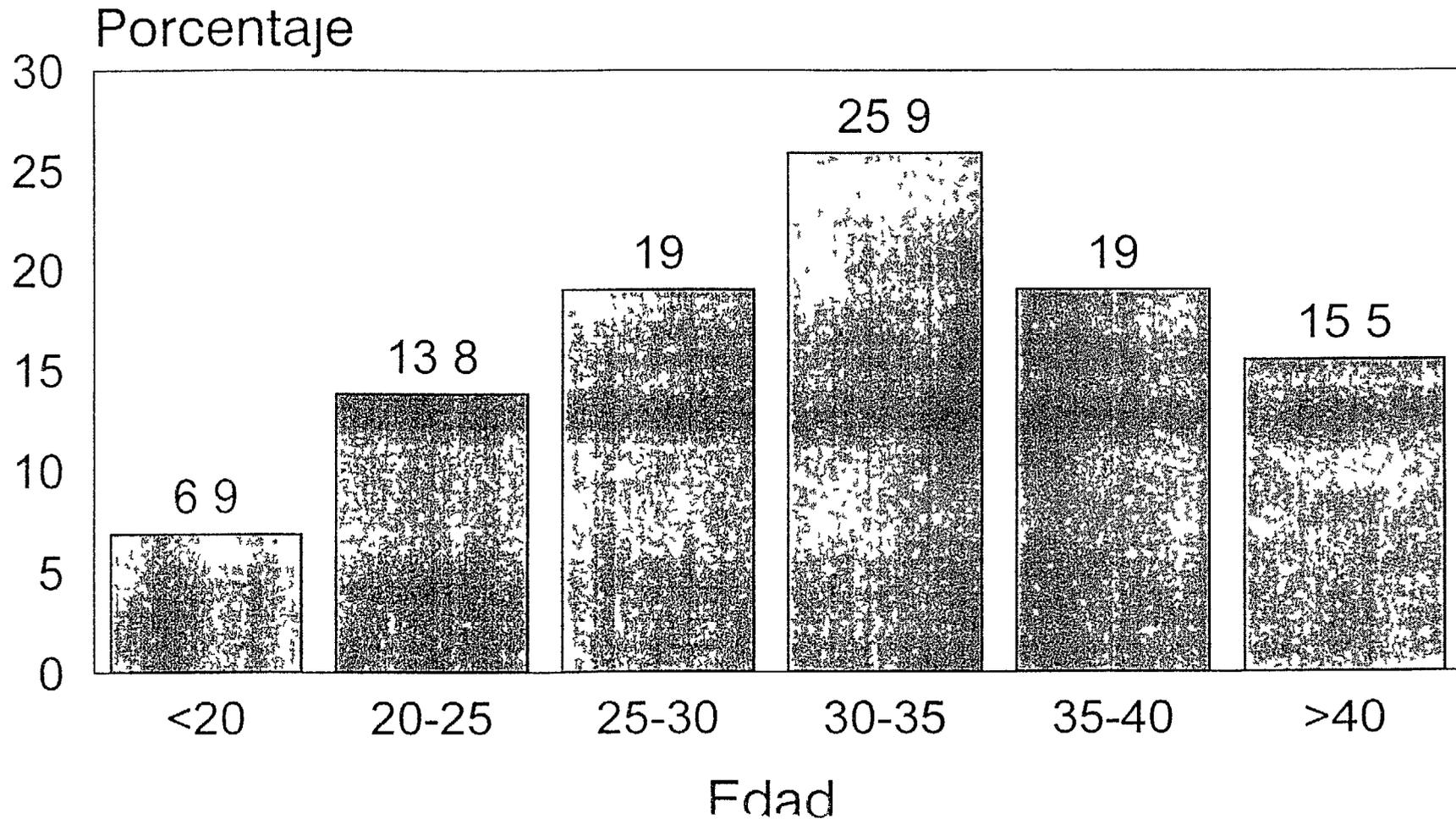


Gráfico 11

Distribución de las Madres Por Grupos de Edad



63

Gráfico 12

Grado de Instrucción de las Madres

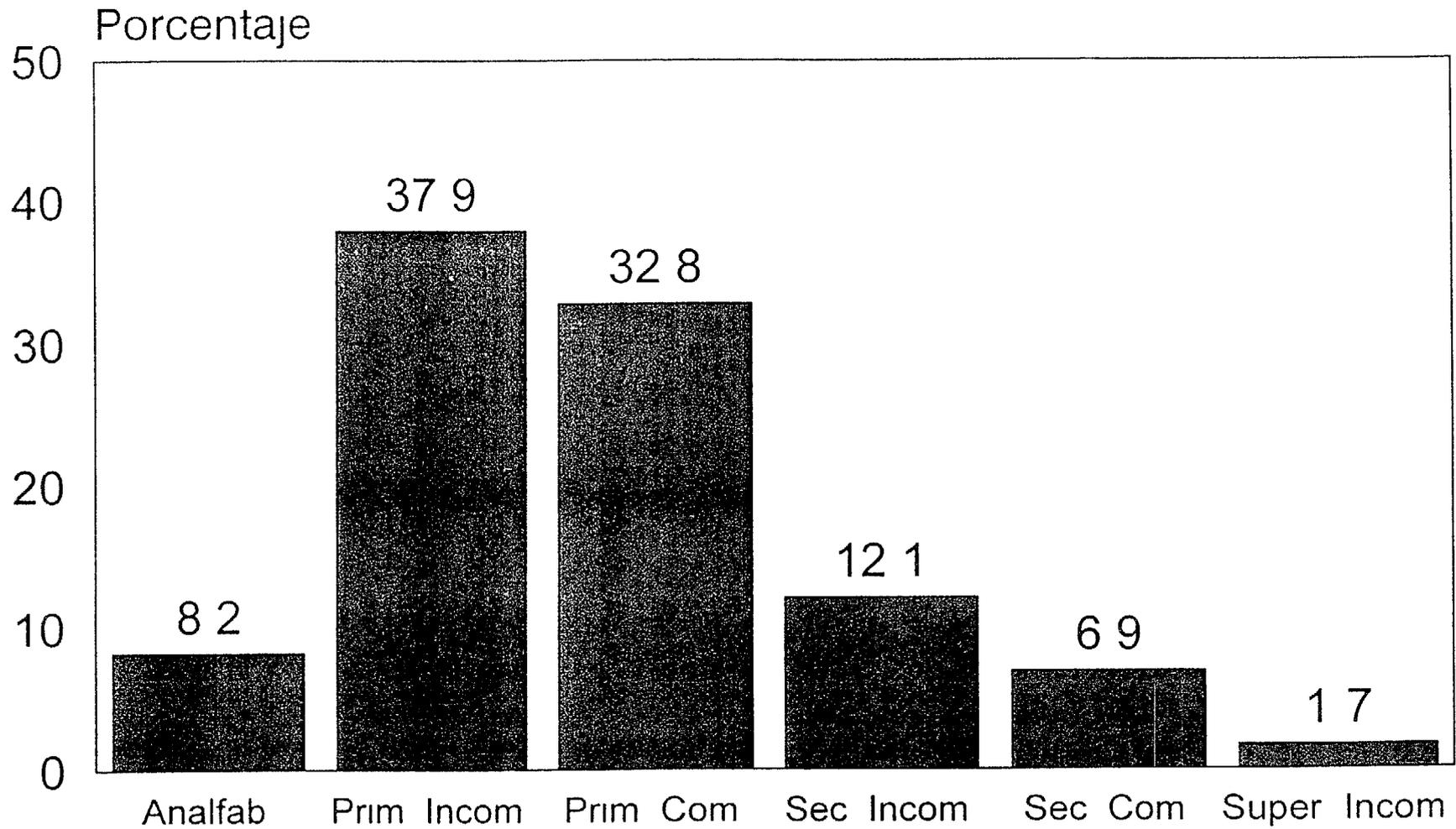
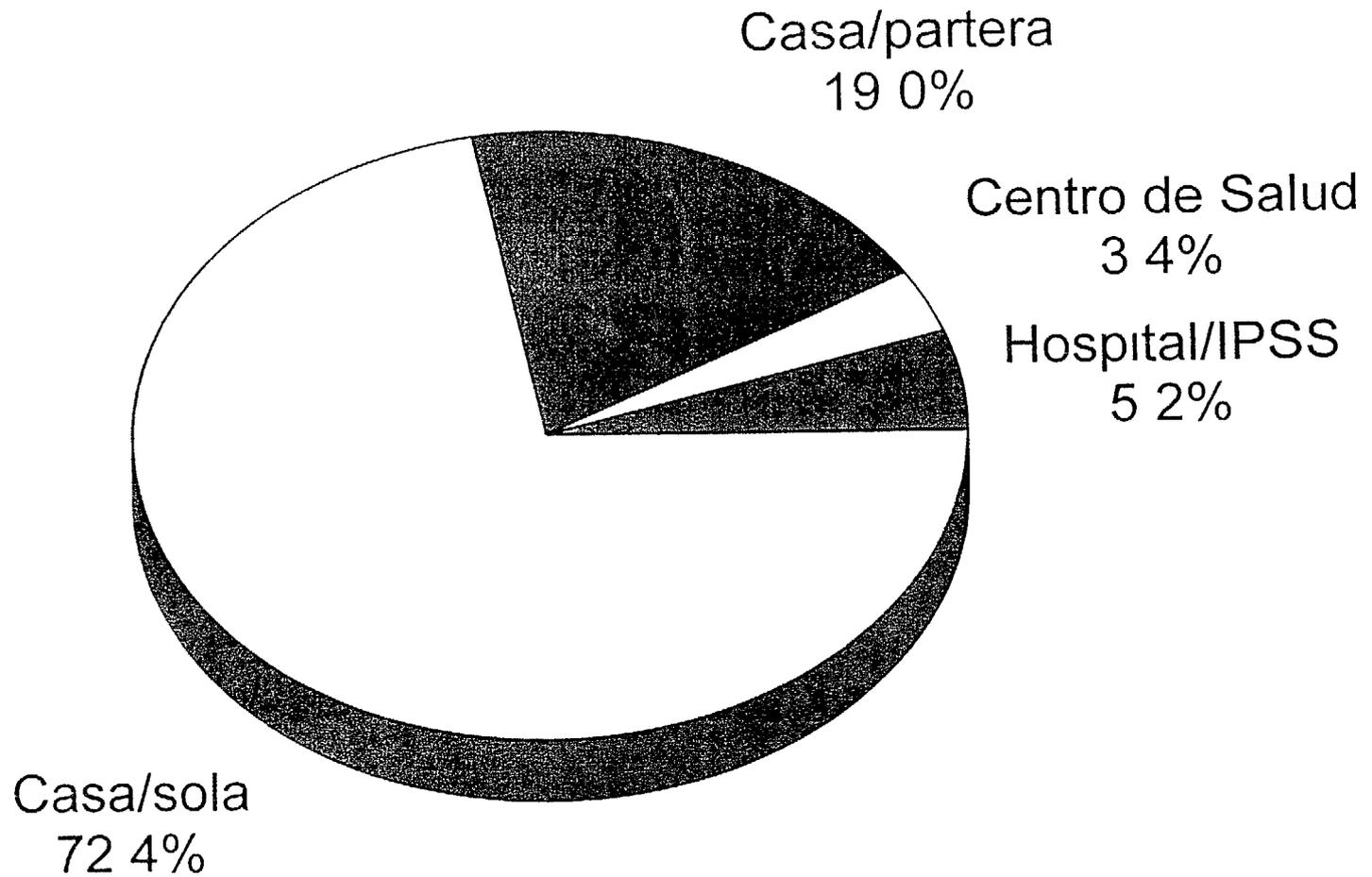


Gráfico 13

Lugar de Nacimiento del Niño

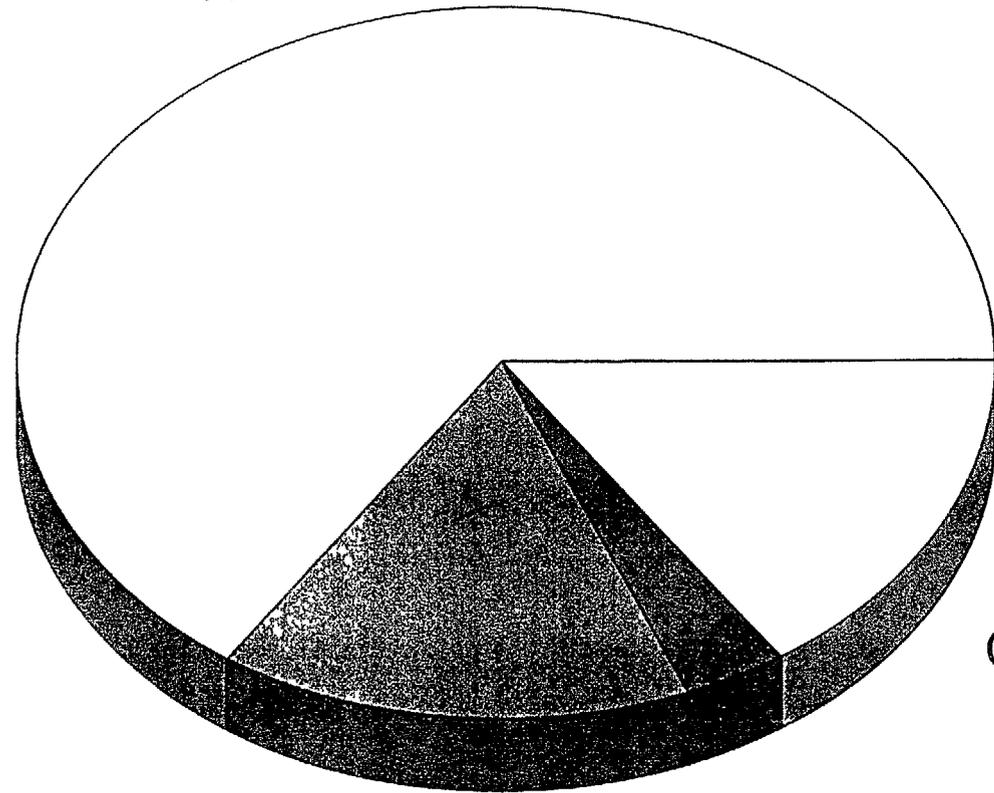


97

Gráfico 14

Primer Alimento Ofrecido Después del Nacimiento

Leche materna 65 6%



Otros 15 5%

Agua/Suero 3 4%

Té/Infusiones 15 5%

Gráfico 15

Preparaciones que se Ofrecen en el Primer Mes

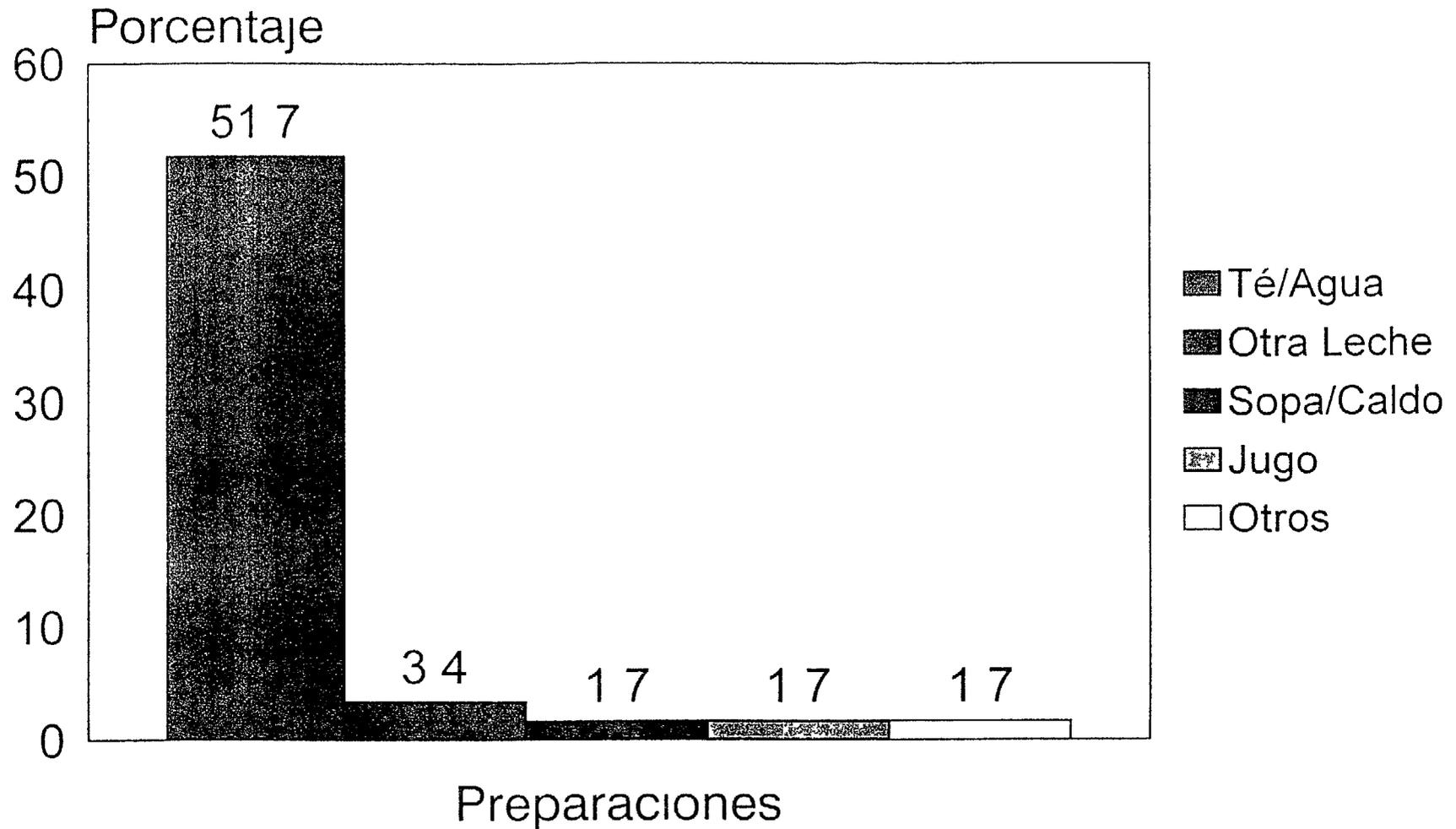


Gráfico 16

Edad del Destete (Años)

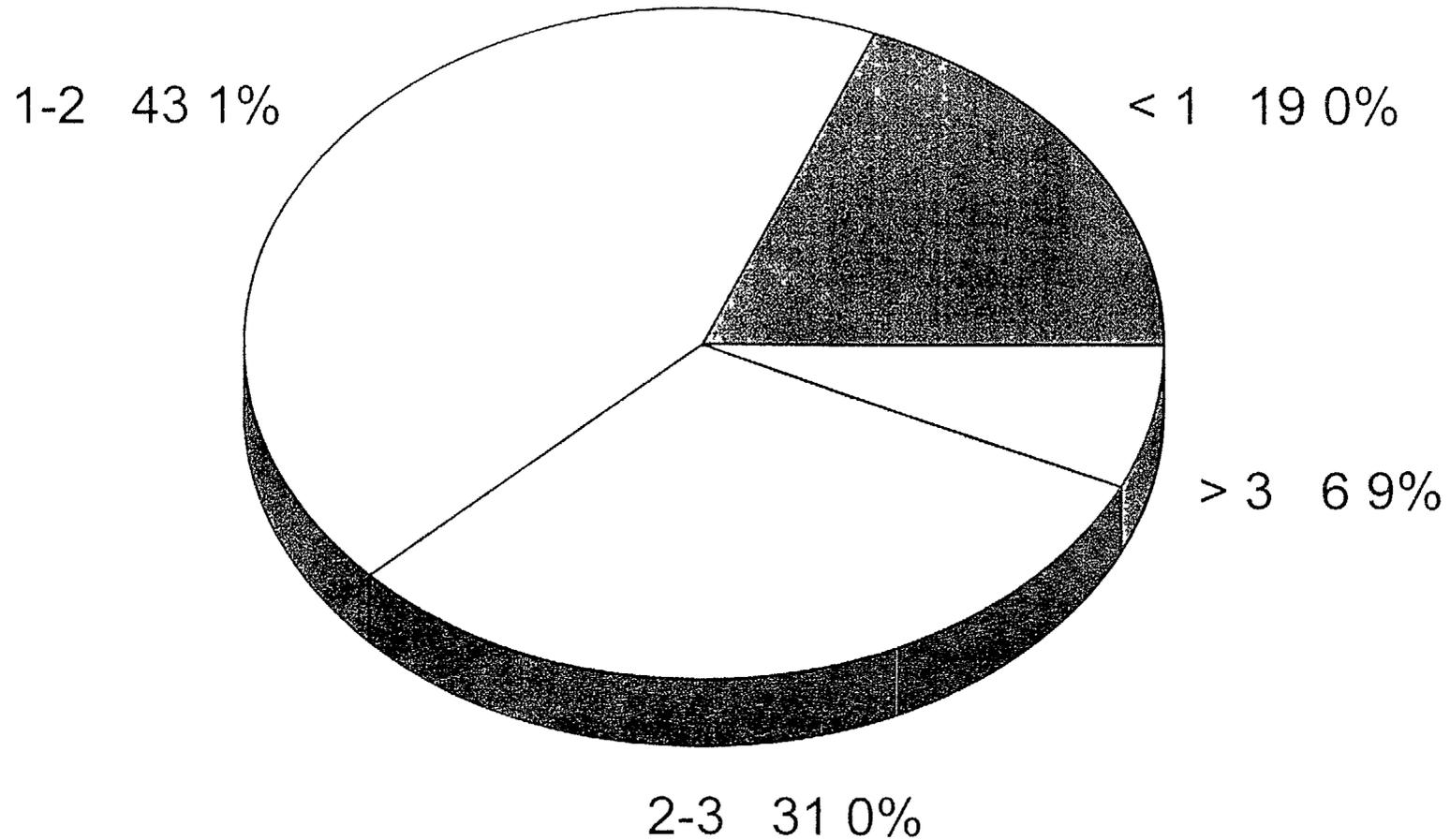


Gráfico 17

Razones para el Destete

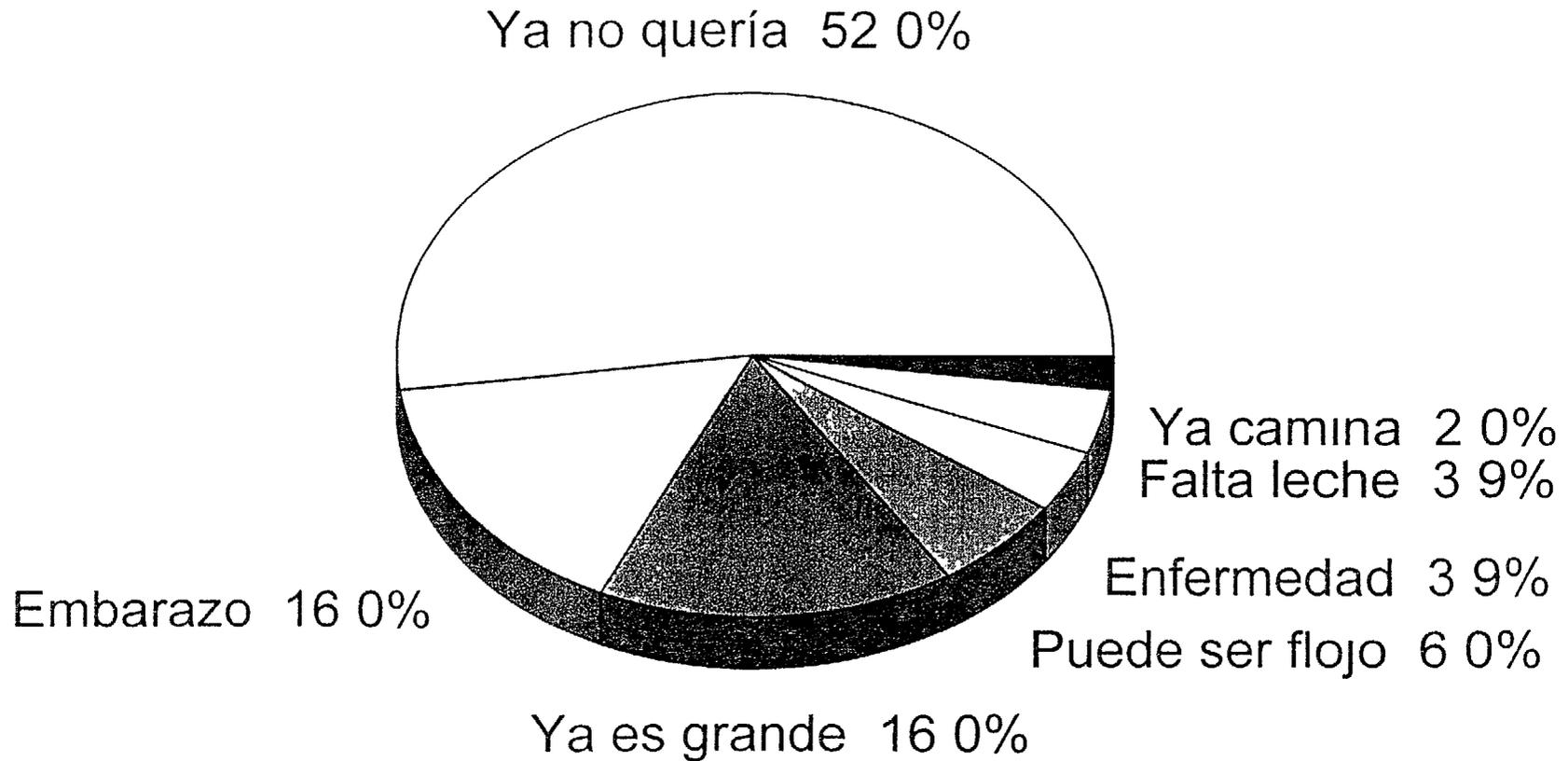


Gráfico 18

Edad de Inicio de Alimentos Sólidos

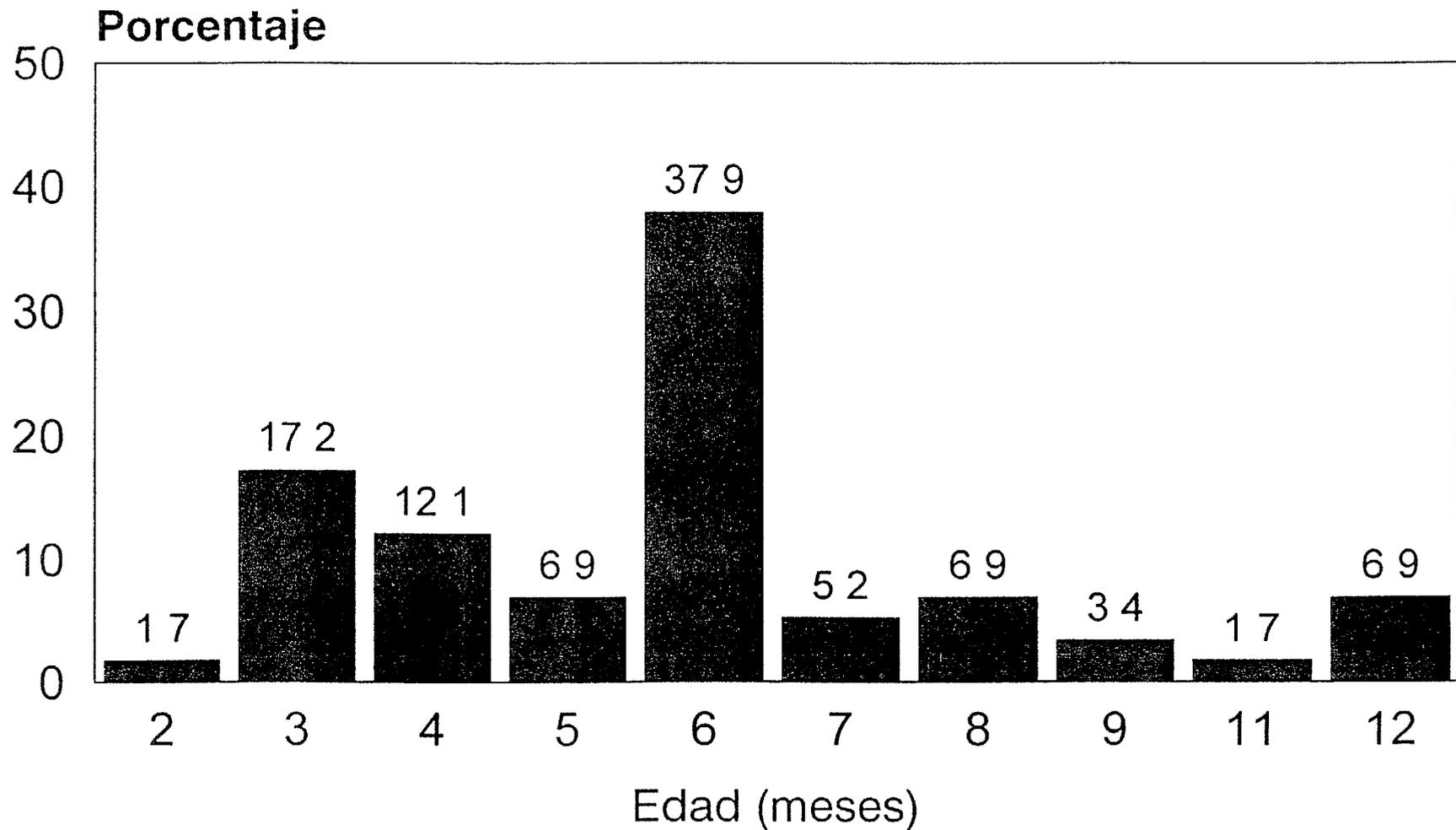


Gráfico 19

Primer Alimento Ofrecido

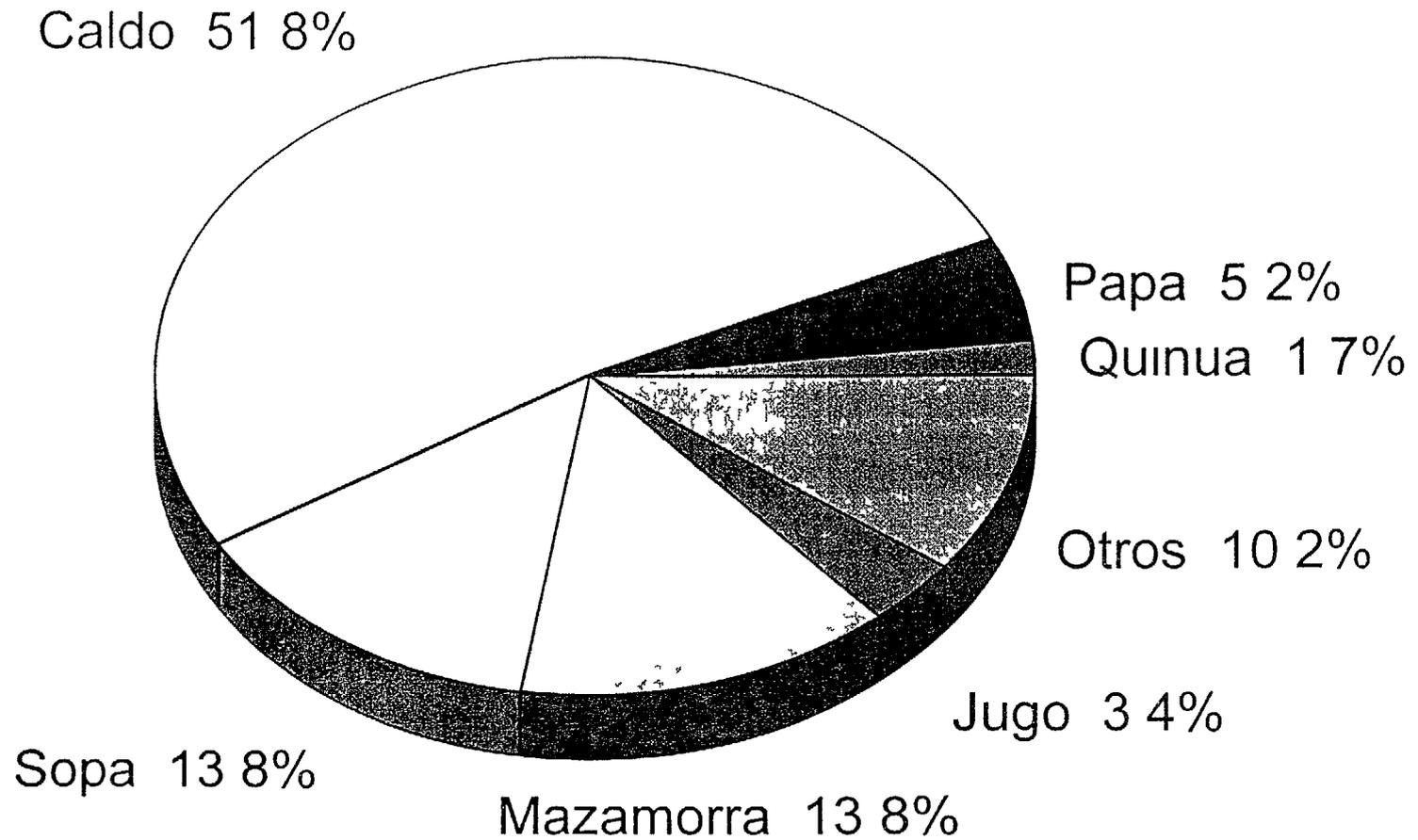


Gráfico 20

Número de Veces al Día que se Ofrecen los Primeros Alimentos

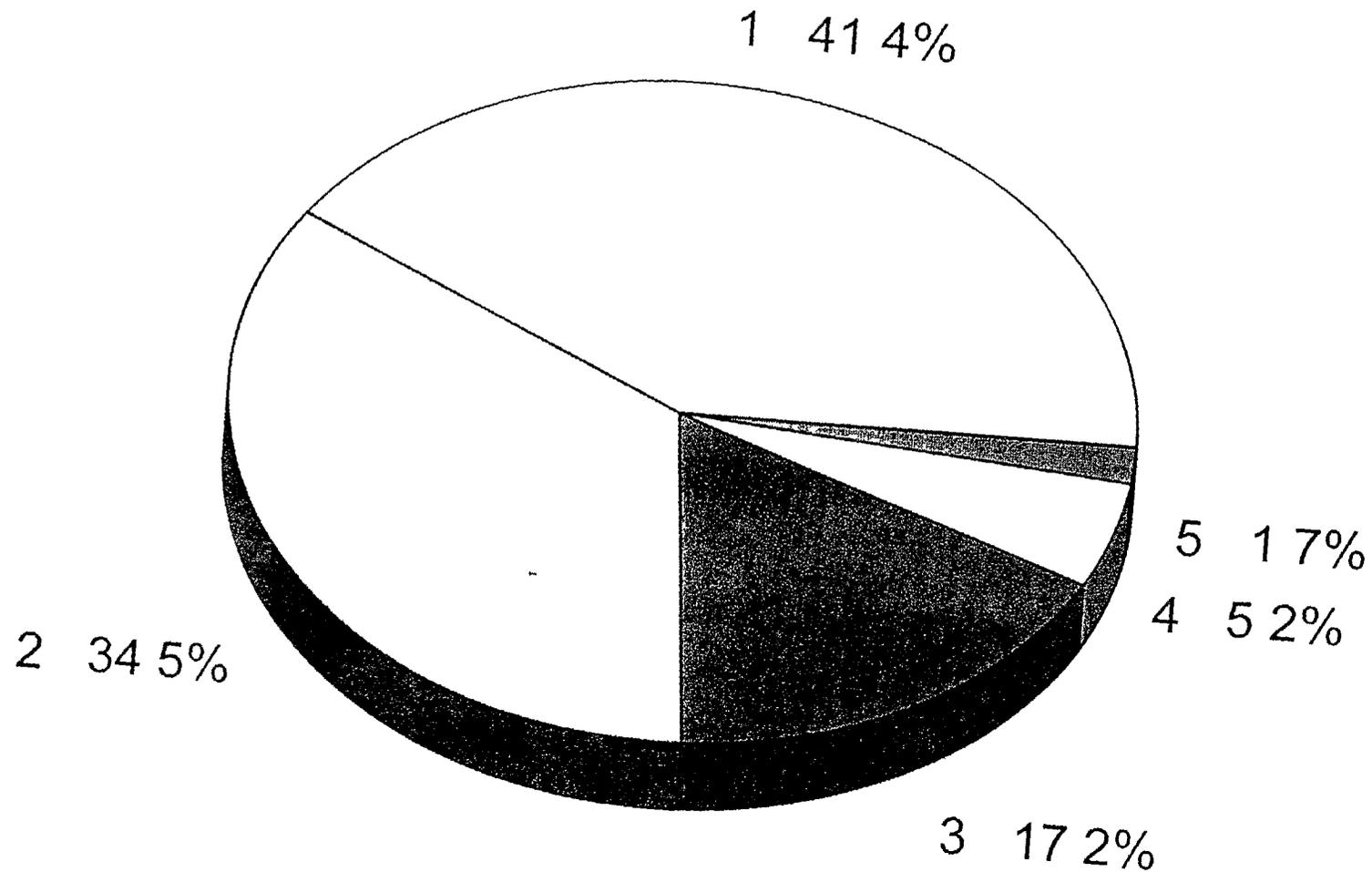


Gráfico 21

Porcentaje de Familias que Consumen Diario o Interdiario, los siguientes alimentos

	Zona Baja	Zona Alta
Papa	93	100
Chuño	100	86
Haba seca	86	93
Zanahoria	90	86
Cebada	90	76
Quinua	93	69
Carnes	66	52
Cañihua	83	28



Gráfico 22

Porcentaje de Familias que Mencionan los Sigüientes Alimentos como "**Mejor Alimento**"

	Zona Baja	Zona Alta
Quinoa	63	83
Cañihua	34	14
Cebada	24	17
Habas	10	24
Patasca	21	10
Huevo	7	10

Gráfico 23

Porcentaje de Familias que Mencionan los Sigüientes Alimentos como "**Peor Alimento**"

	Zona Baja	Zona Alta
Calostro de vaca	34	31
Sangre	31	10
Higo	10	21
Todos son buenos	14	14
Queso	3.4	14

Gráfico 24

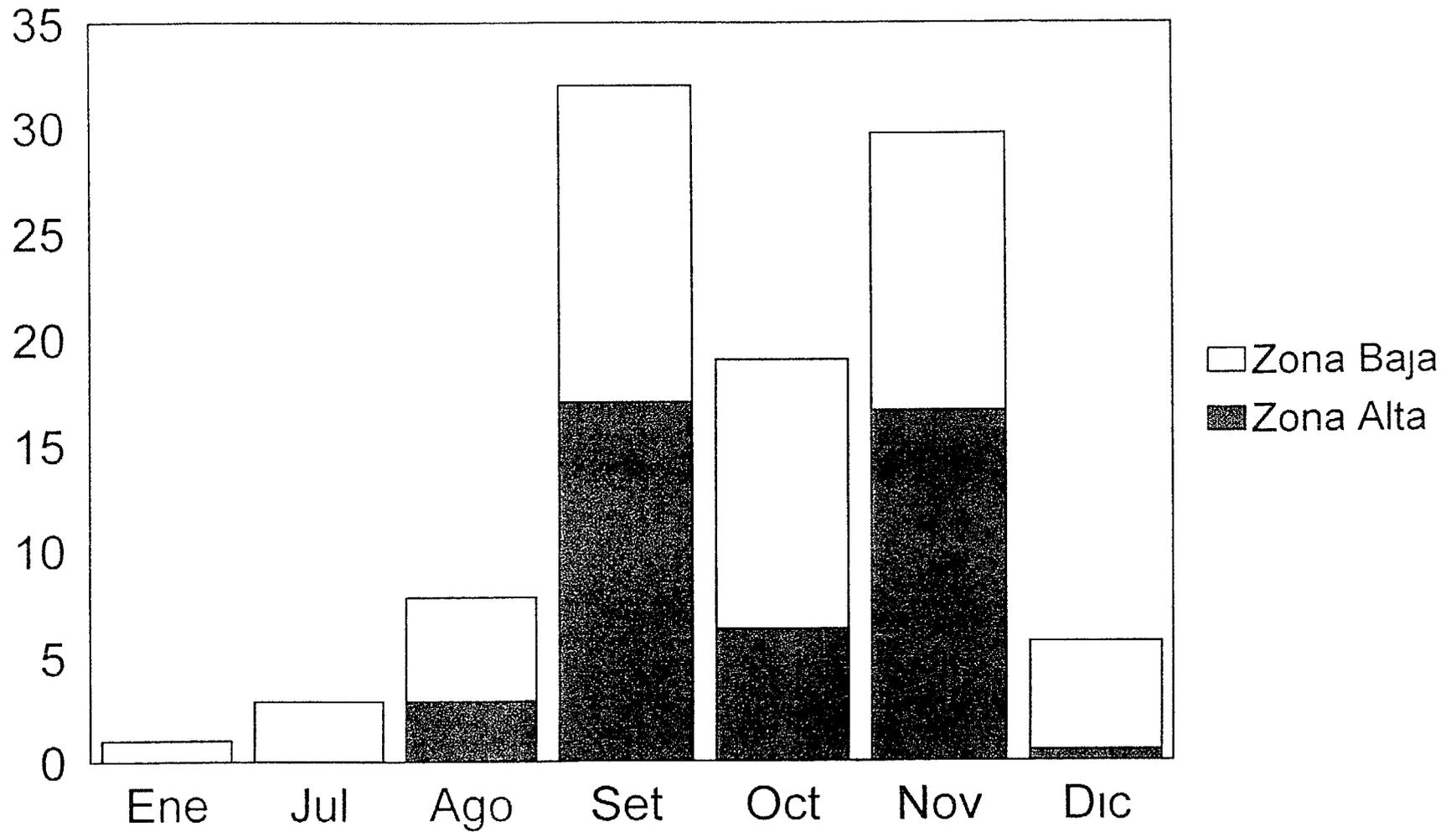
Porcentaje de Familias que Siembran los Sigüientes Alimentos

	Zona Alta	Zona Baja
Cebada	69	55
Papa blanca	41	72
Quinua	62	52
Habas	24	62
Oca	21	55
Cañihua	62	7

66

Gráfico 25

Meses de **Siembra** de Cultivos



47.

Gráfico 26

Meses de Cosecha de Cultivos

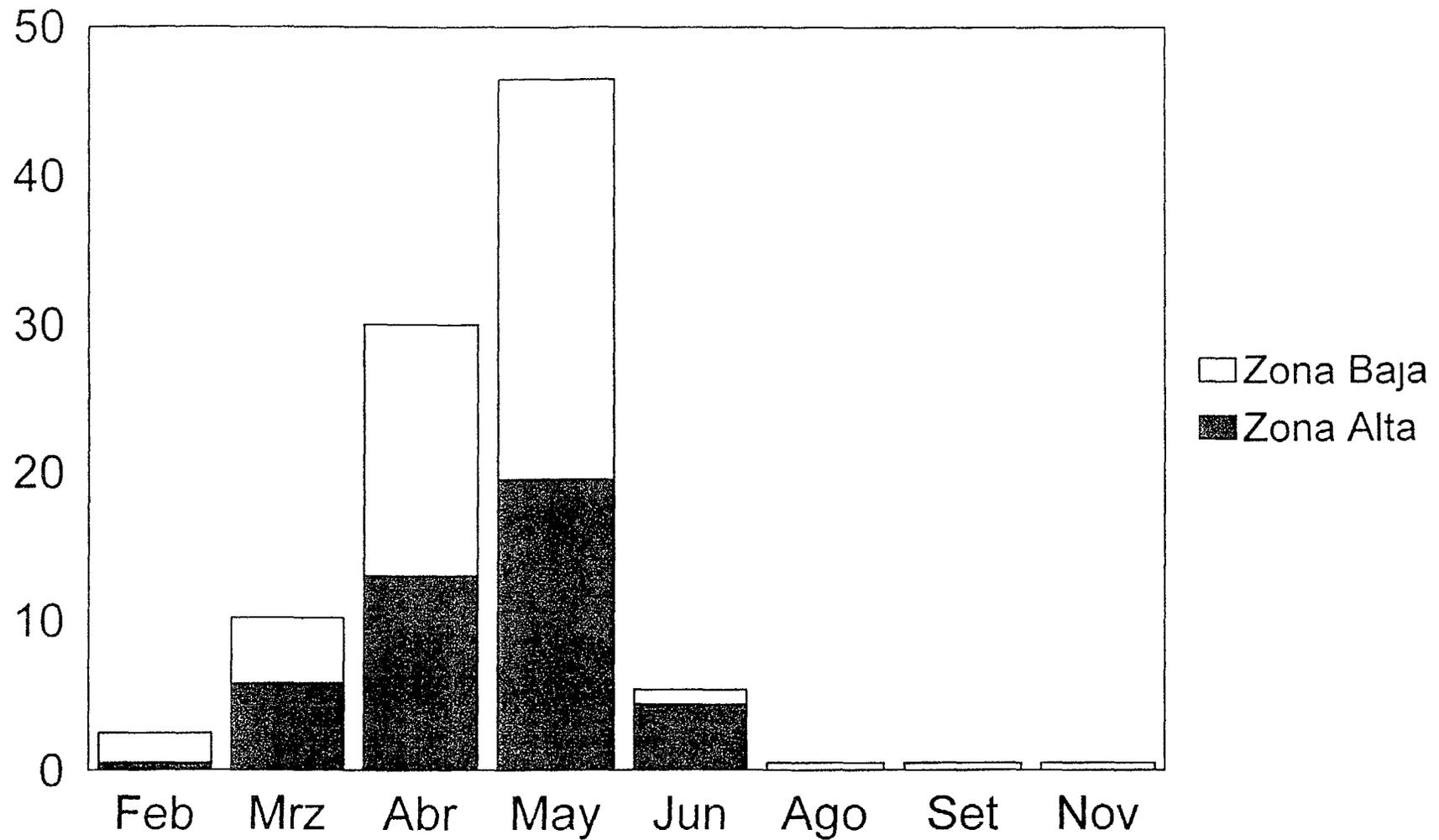
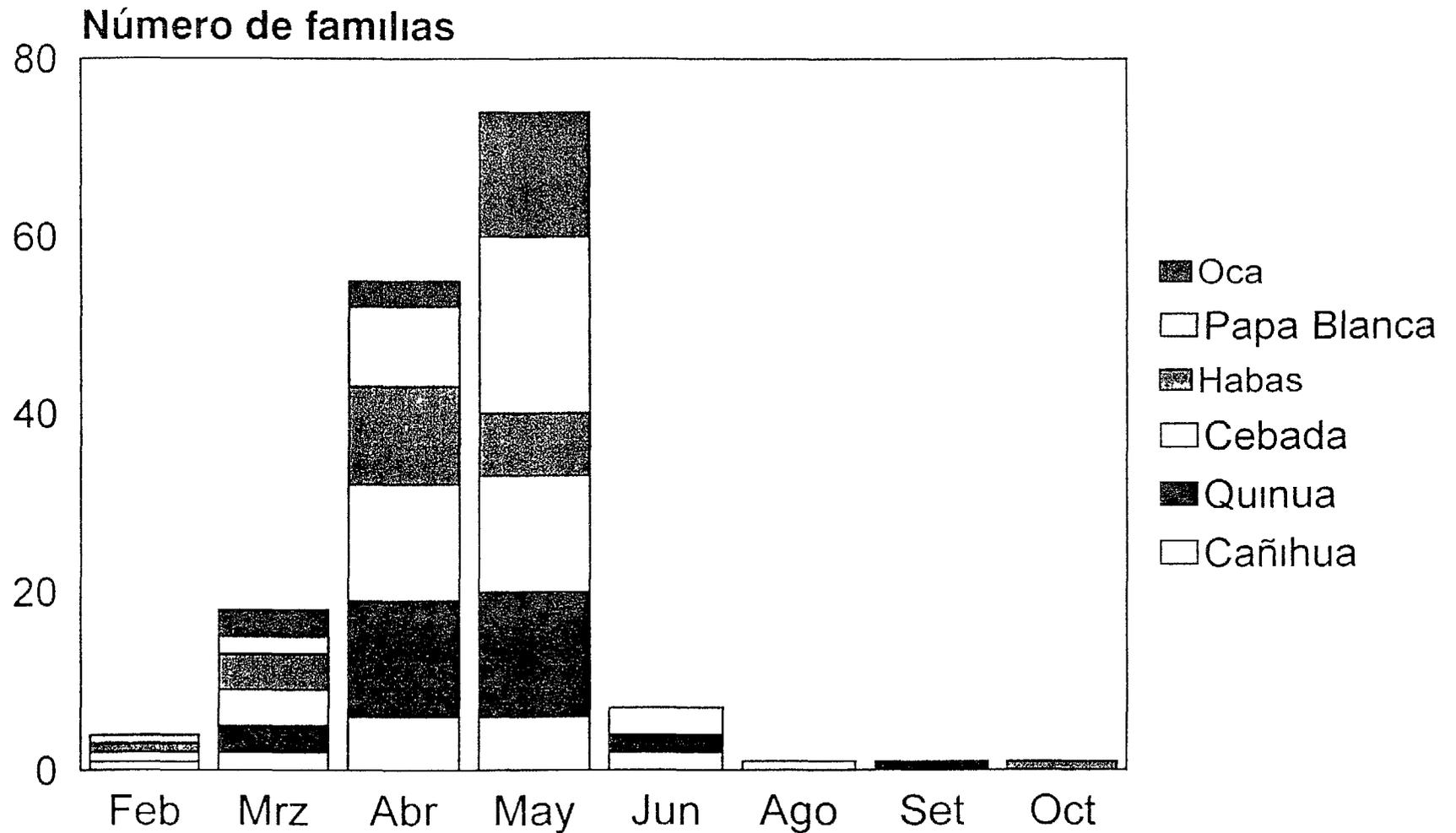


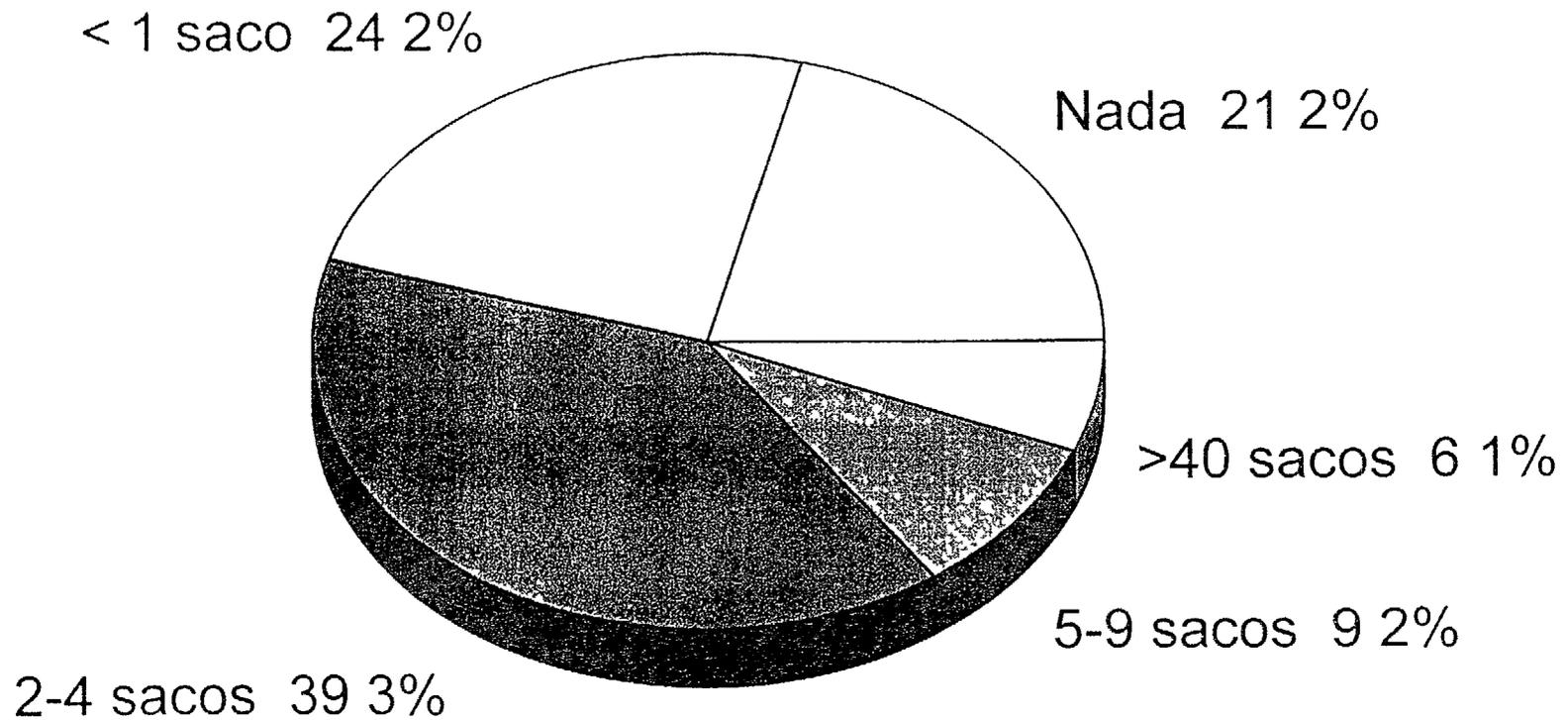
Gráfico 27

Tipo de Cosecha por Mes



Gráfica 28

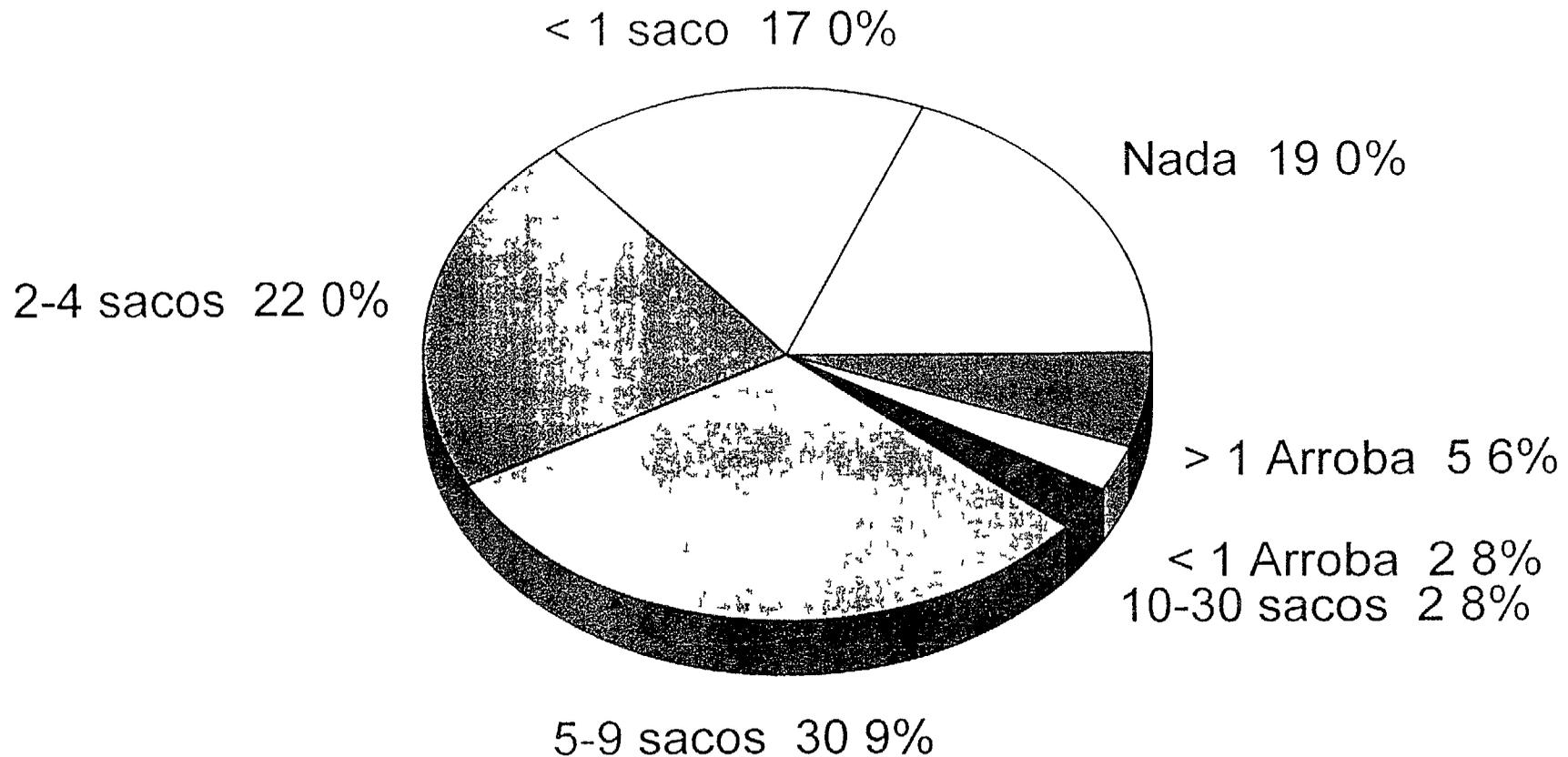
Cantidad de Quinua que Queda en Casa Después de la Cosecha



100% = 57% de familias

Gráfico 29

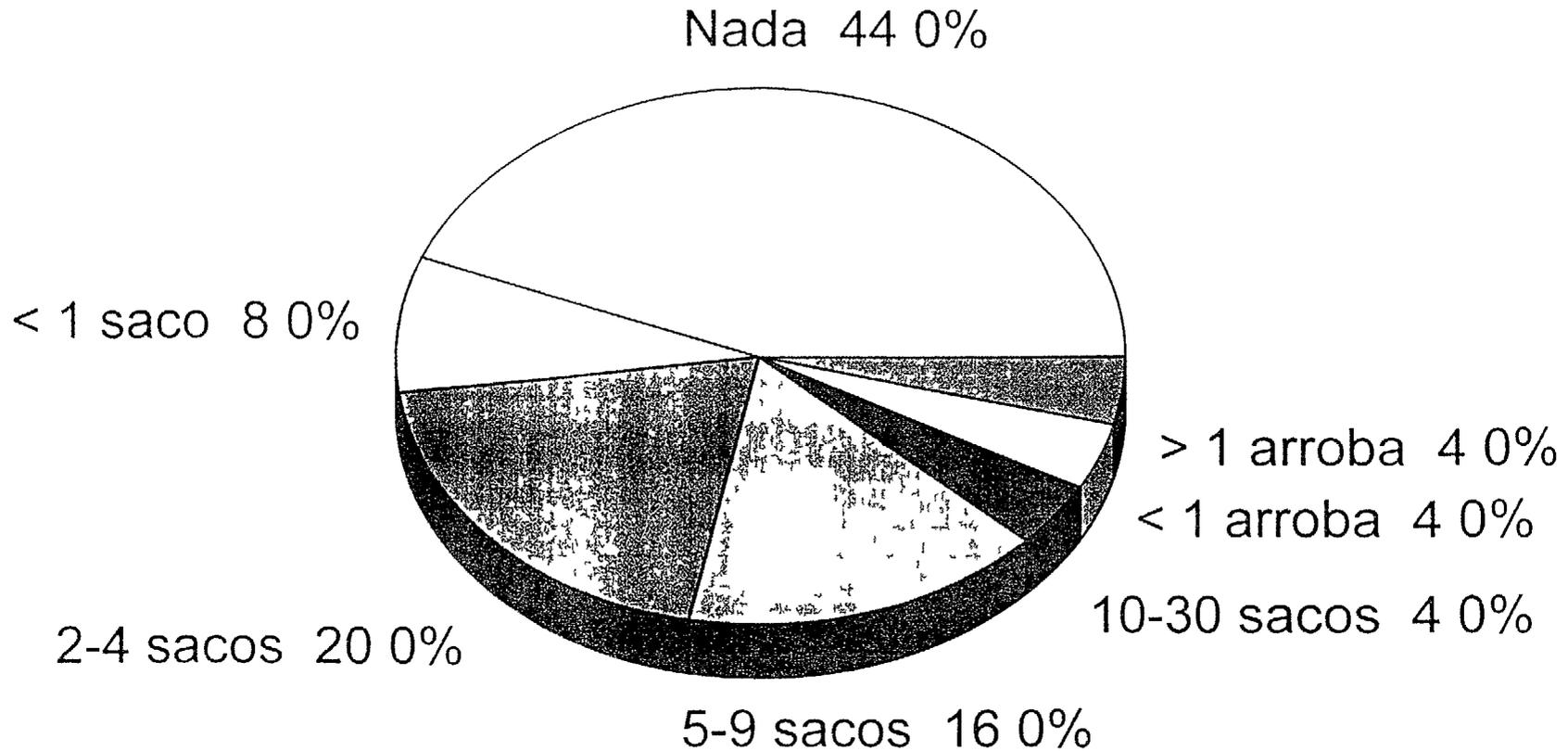
Cantidad de Cebada que Queda en Casa Después de la Cosecha



➤ 100% = 62% de familias

Gráfico 30

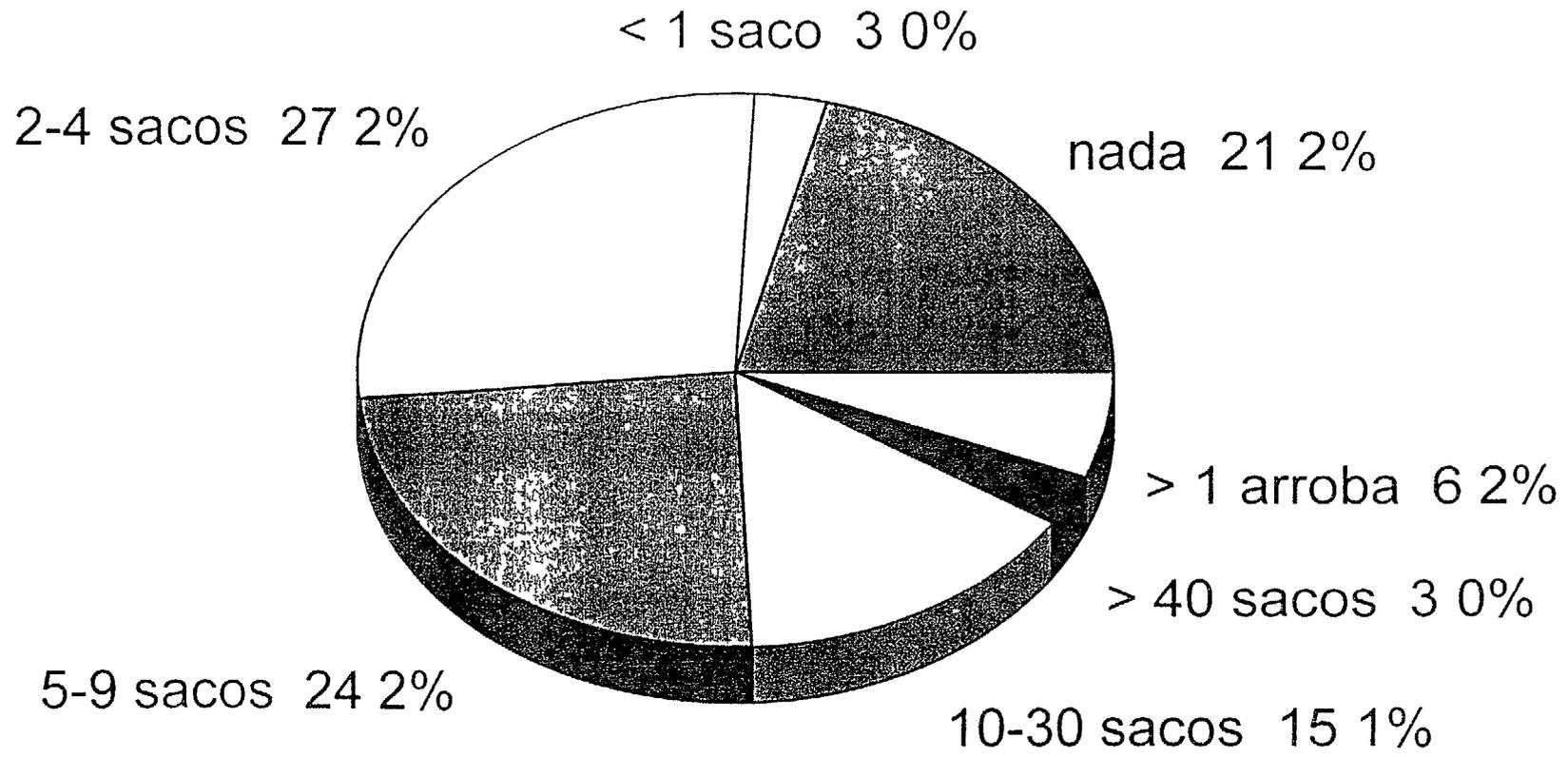
Cantidad de Habas que Quedan en Casa Después de la Cosecha



≈ 100% = 43% de familias

Gráfico 31

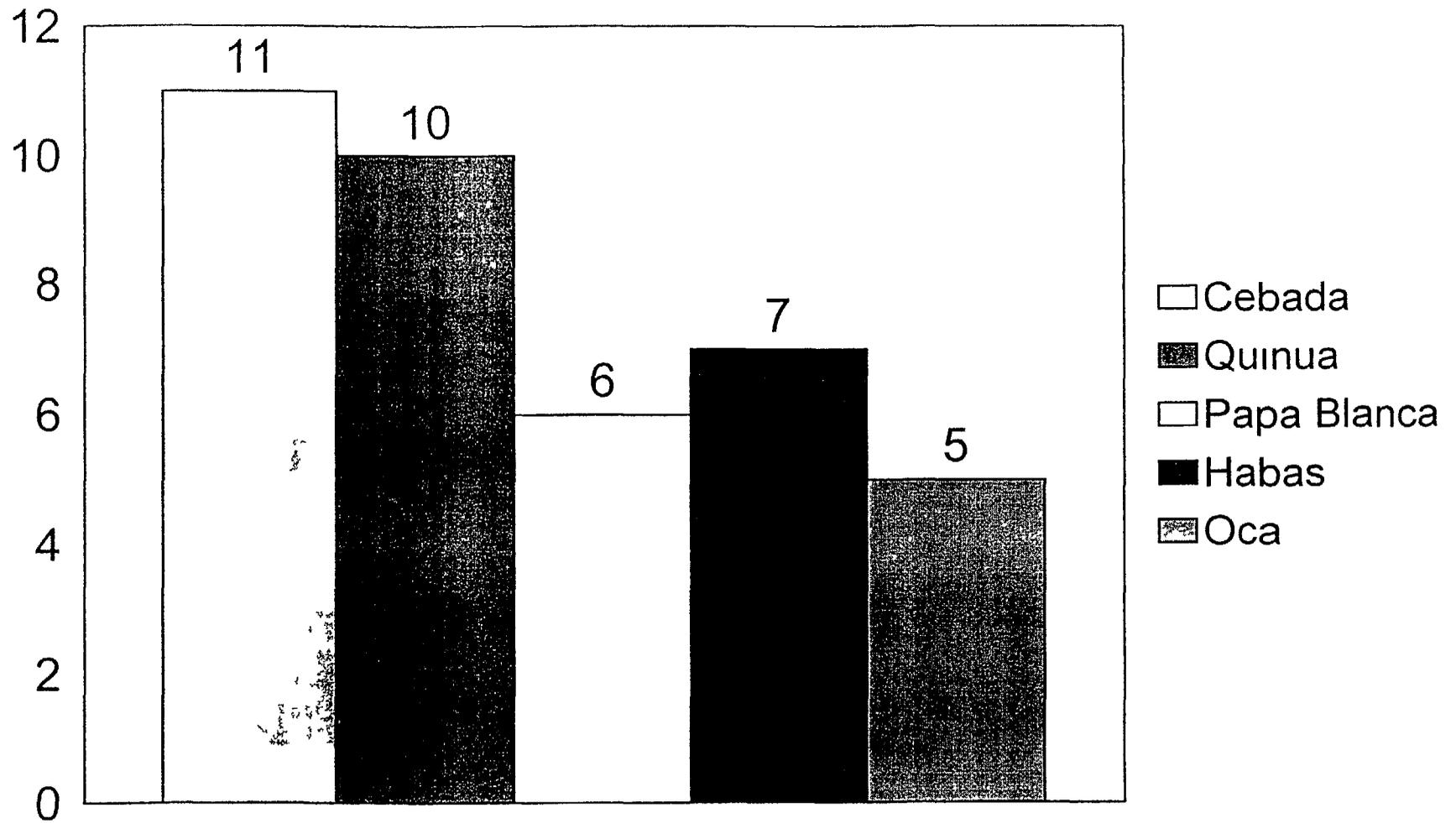
Cantidad de Papa Blanca que Queda en Casa Después de la Cosecha



100% = 57% de familias

Gráfico 32

Promedio de Duración de los Alimentos en Casa (meses)

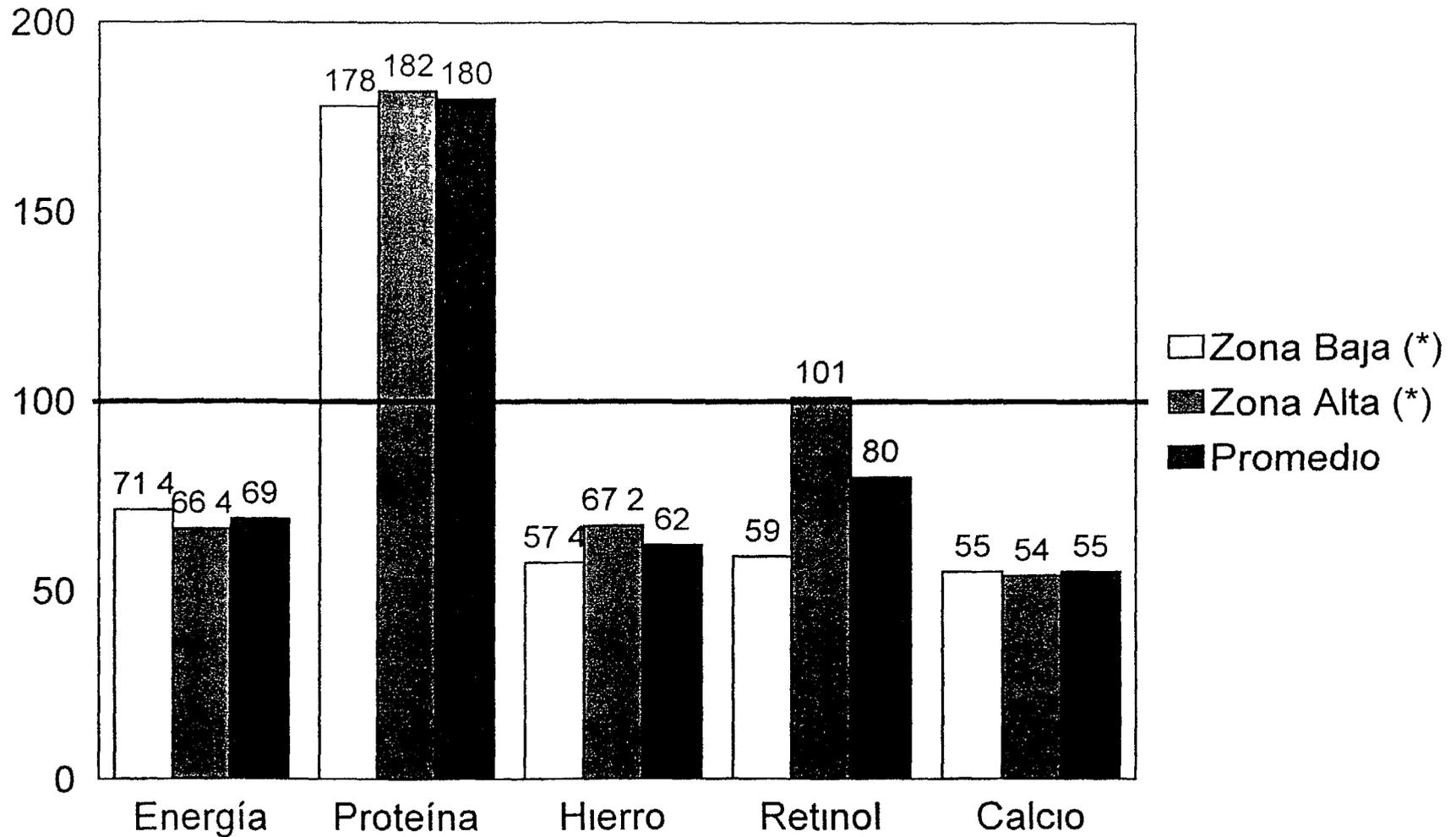


74

Gráfico 33

Porcentaje de Adecuación de Energía y Nutrientes por Zona de Estudio

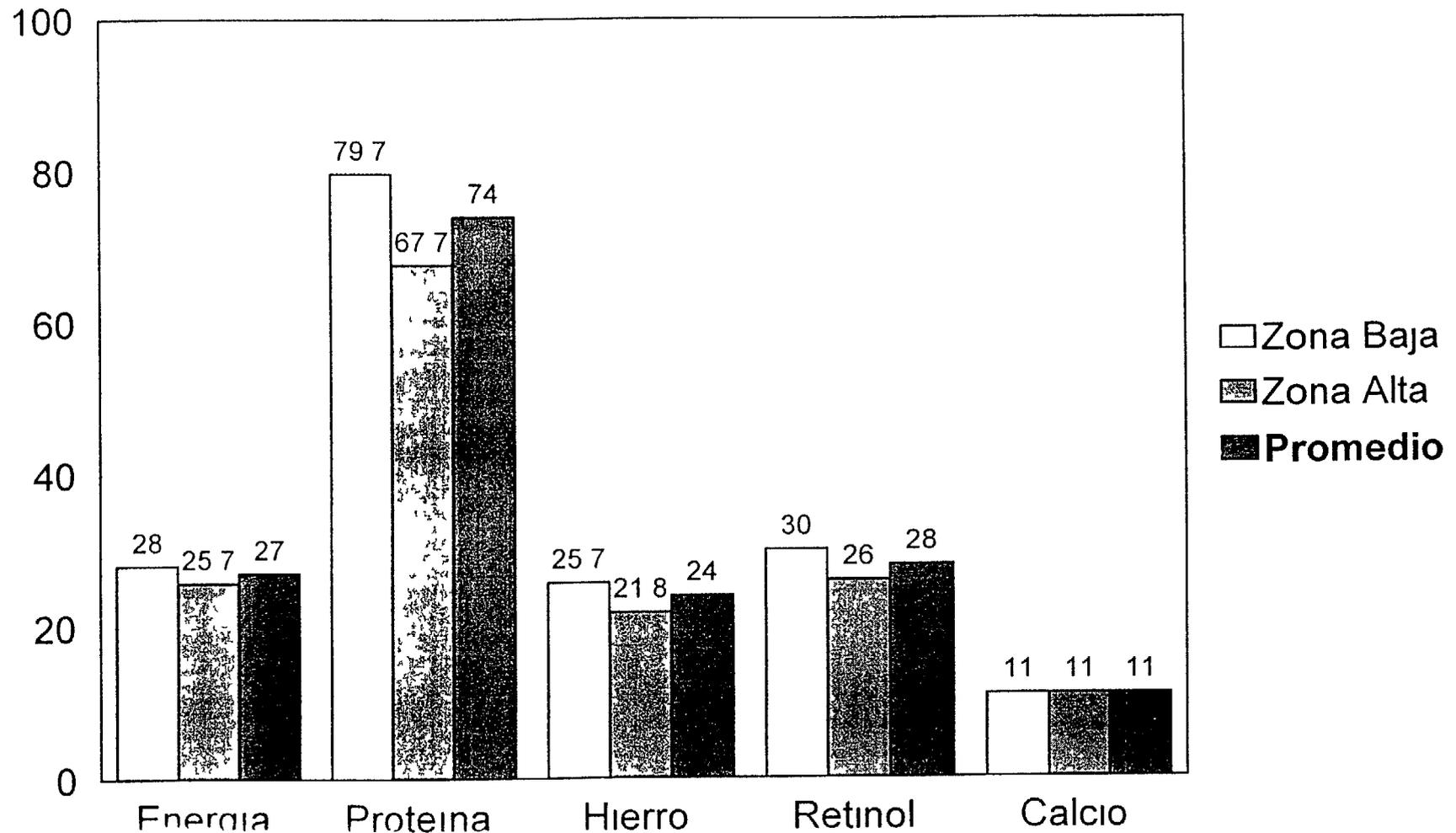
(Recordatorio de 24 horas)



5

Gráfico 34

Porcentaje de los Requerimientos de Energía y Nutrientes que Cubren los Niños con los Menús (Menús Wawa Utas)



IX REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 Encuesta Nacional de Nutricion y Salud (ENNSA), 1984
- 2 Lopez de Romaña G , Brown KH , Black RE , and Creed HK Longitudinal studies of infectious diseases and physical growth of infants in Huascar, and underprivileged, peri-urban community in Lima Peru Am J of Epidemiology Vol 129 No 4, 1989
- 3 Brown KH , Black RE , Lopez de Romaña G , and Creed HK Infant feeding practices and their relationship with diarrheal and other diseases in Huascar (Lima) Peru Pediatrics Vol 83 No 1, 1989
- 4 Brown KH , Stallings RY , Creed HK , Lopez de Romaña G , and Black RE , Effects of common illnesses on infants energy intakes from breast milk and other foods during longitudinal community-based studies in Huascar (Lima) Peru Am J Clin Nut 52 1005-13, 1990
- 5 De Meer K , Bergman R , kusner JS , Socio-cultural determinants of child mortality in southern Peru, including some methodological considerations Social Science and Medicine 1993, 36 317-31
- 6 Webb R , Fernandez Baca G Cuanto? Peru en Numeros, Peru-96 Fuente Consejo Nacional de Poblacion (CONAPO)
- 7 I Censo de Talla Escolar 1993 Ministerio de Educacion, UNICEF, FONCODES, PMA
- 8 De Meer K , Bergman R , Kusner JS , Subsistence agriculture and nutritional patterns of Amerindians children in Peruvian Andes, 1993

ANEXO 1

CRONOGRAMA E ITINERARIO DE TRABAJO DE CAMPO

FECHA	ONG	WAWAUTA (zona)		COMUNIDAD	DISTRITO
11/11	S Carlos	Chihuiñuso	(↓)	Vilcallani	Juli
12/11*	"	Tisigua	(↓)	Sihuayro	Juli
13/11	"	Callacami Julcata	(↑)	Callacami	Juli
14/11*	"	Callacami Kekkata	(↑)	Callacami	Juli
15/11	"	Huallatiri 3	(↑)	Huallatiri SC	Juli
18/11*	Wiñay M	Progreso	(↓)	Queñuani	Yunguyo
19/11	"	Pajjana SI Ctrl	(↓)	Pajjana SI	Ollaraya
20/11*	"	Sihualaya	(↓)	Sihualaya	Tinicachi
21/11	"	Sanquirra Central	(↓)	Sanquirra	Yunguyo
22/11*		Calacoto Central	(↓)	Calacoto	Copani
25/11	S Carlos	Chutacollo	(↑)	Yacango	Juli
26/11*	"	Chilla Chambilla	(↑)	ChillaChambilla	Juli
27/11	UNCA	Chimbo B	(↓)	Chimbo	Pomata
28/11*	"	SP Vilcallamas	(↓)	SP Vilcallamas	Zepita
29/11	"	Huallatiri	(↑)	Patacollo	Desaguadero
02/12*	UNCA	Estancia	(↓)	Llaquepa	Pomata
03/12	"	Bajo Pavita Ctrl	(↑)	Bajo Pavita	Zepita
04/12*	"	Yorohoco Central	(↑)	Yorohoco	Huacullani
05/12	"	Jacha Kelluyo	(↑)	Alto Aracachi	Kelluyo
06/12*	"	Sta Barbara	(↑)	Lampa Grde	Pomata

NOTAS

- * Las fechas marcadas con astensco indican los wawautas donde se realizaran los grupos focales
- ↓ La flecha hacia abajo indica la zona circunlacustre
- ↑ La flecha hacia arriba indica la zonas medias y altoandinas
- SC San Carlos
- SI San Isidro
- SP San Pedro
- Ctrl Central

ANEXO 2

ACTIVIDADES REALIZADAS POR INSTITUCIONES PARTICIPANTES

CUADRO RESUMEN DE PARTICIPANTES EN LAS ACTIVIDADES								
MULTICOMUNAL	P/T	Hb	24H	E M	Men	Con	GF	IC
San Carlos	131	92	21	20	6S	15	3*	4
Wiñay Marca	96	55	15	14	4S	8	2*	3
UNCA	136	96	48	24	5S	8	4*	6
INPPARES ctrl	6	-	-	-	-	-	-	
TOTAL	369	243	84	58	15S	31	9*	13

MULTICOMUNAL SAN CARLOS									
FECHA	WAWAUTA	P/T	Hb	24h	E M	Men	Con	GF	IC
11/11/96	Chihuiñuso	26	17	3	3	S	3		
12/11/96	Tisiwa	24	15	3	3	S	2	*	
13/11/96	Callacami Julcata	18	8	3	3	S	2		
14/11/96	Callacami Keccata	10	6	3	3	S	2	*	
15/11/96	Huallatin 3	19	19	3	3	S	2		3
25/11/96	Chutacollo	20	17	3	3	S	2	*	
26/11/96	Chilachambilla	13	9	3	2	N	2		1
	Total	130	91	21	20	6S	15	3	4

MULTICOMUNAL WIÑAY MARCA INTI WARA									
FECHA	WAWAUTA	P/T	Hb	24h	E M	Men	Con	GF	IC
18/11/96	Progreso	24	5	3	3	S	2	*	
19/11/96	Pajana S Isidro	24	19	3	3	S	2		2
20/11/96	Sihualaya	14	14	3	3	S	2	*	
21/11/96	Sanqura Central	19	17	3	3	S	2		
22/11/96	Ccalacoto	16	--	3	2	N	-	N	1
	TOTAL	97	55	15	14	4S	8	2*	3

MULTICOMUNAL UNCA									
FECHA	WAWAUTA	P/T	Hb	24h	E M	Men	Con	GF	IC
27/11/96	Chimbo B	16	10	3	3	N	-	*	
28/11/96	S P de Vilcallama	18	13	3	3	N	2	*	
29/11/96	Huallatiri	22	15	3	3	S	-		2
02/12/96	Estancia	26	12	3	3	S	(1)	*	
03/12/96	Bajo Pavita	12	12	3	3	S	2		1
04/12/96	Yorohoco Central	14	09	3	3	S	2	*	
05/12/96	Jacha Kelluyo	18	17	3	3	S	2		
06/12/96	Santa Bárbara	10	07	3	3	N	-		3
	TOTAL	136	95	24	24	5S	8	4*	6
ONG INPPARES - ILAVE (CONTROL)									
09/12/96	S R Huayllata	6							

	20 WAWAUTAS	P/T	Hb	24h	E M	Men	Con	GF	IC
	TOTAL GENERAL	369	243	84	58	15	31	9	13

LEYENDA

P/T	Peso y talla
Hb	Hemoglobina
24 h	Recordatorio de consumo de alimentos de 24 horas
E M	Encuesta a madres
Men	Evaluación de menues del wawauta
Con	Evaluación del consumo del menu del día en el wawauta
GF	Grupos focales
IC	Entrevistas a Informantes Clave

ANEXO 3

INFORME DE ETNOGRAFIA

I METODOLOGIA

La presente etnografía esta orientada a dar informacion sobre comportamientos, percepciones y actitudes frente a la alimentacion infantil, así como de las razones subyacentes a todo ello

La etnografía es un enfoque eminentemente cualitativo En esta ocasion, se han utilizado tres tipos de tecnicas grupos focales, entrevistas en profundidad a informantes clave y la observacion

Los grupos focales (GF) han sido realizados en nueve wawautas, cinco de la zona perlacustre y cuatro en la zona altoandina Ocho de estos GF han sido realizadas con madres de familia de niños asistentes al wawauta, y uno de ellos con padres de familia En total han participado 76 personas, cuya edades estaban en un rango de 17 a 45 años, con un promedio de 28 1 Los participantes tenian un grado de instruccion variado habian personas analfabetas como tambien personas con secundaria completa (once años de estudio), el promedio de escolaridad es de cinco años de estudio Estuvieron presentes personas que tenian un solo hijo, como madres con ocho hijos, el promedio de hijos del total de asistentes es de 3 2 En todos los casos los participantes tenian por lo menos un hijo asistente al wawauta

Hemos realizado trece entrevistas en profundidad a informantes clave (IC) Los informantes clave son personas que por alguna circunstancia poseen un nivel de informacion sobre costumbres y creencias alimentarias En la presente evaluacion nutricional los IC han sido madres motivadoras de los wawautas, promotoras de los wawautas mujeres lideres de la comunidad, presidentes del club de madres, personal de salud lideres y responsables de las multicomunales, ingenieros agronomos y personal de FIS-CARE

La presencia in situ, permite un nivel de OBSERVACION directa no sólo sobre las características del entorno sino también de aspectos conductuales y culturales de los diferentes actores en las comunidades aymaras Esta percepción hace más inteligible los contextos procesos y pensamientos o "creencias"

II RESULTADOS

1 LACTANCIA MATERNA

La mayoría de madres con las que hemos conversado en los grupos focales manifiestan que han dado a luz en sus casas, siendo atendidas por sus esposos, en varios casos también han contado con la asistencia de una partera

La primera ingesta del recién nacido

Las señoras han referido diversas prácticas de alimentación de sus bebés inmediatamente posterior al parto. En la mayoría de comunidades cercanas al lago las señoras han expresado que al bebé recién nacido le dan de beber algún tipo de infusión "matecito de hierbabuena", "matecito de ruda", "matecito de manzanilla", "matecito de anís", etc. La mayoría afirma que es "para que no le duela la barriguita", en algunos casos es considerada una acción preventiva, para que no le duela en el futuro, en otros casos es considerada como curativa, pues perciben que sus hijos han nacido con dolor de estómago, en ambos casos lo que la madre ha comido durante la gestación ha afectado o afectará al niño. Otras madres señalan que el matecito es "para que bote todo lo sucio que traen", la observación del color oscuro del meconio les parece que es suciedad que el niño trae al nacer. Otra razón que también fue mencionada es por que a la madre "leche [aun] no le baja"

En las zonas media y alta nos manifestaron que lo primero que le dan de tomar al recién nacido es vino, la cantidad varía de "tres gotitas una vez nomás cuando ha nacido" hasta "dos cucharitas cada que llora" durante los dos primeros días. Indican que esta es una práctica heredada, "-nuestros mayores dicen que debemos darlo", "mi suegra ya prepara el vino cuando va a nacer"- y afirman que se les da vino para que reduzca el apetito del niño "para que no sean comeloncitos", "para que no sean barrigoncitos" "para que no comen mucho, es que acá no hay comida, no hacemos chacara (sic)", "cuando vayamos otro sitio otros comen otros no comen". En el grupo focal con los padres surgió otra razón importante "para que haya resistencia al hambre cuando van al servicio militar". En solo un caso una señora dijo que servía "para que aprendan bien eso dicen"

Al parecer esta práctica es medianamente generalizada en las zonas media y alta, (en un GF cinco de ocho madres dijeron practicarlo, en otro, cuatro de nueve, también dijeron lo mismo). Las señoras de más de treinta años son las que más refieren, entre las menores de treinta algunas cuestionan su eficacia. El siguiente testimonio resume bien la información de esta práctica

"Vino damos tres cuatro cucharitas, poco a poco sabemos dar cada vez que llora, le damos para que se calme. Si damos pecho al mismo tiempo de que nacen se vuelven comeloncitos por eso damos vino aunque después de tres años igual nomás se vuelven comeloncitos"

Es importante resaltar que subyace en estas afirmaciones una situación latente de escasez de alimentos, característico en las zonas altas

En dos comunidades (una en la zona baja y otra en la zona alta) nos han manifestado que lo primero que le dan de tomar al bebe es orines "una cucharita de orin le damos cuando nace", "yo se dar orin a mi wawa, cuando nace", "calientito nomas se le da, una cucharita nomas", "de la mama su orin se le da, o de su hermanita" Las señoras señalan que le dan "para que no le duela su estomago", "es para que sean fuertes"

Al parecer esta es una practica que ya esta en extincion en el altiplano, un informante clave nos refirio que antaño le daban orines de chancho a los recién nacidos

La leche materna como la primera ingesta del bebe ha sido referido en un numero minoritario de madres en las diferentes zonas

Calostro

La totalidad de las madres reconocen que la primera leche que sale de sus senos tiene características físicas diferentes "es medio amarillo y es mas espeso", reconocen tambien que tiene una duracion muy corta, en algunos casos hablan de horas y en otro hasta de tres dias Reafirmando el reconocimiento del calostro nos dijeron "todo animal que tiene cria, primero le sale carastro"

A esta primera leche la denominan "poq'e" en aymara y "carastro" en castellano, en el GF de padres fue denominado como "calostro"

En la mayoría de casos las madres afirman que le dan de lactar el calostro a sus bebes No es lo primero que toma, sino despues de que le han dado mate, vino u orines En no mas de cuatro casos les dan intercalado

En ningun caso las madres nos han referido algun tipo de cualidad benefica del calostro para el bebe, consideran que es "leche normal" a pesar de reconocer su aspecto diferente Solo una vaga referencia de una informante clave señala que

"El carastro de la mama si le dan, algunas dicen que es bueno darlo, otras le dan nomas"

Por el contrario, en varios casos han manifestado atributos negativos al calostro

"La primera leche es el carastro, poq'e que le decimos, no le dan el carastro porque le malogra [al bebe] Todo se sacan ahí recién viene la leche nueva eso más bien si le dan El carastro dicen que es leche malograda, leche guardada, le puede hacer doler el estomago a la wawa, dicen Después [que ya no sale calostro] si le dan normal"

Tambien refieren que si una señora que esta dando de lactar se embaraza esa leche ya es calostro, y en este caso si es considerado dañino para el lactante

Las madres en general afirman que tienen suficiente leche para alimentar a sus hijos, señalan que para que aumente su producción toman caldos, sopas y mates. No existe mucha gama de recomendaciones y/o "secretos" para tener más leche, hecho que indicaría que no es algo de mucha preocupación para ellas. Por el contrario tienen algunas prescripciones para evitar que se "corte" la leche, como por ejemplo deben evitar tomar cerveza cuando están lactando (esta es una prohibición sentida en el altiplano pues las mujeres son de buen beber), deben también evitar comer cosas muy secas como habas tostadas, en varios casos también nos dijeron que las bebidas gaseosas cortan la producción de leche.

"Las que no tienen leche en su seno se ayudan nomás con biberón, pero tenemos, será así esta raza, pues se come poco, pero no dejamos de tetar"

Uso de mates

En todos los wawautas visitados han mencionado una alta utilización de infusiones en los tres primeros meses de vida de los bebés. Las hierbas aromáticas usadas son hierbabuena, anís, manzanilla, salvia, ruda, eucalipto, ajeno, altomisa, sasabe. En varios casos también manifiestan usar únicamente agua hervida sin azúcar.

Las madres dicen que les dan de tomar estas infusiones fundamentalmente como un remedio estomacal, sea esta como una medicina preventiva para evitar cólicos, -"para que no le refuerza su barriguita"-, para ayudar a eliminar gases ("para que bote más fácil su chanchito") o como curativo cuando "le duele su barriguita". Casos de estreñimiento percibidos por la madre son también tratados con "aguitas". "Aguita hervida sola también sabemos dar para que le funcione su estómago si, así de chiquito de 2-3 mesecitos".

Otras referencias medicinales del uso de infusiones son para enfermedades respiratorias y fiebre. "mate de salvia caliente es para que no estén resfrados", "eucalipto más que todo damos para la tos", "la manzanilla es para el dolor de barriga y para la fiebre".

El llanto e intranquilidad del bebé es otro motivo para que les den de tomar "matecitos". La percepción de que el niño tiene sed es también razón para que las madres le den a ingerir "agua hervida sola". Estas dos razones son menos mencionadas que las anteriores e inclusive en el caso de la sed algunas dijeron que el bebé tiene sed recién a partir de los seis meses.

Es necesario resaltar que la utilización de las aguitas e infusiones es algo promovido por el personal de salud, tanto de los establecimientos de salud del MINSA como de las de las mismas multicomunales, e inclusive por el personal de FIS CARE. En conversaciones y entrevistas con este personal han manifestado que "los matecitos si les decimos que le pueden dar".

Uso de otras leches

En general el uso de otras leches es bastante bajo para los bebés y niños de toda edad, son muy pocas las señoras que mencionan que les dan otras leches a sus hijos, aun a los mayores de seis meses

Solo en una comunidad de la zona media nos han referido que le dan leche de vaca a sus hijos pero esta es una comunidad donde la mayoría de familias poseen dicho animal mas aun refieren que si no cuentan con leche de vaca entonces compran leche gloria, leche anchor o, tambien, consiguen de donacion

El sustituto a otras leches que utilizan es una preparacion tipo avena "A veces nos hacemos quaker de quinua en el desayuno y eso le damos al bebe" Pero esta tambien es utilizada mayormente despues de los seis meses del bebe

Uso del biberon

Al parecer el biberon aun no ha logrado penetrar en las diferentes zonas que hemos visitado Las menciones al uso del biberon son realmente muy pocas

La forma como suministran los "matecitos" a los bebés es con cucharitas o con tazas, son muy pocas madres que dicen que les dan con biberon Cuando indagamos el porque no utilizan biberon dijeron que teniendo leche en sus senos para que van a usar biberon

El relativo uso del biberon que existe es fundamentalmente en las zonas perifericas al lago y es mayormente usado para el destete y con posterioridad a este

Destete

La suspension definitiva de la lactancia o periodo de destete, esta en un rango que va desde los siete meses hasta tres años y medio En la zona baja la mayoría de madres refiere un destete a una edad entre un año y un año y medio, en un menor numero destetan a los dos años o dos años y medio Pero es en estos lugares donde refieren los destetes mas precoces de siete u ocho meses

En las zonas media y alta es mas bien poco el numero de madres que destetan antes de los 18 meses la mayoría lo hace entre los dos y dos y medio años, en un numero menor tambien prolongan mas alla de esa edad el destete

La primera y mas mencionada razon para el destete es que la madre ya esta gestando de nuevo Dicen que son los propios lactantes los que rechazan seguir tomando pecho

"Cuando ya están gestando ya no le dan Los niñitos mismos ya tienen asco, ya no quieren ya"

Son tambien los mismos niños los que le hacen notar a la madre que esta nuevamente embarazada cuentan que sus niños ponen su oido al suelo para escuchar que viene su otro hermanito Dicen que la ausencia de la menstruación

despues del parto no constituye un indicador de gravidez, pues hay casos en que hasta "mas de un año y no les baja la regla", solo en algunos casos despues de dos meses de dar a luz ya les esta viniendo nuevamente la regla

Referiamos lineas atras que, para las madres que dan de lactar, el nuevo embarazo convierte a la leche en "poq'e", y este calostro si es dañino para el lactante Si es que lo ingiere el niño "enflaquece" Para las madres esta es la razon fundamental de porque no continuan lactando cuando ya estan embarazadas Sin embargo, es importante destacar que los padres de familia señalan que no es bueno para la salud de la madre que, estando embarazada, continúe dando de lactar

Otro de los motivos mencionados para el destete es porque la madre se siente lastimada "cuando estan grandecitos, jalan mas, hacen doler el picho, la espalda tambien hace doler"

Tambien refieren que le suspenden la lactancia cuando son mayorcitos para evitar la malcriadez de sus hijos Dicen que si siguen lactando ya no obedecen a su mama, le gritañ y le tratan mal

"Cuando estan grandecitos si estan tetando son malcriados, ya le pegan a la mama"

"Aca de siempre se ha tetado hasta dos años Mas, no se les da porque saben ser malcriaditos, no se hacen caso, se discuten con sus mamas "

Una referencia muy pequeña para el destete es tambien la preocupacion de la madre porque el niño aprenda a comer y coma de todo Pocas madres refieren que, mientras el niño siga lactando, se retrasan en ingerir otros alimentos

Otra razon a tomarse en cuenta sobre el destete precoz es que no hay clandad en los mensajes sobre la exclusividad de la lactancia materna Varias señoras han mencionado que "la enfermera dice que se debe dar pecho solo hasta los seis meses" En varios casos las señoras indican que han desoido dicha recomendacion pero en otros casos la han aceptado

2 ALIMENTACION COMPLEMENTARIA

Edad de inicio

La introducción de otros alimentos es más precoz en la zona baja que en la zona alta. En la zona baja el inicio de la alimentación complementaria está en un rango de tres a seis meses, mientras que en la zona alta, entre los seis y siete meses empiezan a darle otras comidas. Excepcionalmente, algunos casos de la zona baja refieren introducciones tardías: "de un año recién ha comido, antes no sabe querer, con pecho nomás ha estado, cuando están con pecho no saben querer [comida]"

En la generalidad de los casos, en ambas zonas, la edad de inicio viene influenciada por terceras personas y por la experiencia previa, las señoras manifiestan "me decían que ya debo darle su comidita", "yo se dar a esa edad a mis hijos", "la enfermera me ha dicho". Las madres manifiestan que no son rígidas sobre la edad de inicio de otros alimentos.

"son variables las wawas - dicen -, unos son más tragoncitos que otros, depende también si la mamá tiene leche". "En la posta nos han dicho a los seis meses, pero a veces no le da ganas de comer, cuando le hacemos probar a veces les da asco".

Otra razón importante para empezar a darle comida a los niños es que la madre percibe que su leche ya no es suficiente: "ya no se contentan solo con pecho". También mencionan las madres que satisfacen requerimientos del niño, dicen que "cuando ven platos, ollas gritan se dan cuenta que estamos alistando comida, se alegran levantan sus manitos", todo esto para ellas son indicadores que el niño desea comer. Un solo caso también una señora manifestó que le empieza a dar de comer cuando el bebe puede sentarse.

Comida de inicio

La casi totalidad de las madres afirman que la primera comida que le dan a sus hijos es "sopita" "caldito". Las señoras preparan para toda la familia caldo de patasca, de quinua de cebada, morón cordero, fideos, verduras, etc, pero "solo el caldito lo damos a la wawa", "solo hacemos tomar el caldito". "primero solo hacemos probar caldito" el caldito es la parte líquida de la sopa. En la zona baja, algunas madres inician esta alimentación con frutas o "juguitos" particularmente las que inician a los tres o cuatro meses.

Igualmente las madres consideran que el caldo es un buen alimento para sus hijos. En la hipotética situación de separar los sólidos y la parte líquida de la sopa, -mediante un colador-, las señoras señalaron que para un bebe de seis meses de edad sería preferible darle la parte líquida. Afirman con gran certidumbre que en el "caldito" ya están todas las "sustancias" de los alimentos que han hervido.

"De esa sopita colada el juguito sería mejor alimento, porque ya está hervido pues todo ahí!"

La preferencia por el caldo como alimento de inicio no solo está en su potencial alimenticio atribuido sino también en su consistencia líquida. La mayoría de madres

espontaneamente responden que la primera comida del bebe debe ser liquida, porque sino puede atorarse, no va a poder comer porque todavia no tiene dientes para masticar

"La comida no es espeso no sabemos preparar especito, no hay tiempo para preparar De seis, siete meses no podria comer espeso, se puede atorar pues, no ve que no puede masticar bien"

"Lo mejor es darle el caldito, que va a querer la parte espesa, acaso tienen muelas, se atora"

Algunas madres afirman que les dan la comida de mayor consistencia, y la mayoría - en las diferentes zonas- acepta como posibilidad que la comida del bebe, a partir de los seis meses, pueda ser espesa Pero, enfatizan que tiene que estar bien "ñutito" "Ñuto" es un termino aymara que designa a un objeto solido que ha sido molido, desmenuzado, deshecho en particulas muy pequeñas La principal preocupacion para las madres sobre la consistencia espesa de la comida de los bebes, es que estos puedan deglutirlos bien sin que se atoren En solo un caso una madre manifesto preocupacion por el estomago del niño, que aun no estaba en capacidad de recibir alimentos espesos sino solo liquidos, pero al parecer no es una preocupacion generalizada

" papa bien apachurradito come", " a veces damos quinua con cal, se hace ñuto y lo damos eso, asi es desde el comienzo", "papitas ñutito de siete, ocho meses comen, a los seis meses calditos, sopitas"

"caldito con quinua, con verdurita bien deshechito se le puede dar" "Si esta bien ñutito tal vez comeria no se El arroz -como para segundo- ya comen de grandecitos de ocho diez meses ya grandecitos de mas chiquito, ñutito si comeria, poco a poquito"

Aceptan la posibilidad de darle la comida en una mayor consistencia, pero una de nuestras informantes clave duda que lo puedan poner en practica

"Las señoras no le muelen, asi como esta nomas le dan, no hay tiempo para moler, dicen"

"Nunca preparan nada aparte para el niño, con la chacra, el ganado que tiempo van a tener No, no preparan nada para él"

Algunas señoras tambien indicaron que la comida de inicio de sus bebes son "mazamorrillas" de quinua de cebada cañihua Estas mazamorrillas son tambien de muy baja consistencia, bastante liquidas

"Mazamorrilla damos, a veces eso le gusta, fácil nomás comen mazamorrilla de quinua de grano de cebada cañapito, cañahua Como es sueltito!"

En varios de los casos que han iniciado mas temprano, a los tres o cuatro meses, los alimentos que les han dado son frutas

"Le dan frutas moliditas manzana, platano papaya, uvas para que tengan fuerza y sean mas inteligentes" (Esta expresion alude al slogan que CARE promueve en los wawautas como significado de FIS " para tener niños fuertes, inteligentes y sanos")

Para un buen numero de madres el caldo de quinua es la comida adecuada para que el bebe aprenda a comer que es designado con el termino de "agarrar" "con el caldo de quinua se hace agarrar, despues cualquier caldo comen, se da mezcladito, despues se da papita aplastadita con su caldito"

Cantidad y frecuencia

Las madres refieren que al comienzo los bebes comen muy pequeñas cantidades "dos tres cucharitas una o dos veces al dia" Las expresiones de "poco a poco" o "poco a poquito" han sido reiterativas en las diversas reuniones, cuando explorabamos el proceso de introduccion de otros alimentos

El periodo de calditos y/o mazamorras al parecer puede extenderse uno o dos meses, luego del cual recien le empiezan a dar otros alimentos solidos, principalmente papa sancochada, pero tambien quinua, cañihua, verduras "bien deshechitos"

En la generalidad de los casos, una vez que el niño "ya agarro" las comiditas, las madres dicen que "quiere comer a cada rato", "cada rato esta queriendo que le demos", "comen a cada rato como la gallina" En la percepcion de las señoras "cada rato" implican rangos de tiempo, que va desde una situacion en que el niño constantemente esta comiendo hasta lapsos no mayores de dos horas en que ya quiere comer de nuevo Para este "comer a cada rato", refieren que le dan papa sancochada, oca sancochada -cuando hay- "tostado" (de cebada, quinua o habas), o le dan nuevamente sopa o mazamorra Otras dicen que le dan "quaker" o "matecitos" En todos los casos reflejan que cuando el niño aprendio a comer demanda mayor cantidad de alimentos

En este periodo los niños continuan lactando

Por lo que manifiestan, puede apreciarse los criterios de gradualidad que manejan las madres Por un lado tratan de pasar lentamente de alimentos liquidos a sólidos, y por otro incrementar "poco a poquito" cantidad de la ración

"No puede comer espeso de wawita su estómago no esta acostumbrado [por eso] primero le dan sopita despues de un mes asi, le dan papita ñutito, despues quinua bien deshechito asi poco a poco la papita ñutito se prepara con caldito"

En todo este proceso han sido frecuentes las menciones al desarrollo biologico y psicomotriz del niño, como las circunstancias determinantes para los cambios en su alimentacion mas que su edad cronologica Es decir, un buen numero de madres se fijan no en la edad del niño, sino en su desarrollo fisico y psicologico como indicador de cambios alimenticios Han refendo por ejemplo, "cuando se sientan ya comen", "cuando tienen dos dienteitos solo toman caldo", "cuando ya agarran solitos, ya comen de todo" "cuando salen sus muelitas, ya comen chuño", "higado sí, comen desde un año cuando ya tienen dientes, de antes, de ocho meses no puede mascar" 'cuando ya hablan ya comen de todo, porque ya piden" etc

Estos eventos ocurren en diferentes edades, y las señoras lo saben "no son iguales todos los niños", sentencian

Atributos de los alimentos

No todos los alimentos son percibidos con el mismo potencial alimenticio, algunos son considerados mejores que otros, y hay un grupo de alimentos que son considerados dañinos para los niños

Una primera clasificación que se percibe es que diferencian los alimentos propios y los "alimentos del misti" Dentro de los alimentos son mencionados los alimentos dañinos

Los alimentos del misti vienen a ser los alimentos foraneos y que no son producidos en el altiplano, pero son principalmente el arroz y el fideo En la percepción de las señoras -y señores- el arroz y el fideo no alimentan, la gente que come solo eso, son débiles, no tienen fuerza, "no pueden trabajar la chacra, de un empujoncito se caen" Sin embargo estos son consumidos en las comunidades, en una proporción menor a los alimentos locales, pero siempre están presentes El arroz es uno de los alimentos que llega a través de la donación de alimentos de PRONAA, pero también son adquiridos en las ferias, conjuntamente con el fideo y otros productos La cualidad o ventaja que reconocen las madres en el arroz y el fideo es su facilidad de cocción "rápido se cocina", que es un beneficio importante, considerando que el combustible es escaso el principal combustible que utilizan es la "bosta" (excrementos de animales mayores)

"Mayormente se están acostumbrando a comer arroz, fideos, que no es buen alimento deben usar quinua, cebada, habas, o también de los viveros familiares "

Entre los alimentos locales el más apreciado es la quinua, compitiendo en algunas zonas con la cañihua La quinua tiene mayor prestigio en el área circunlacustre, que es su zona de producción mientras que en la zona media la mejor prestigiada es la cañihua, que también es su zona ecológica En las partes altas ambos son igualmente apreciados

La quinua es considerada como la de mayor capacidad alimenticia, brinda energía para el trabajo, y es también apreciada para el desarrollo intelectual En la alimentación del niño es considerado de un alto valor inicia y forma el organismo del niño para que pueda comer cualquier otro alimento, evitan la desnutrición y le permiten un desarrollo normal La quinua también presenta una ventaja frente a la cañihua es más versátil, se pueden preparar mayor número de platos

El término vitamina es un atributo de muy alimenticio

"Quinua tiene más vitaminas La quinua molida es mejor alimento [para bebés de seis meses]"

'[Mejor alimento?] quinua cañihua, papa, cebada, habas, leche, papalisa (olluco), La quinua mejor que papa y cebada La quinua mejor que la cañihua La papa mejor que la cebada habas mejor que papa El arroz no alimenta La quinua es un buen alimento"

"Cuando comemos quinua, cañihua, no se desnutren los niños"

"La quinua es el mejor alimento desde un año. Con esto siempre hacen agarrar sus hijitos"

"El mejor alimento es la quinua, la cebada, la cañihua, hacen moler y tuestan, echan hervido con canela en te, le preparan como jugo o quaker de cebada [es mejor alimento] porque da más fuerzas al niño, lo desarrolla bien, para que no sea débil. Débil es cuando solo le dan arroz, fideo, eso le dan algunas señoras, eso no es alimento"

La cañihua sirve fundamentalmente para preparar platos dulces, es por ello su menor versatilidad. Sin embargo, como ha podido verse en los testimonios anteriores, la cañihua es apreciada por las propiedades atribuidas a la quinua y, por otras cualidades como mitigar el hambre y fortalecer los huesos. Una desventaja de la cañihua para las madres, es que luego de ser cosechada en grano, requiere todavía un proceso laborioso y lento de elaboración como producto de consumo final.

"Cañihua molido sí comen los bebés de seis meses, haciendo remojar en su matecito se le puede dar"

"El mejor alimento para los niños es el cañapito, la quinua, la cañihua es mejor, le da memoria. Su huesito le crece y no se rompe rápido. Mazamorra de quinua también le da memoria"

"Para tener fuerza es bueno la cañihua, la quinua, el chuño. Hay que tener fuerza para trabajar en la chacra"

"Aca la cañihua es el mejor alimento, comes en el desayuno (a las 5 a.m.) y no te agarra hambre hasta las doce. Para viajar también llevamos cañihua, con eso se aguanta bien el viaje. Para preparar la cañihua cuando se cosecha se hace secar, pero no tanto solo un poco húmedo debe estar, luego se tuesta, así es como se prepara el pitu, es instantáneo después"

El chuño es uno de los alimentos muy consumidos en las diferentes comunidades, esta presente en la dieta cotidiana de las familias, "chuño más comemos aca", dicen. Pero no es consumido por los niños pequeños. A los bebés no les dan el chuño porque es muy duro, es seco y "no se le puede hacer ñuto". Los niños, a partir de los dos o tres años recién empiezan a comer chuño. Para los mayores el chuño es apreciado porque "da fuerza para trabajar la chacra". Sin embargo, el chuño no está considerado como un buen alimento, e inclusive en un caso nos dijeron:

"El chuño en helada ya está seco, un poco de vitamina nomás tendrá pue, de la helada ya perderá pue!"

Productos de origen animal como carne, leche, huevos son poco mencionados. Entre estos la leche es la mejor considerada. En algunos testimonios anteriores se veía que la leche es mencionada como uno de los "buenos alimentos". El reconocimiento a la leche de vaca al parecer viene por recomendaciones del personal de salud, no es una percepción propia, las señoras que lo expresaron lo hacían aludiendo al personal de salud.

En una de las reuniones hubo una pequeña confrontación sobre cuál era mejor alimento la leche o la quinua, no eran pocas las señoras que sostenían que era la leche aunque la mayoría se inclinaba hacia la quinua. Una señora tratando de concordar indicó que

"La quinua es para la memoria, tiene más vitaminas, la leche es para que estén gorditos. Es mejor que tengan memoria, pero también que estén gorditos."

El huevo en la mayoría de menciones es considerado un buen alimento para los niños, también, al parecer, por recomendaciones del personal de salud se estaría dando a los niños

En la posta nos dice que demos huevo "puthi" (duro) nomás, algunos dicen que no se da la yema

"Del huevo la parte blanquita nomás le damos, el amarillo malogra dicen, pero el blanquito igual nomás será pue que no le hace hablar"

Sin embargo, como puede verse en las citas, para algunas personas, puede ser dañino

Alimentos dañinos para el niño

Un temor presente en todos los lugares que hemos visitado es que el niño tenga problemas de lenguaje, problemas que podrían ser ocasionados si es que le dan de comer una variedad de alimentos: queso, poq'e de la vaca, cal, wilapani (sangrecita), huevo higos "mauri" (pescado de río) higos. Los problemas que tendrían van desde el retraso en la capacidad de hablar, mala pronunciación, hasta la pérdida total del habla. En algunos casos también nos han mencionado que habría que hacer en caso ocurra el problema. Lo que sigue son algunos testimonios que reflejan estas preocupaciones de las madres

"[Son malos alimentos] la cal, la sangre de vaca, [porque] los deja mudos, los deja gagos, con la rucua nueva se les hace dar vueltas [en su boca] para que hablen. Cuando se les da sangre de oveja, de llama, de vaca no hablan bien, eso se les da cuando ya hablan a dos, tres años, a algunos de cuatro años, otros de un año se hablan bien. Queso no se les da por el cuajo. Cuidamos, no hay que dar de comer eso. Huevo de tres años se da antes no porque lo hace volver mudo. Mudo hace quedar el higo mauri queso, brevas. Sangre nunca comemos, cuando carneamos botamos [la sangre]. El queso que está temblando no se da porque es de poq'e no hablan tartamudean ya no pronuncian bien [las palabras], algunos se quedan mudos. El poq'e de la madre no hace daño, el de la vaca sí, pueden comer cuando ya saben hablar bien, de tres años."

Una preocupación menor que la anterior, es la caries dental. Un buen número de madres señaló que no es bueno que los niños coman frutas porque "pican el diente", dato confirmado por informantes clave

"fruta tampoco se da, plátano le pica el diente"

" de frutas le gusta la papaya, manzana, uvas Naranja no, en su diente le hace mal, igual el platano en su diente tambien le hace mal, le pica Mandarina, manzana compramos para las wawas por dos tres soles, para las wawas pues, porque tienen hambre cuando vamos al mercado compramos"

"Las mamas dicen que sus dientecitos mucho se carean con la naranja, todo lo malogran El platano y la manzana no malogran

Otras preocupaciones de menor importancia para las madres es que los alimentos esten mal cocinados y les haga daño al estomago

El pescado tampoco fue mencionado entre los mejores alimentos En la zona circunlacustre, reconocen las señoras que el pescado es un alimento agradable para los niños, pero "ya grandecitos", de mas de tres años de edad Pero, su consumo no es muy generalizado, el costo es la principal limitante, aunque tambien indican que expresan temor a las espinas y escamas

"Si les gusta el pescado a los niños, pero es caro"

"Como vivimos cerca del lago podemos comprar pescado, carachi compramos, un bebe de seis meses solo puede comer su caldito del carachi, es que tiene escamas y huesos "

" el mio si come [pescado] cuando ve la olla vacia recien se contenta "

"Siempre hay pescado, plata es lo unico que falta, pejerrey cuesta el kilo a tres cincuenta carachi a cinco [unidades] por un sol"

El que sea apetecido por los niños es la unica cualidad mencionada, frente a otras percepciones negativas Algunas madres expresaron que el pescado no era recomendable para los bebes, porque "infecta las herdas" ademas que es peligroso que coman porque "tiene escamas y espinas, puede atorarlo"

"El pescado hace salir granitos, cuando estan enfermos, al toque hace salir granitos el pescado"

En el caso de los padres, las comidas grasosas son las que hacen daño al estomago del bebe "cosa grasoso, cebos no debe comer la wawa, le malogra el estómago"

Comen de todo

Indagamos a las señoras sobre la edad en la que el niño ya come de todo, y encontramos un rango bastante grande, que iba de los ocho meses a cuatro años Algunas madres pensando en los alimentos "que deja tartamudos", consideraban que "comen de todo" cuando el niño ya habla bien y no hay peligro para que coma ningun tipo de alimento Excluyendo a estos "alimentos peligrosos", el rango se acorta desde los ocho meses hasta un año ocho meses

Son varios los factores que confluyen para que un niño empiece a comer de todo el destete el deseo del mismo niño las recomendaciones de terceros, la dentición, la capacidad psicomotriz

"Cuando se despecha comen de todo, pero hay algunos que al año ocho meses siguen tetando Al año ya come de todo De tres años ya comen de todo Cuando tiene dientes come de todo De un año sera para que coman de todo, si recién a esa edad comen bien, ya agarran [cogen con la mano] Cuando esta completo todos sus dientes recién comen de todo"

"De un año ya comen de todo No el carastro de la vaca no le dan hasta 3 añitos, cuando ya habla bien De 2 años dos años y medio ya comen solos"

"De un año dos meses ya comen de todo, poco a poco Nosotros ya sabemos cuando todo pide, todo quiere, ya le damos y ya pide Manzana damos pelando y se ve como comen si ya sabe comer o no"

"Cuando tiene dientes come de todo tocto les gusta más, papa sancochado tambien comen, igual sopa de quinua con zapallito, zanahoria, apioto, repollo, de todo un poquinto ponemos al caldo

3 ALIMENTACION DEL PRE-ESCOLAR

"Comen a cada rato"

Por las expresiones de las madres, los niños -a partir de los dos o tres años de edad- muestran un gran apetito, aseguran que sus hijos "comen a cada rato, todo el día están comiendo". Como indicábamos líneas atrás "comer cada rato" es comer algo en un tiempo no mayor de dos horas, aproximadamente. Además, de las dos o tres comidas principales, permanentemente están comiendo adicionales.

En la zona baja las madres dicen que todos, -niños y mayores-, comen tres veces al día, en la mañana, al medio día y en la noche.

"Tres veces como nosotros come también el niño, a veces quiere más, cuando ya no teta quiere más, así más le damos sopita, lechecita, papita."

"De una hora, de una hora sabe comer a las ocho de la mañana su desayuno mazamorrta, a veces eso le gusta, fácil nomás comen mazamorrta de quinua, de grano de cebada, cañapito, cañahua también."

"al medio día el almuerzo, pero cuando tienen hambre pide, dame cocinado dice, pan también, fideo a veces, segundo a veces de quinua, a veces de arroz, toctito, papita aderezado. En la noche su comida, sopita de quinua, de arroz."

En las zonas altas, la mayoría también refiere que son tres las comidas principales, la diferencia que se aprecia es que la tercera comida es mucho más ligera que en la zona baja, además que su horario es más temprano, no es por la noche sino por la tarde.

"Desayuno almuerzo y comida comen. En la mañana come sopa, al medio día fiambre, y en la tarde sopa más lonche. Lonche es mate de ruda con tostado."

"Fiambre", refrigerios y adicionales

En el altiplano existe la costumbre de preparar un tipo de comida al que denominan "fiambre" este es un rancho frío consistente en chuño, papa, oca y/o mote sancochados, también tostado quispiña, y, en algunos casos -"cuando hay"-, charki, por lo general la preparación de este es solo soasado o sancochado. Este fiambre es el alimento que se prepara para los viajes, es, también, el alimento cotidiano de los pastores y por lo que dicen las madres es el alimento de entrecomidas que permanentemente tienen en casa para sus menores hijos, más aun, en algunos de los pocos casos en que los niños llevan un refrigerio al wawauta, éste viene a ser el mencionado fiambre.

"De tres años come tres veces al día mañana medio día y tarde. Comen arrocito, pero todo el día comen. Preparamos quinua o quispiña eso están comiendo. Ya acá en wawauta comen sus cereales, tostado de cebada, también comen papa, chuño, su fiambre pues!"

Realmente en muy pocos casos se ha encontrado que el niño lleve un refrigerio al wawauta aun en los wawautas que no cuentan con apoyo alimentario, pero en los pocos casos en que si llevan la promotora del wawauta dice

"Algunos niños traen frutita, galletita, otros quespiña, a veces oca, papa hervida, su fiambre, pue! En unos posillitos se traen, se envuelven para que este bien calentito, asi traen, pero solo algunos niños, algunos asi nomas mandan sin nada"

Las comunidades mas proximas a la carretera, en la zona baja, los adicionales que les dan entrecomiditas son de tipo mas urbano

" en mitad de la mañana le damos su papita, lechecita, le alistamos pues para el niño, en la tarde se le da manacito, pancito, frutita, manzanita"

Lo que mas gusta a los niños

A la mayoría de los niños, de las diferentes zonas, "todo les gusta", no hay ningun alimento que sea rechazado Sin embargo, hay algunos alimentos por los que tienen cierta preferencia "tocto", golosinas, pan y pescado El tocto es una especie de pan, preparan una masa con harina de trigo y luego la frien, este es uno de los alimentos que se prepara en el wawauta Entre las golosinas que apetecen los niños estan las gaseosas, caramelos, gelatinas y "mana" (tambien denominado "pasancalla" o "chichasara" que es maiz inflado cocido a presion) El pan y pescado es algo de agrado de los niños pero dicen "poco le damos" porque son alimentos que tienen que comprar

"De tres añitos mas le gusta cañihua, gelatina, manzana, gaseosa Gaseosa yo se estar dando para la sed Caramelos damos cuando mas fastidian nomas"

"El mana les gusta nomas, pero no comen tanto, como es seco"

Pero, todos los alimentos con que cuentan en la zona les gusta a los niños Las verduras comen en sopa, papa y chuño comen sancochado, arroz y fideos son tambien consumidos en sopa, gustan tambien de las frutas, quinua y cañihua se comen en varias formas

"Cuando tiene dientes come de todo tocto les gusta más, papa sancochado tambien comen, igual sopa de quinua con zapallito, zanahona, apio, repollo, de todo un poquito ponemos al caldo"

"de frutas le gusta la papaya, manzana, uvas"

"De tres años todo quieren, todo les gusta Tres veces al dia comen, cuando están en la casa a cada rato están sacando su papita para comer"

Segun las madres las preparaciones que son más preferidas por los niños son los caldos "A los niños lo que mas les gusta es el caldo"

En muy pocos casos nos han mencionado que no les gusta algunos alimentos la quinua y el chuño La quinua dicen que de bebes y hasta los dos años consumen muy bien y despues entre los tres a siete años, ya no quieren El chuño dicen que no les gusta porque es muy seco

"A tres años gusta comer mas mas les gusta el pan, sopa, papa el chuño no les gusta es seco"

Las madres afirman que, si el niño ya habla correctamente, no hay ningun alimento que le haga daño Debido a los alimentos el niño podria enfermarse solo si estos alimentos estuvieran malogrados o mal cocinados O tambien podrian enfermarse en una situacion mas improbable que coman en exceso

¿Quien come mas varones o mujeres?

Los varones comen mas que las mujeres, segun la mayoria de madres y padres de familia Para muchos eso es algo que esta en la naturaleza misma del hombre y la mujer, pues aprecian que desde recién nacidos "el hombrecito jala mas"

Para la mayoria la pregunta resulta sorpresiva, por lo obvio de la respuesta Sin embargo, interrogando sobre el porque, las respuestas revelan una serie de percepciones sobre el hombre y la mujer La primera suposicion que hacen es porque el hombre tiene mas fuerza, en esta la apreciacion es invertida comen mas porque tienen mas fuerza, no es que tienen mas fuerza porque comen mas Otra de las atribuciones presume que los varones tienen el estomago mas grande Una opinion singular supone que los hombres tienen menos cantidad de sangre que las mujeres y por ello necesitan comer mas

"Los hombrecitos comen mas Para mamar, el hombre jala mas fuerte el pecho, la mujercita despacio nomas Los hombres comen mas seguro porque tienen mas fuerza"

"Los hombrecitos son mas tragones, es que tienen mas fuerza, siempre tienen mas fuerza que nosotros"

"El hombre come mas porque su barriga debe tener mas grande que de la mujer"

"El hombre come harto y las mujeres poquito, el hombre mama mas No se porque comeran harto, será que el hombre no tiene sangre, la mujercita si"

"Los hombrecitos comen mas que las mujercitas, los hombres son tragones, desde chiquitos hasta mayores comen más Les servimos más a los hombres un plato lleno, a las mujercitas medio plato El hombre desde chiquitito come bastante, la mujer poco el hombrecito lo quita"

"Los hombrecitos comen mas mas harto comen, dos platos de lo que comen las mujercitas "mas quiero mama poquito me has dado", cuando hablan así se reclaman, cuando vamos al mercado "ese me compras", manzana, gaseosa Si son golosos los niños chicle, caramelo sapito [chocolate], galleta, maná, cachito cuando voy a llave se alza nomás El hombrecito es más goloso, la mujercita es más obediente casi ni pide nada, el varoncito pide nomás "

Es curioso como, conjuntamente con las opiniones sobre menor alimentacion de la mujer, aparece también elementos conductuales de obediencia y pasividad

Empero a pesar de la certeza con que muchos lo plantean, hay algunas voces discordantes y hasta críticas

"Los míos igualito comen, hombrecitos y mujercitas"

"Dicen que los varoncitos comen más desde chiquititos, pero hay algunas mujercitas que comen más que los varones así es cuando desde chiquita lo crían bien, así esta bien desarrollada, su estomaguito está un poquito más crecido, porque de wawas maman igual, los mañositos, hombre o mujer, son los que jaían más"

La comida de los wawautas

De los veinte wawautas que hemos visitado, quince preparan alimentos para los niños, solo cinco de ellos no preparan alimentos¹ La mayoría de ellos preparan una sola comida para el almuerzo solo en un wawauta -que cuenta con un comedor infantil- preparan desayuno y almuerzo En la generalidad de los casos preparan sopa y toctos

En todos los wawautas las madres y padres de familia aportan tres cosas alimentos, combustible y trabajo La preparación de los alimentos lo realizan las madres de familia en forma rotativa y según turnos A quienes les toca el turno de cocinar deben encargarse también de llevar el combustible para la cocina, en la parte baja consiste en una mezcla de leña de arbustos y excrementos de animales mayores, en la zona alta el único combustible es el excremento de los animales

Los alimentos de los wawautas provienen de dos fuentes aportes propios y donación Todos los wawautas que dan alimentos a sus niños cuentan con el aporte de los padres de familia, pero no todos cuentan con alimentos donados Los alimentos que aportan los padres son papa, chuño, habas, cebada, oca, papalisa (olluco), quinua, cañihua verduras (zanahoria, repollo, tomate, zapallo, etc) y en algunas ocasiones pescado o charki (carne deshidratada) Las cantidades son variables e imposible de cuantificar

Los alimentos donados llegaban a través de Cantas o PRONAA En toda las comunidades cercanas al lago dicen que ya les han cortado la ayuda alimentaria, en algunos casos han recibido solo hasta julio de 1996, pero, debido al racionamiento que han realizado, los alimentos les ha durado hasta diciembre Manifiestan que se les ha suspendido la ayuda alimentaria para reorientarse hacia zonas de mayor necesidad Cuentan que fueron visitados por un supervisor de una agencia financiera, quien observando la presencia de algunas casas de material noble juzgó que no necesitaban apoyo Sin embargo, afirman que muchas de esas casas son engañosas pues quienes lo habitan no poseen más comodidades que los que tienen casa de adobe con techo de paja, estas casas -dicen- fueron construidas con el apoyo de familiares que radican en Lima

¹ Estas cifras son exactamente contrarias a la que nos indicaron en la reunión de coordinación, que de los veinte wawautas que íbamos a visitar solo cinco contaban con alimentos y quince no tenían

Los alimentos que provee Caritas son trigo, SCB, harina de trigo, lentejas y aceite. Los alimentos de PRONAA son variables, por lo general productos de la región: quinua, habas, chuño, etc. como también semola, arroz y lenteja, en algunas ocasiones conserva de pescado.

La obtención de apoyo alimentario no depende nada de FIS-CARE. El apoyo alimentario es buscado por la multicomunal, por la comunidad o por el club de madres, cada cual son instancias diferentes, pero cada uno con personería jurídica propia.

En los quince casos que cuentan con alimentos, los niños comen en el wawauta la sopa que han preparado. La consistencia de esta sopa es casi líquida, las raciones son plato hondo de tamaño mediano, aproximadamente de 250 centímetros cúbicos. En estos quince wawautas también se preparan los toctos, que son del tamaño de un pan, aproximadamente 100 gramos, a cada niño se le entrega una cantidad que varía de dos a cuatro, estos toctos no son consumidos por los niños en el wawauta, cada cual guarda los toctos para llevar a su casa. Según algunos comentarios, en la casa se reparte los toctos a los otros hermanitos de mayor edad o son para el papa.

En las comunidades circunlacustres, las señoras refieren que sus hijos luego de haber comido en el wawauta, llegan a su casa y reclaman su almuerzo y que ellas les sirven lo que han preparado en casa. En las zonas altoandinas señalan que solo le dan matecitos después del wawauta. En las comunidades de la zona media ocurre una situación intermedia, algunas madres dicen que sus hijos vuelven a almorzar en su casa y otras afirman que ya no lo hacen, y hay quienes dicen que sí comen en su casa pero en poca cantidad.

Ante la inminente situación de no contar con alimentos para el wawauta, en una comunidad algunas señoras expresaron que los niños dejarían de asistir al wawauta, otras replicaron indicando que es bueno que los niños asistan al wawauta porque "aprenden", además que podrían aportar alimentos y seguir cocinando. Esto último son expresiones de buena voluntad, pero al parecer difíciles de cumplir. Todos los promotores de los wawautas reconocen que cuando hay apoyo alimentario asisten un buen número de niños, cuando carecen de alimentos la asistencia decae en más de 50%.

4 ESTACIONALIDAD Y DISPONIBILIDAD ALIMENTARIA

La disponibilidad de alimentos agropecuarios

En la zona altiplanica que hemos visitado se distinguen por lo menos tres zonas ecologicas diferentes la zona circunlacustre, la zona altoandina y una zona intermedia entre ambas. Las zonas baja y media son aptas para el cultivo. La zona alta es fundamentalmente zona de pastoreo.

En la zona baja los principales cultivos son papa, quinua, cebada, habas. La papa es el cultivo guia. Se cultiva papa amarga y papa dulce. La papa amarga tiene un ciclo de seis meses y de ahí se hace el chuño blanco y negro. La papa dulce varia de tres a seis meses, es mas para consumo directo.

Siembran tambien tuberculos menores oca, mashua, olluco. Estos son cultivos que se asocian con habas o cebada, son plantas debiles al ataque de plagas. Son, por lo general, cultivos familiares. Se siembran en setiembre y se cosechan en abril.

Otros de los recursos disponibles en la zona baja es el pescado. Existen dos especies nativas el "ispi" y el "carachi" que segun afirman han sufrido una drastica disminucion ante la presencia del pejerrey y la trucha. El ispi es un pescadito que no sobrepasa los diez centimetros de tamaño y del grosor de un dedo, el carachi llegara a un maximo de quince centimetros, pero es mucho mas grueso. El pejerrey dice que es una de las especies foraneas que se ha adaptado bien al lago, pero que resulta demasiado voraz al extremo de estar afectando la poblacion no solo de las especies nativas sino tambien de la trucha.

En algunos lugares cercanos al lago tienen invernaderos y cultivan verduras, pero la mayoria compran en las ferias. Verduras llegan de Arequipa zanahoria, repollo, zapallo, cebolla, tomate etc.

En la zona media la produccion agricola es basicamente de papa amarga y cañihua, ambos productos son resistentes a las bajas temperaturas. En las partes mas abrigadas, las laderas de los cerros, siembran habas o cebada, pero es incierta su produccion. La zona media es el ambiente mas adecuado para la elaboracion del chuño.

En la zona media tambien hay pescado, aunque en mucho menor cantidad que en la zona baja. En algunas comunidades se estan desarrollando granjas piscicolas para la crianza de truchas. En los rios existe una especie nativa de pescado denominado "maun" o "suche", este es el pescado que consideran dañino para los niños, les afecta el lenguaje.

En la zona alta la unica planta que crece es el ichu (festuca), es zona dedicada a la ganaderia. Los animales que se crían en mayor numero son los camélidos andinos llama y alpaca en segundo lugar ovinos y en tercer lugar vacunos. En la zona alta el alimento que menos escasea es la carne de alpaca. Consumen tambien la carne de llama. Cuando "carnean" (benefician) un animal, la mayor parte lo hacen "charki" que es la mejor forma de conservar y almacenar que tienen. Bajo esta forma pueden guardar hasta por más de un año.

En una de las comunidades de altura -Callacami Keccata-, aparte de los animales que crían, existe otra fuente de proteína que también es utilizada, se trata de un pequeño animalito silvestre denominado "tococcoro". Es un roedor del tamaño de un cuy que se alimenta de plantas. Los pobladores dicen que su carne es más exquisita que la del cuy. Para ocasiones especiales, como las fiestas de la comunidad, cazan y preparan estos tococcoros.

En el altiplano es característico una alta inestabilidad climática: sequías, inundaciones, tempestades granizadas, heladas, vientos huracanados, veranillos, alta radiación solar, etc. La agricultura en el altiplano depende de la precipitación pluvial, y esta muestra una alta variabilidad en la forma, cantidad e intensidad con la que cae.

Dejando de lado la sequía, que viene asociada con otras inclemencias y afecta vastos territorios, la principal adversidad climática que afecta al altiplano son las heladas y en segunda instancia el granizo. Según expresan los campesinos, contra la helada no tienen ninguna forma de protección, pues cuando cae, afecta a todas las partes de una zona. El granizo, dicen que es más controlable, su aparición es más localizada, puede afectar una parte pero no toda una zona. Afirman, también, que "pueden espantar al granizo" con acciones prácticas ritualizadas, como "reventar cuetes" e invocar a las deidades con oraciones y cánticos. El granizo, además, no siempre es perjudicial, consideran que antes de sembrar la chacra es mejor el granizo que la lluvia, pues el granizo humedece mejor la tierra. El granizo es perjudicial cuando las plantas se encuentran a medio crecer.

Por todo ello en el altiplano la producción agrícola es de alta incertidumbre. Los campesinos han desarrollado una serie de prácticas de "seguridad contra el riesgo", como es la de sembrar todos los productos en pequeñas parcelas en las diferentes partes de una zona: en la pampa, al pie de los cerros, en las laderas, sobre los cerros, además que en todas las parcelas los surcos tienen diferentes direcciones. De esta manera aseguran que en por lo menos uno de los lugares haya producción.

La estacionalidad alimentaria

El ciclo agrícola general para todo el altiplano es que las siembras empiezan en setiembre y terminan en diciembre, la siembra grande se realiza entre octubre y noviembre. La cosecha se realiza de febrero a junio. En abril y mayo son las cosechas grandes.

En los meses de febrero y marzo empiezan a cosechar los primeros productos, aquellos que han tenido una siembra temprana, -papa y habas-. Los meses de abril y mayo son los de mayor disponibilidad de alimentos. En los meses de junio y julio recogen los granos de la cebada, quinua y cañihua que ya han cosechado en abril-mayo, pero que lo han dejado en parva, aun con espiga.

En mayo se cosechan papas, las papas más grandes se guardan para noviembre, las medianas para semilla y las menudas se consumen y se hace chuño.

El mes de junio es la temporada de preparación del chuno y tunta. El proceso de deshidratación de la papa implica una reducción de su volumen de cinco a uno. Elaborado el chuño este puede almacenarse por mucho tiempo, los campesinos dicen que se puede guardar hasta por diez años y no se malogra.



En varios lugares de las zonas media y baja, matan el ganado en el mes de junio. A partir de ahí que disponen de carne. El mes de junio es cuando realizan la marca del ganado, celebran el ritual de la "challa" del ganado, invocando su protección y fertilidad.

El ganado para los campesinos es una especie de capital de ahorro. Con él han desarrollado una racionalidad económica para el manejo de su escasa economía monetaria. Cuando el campesino tiene una necesidad apremiante de dinero, y en un monto elevado (estamos hablando de 20, 30 soles) entonces lleva algún animal a vender a alguna de las ferias de la zona. Vende el animal e inmediatamente compra otro similar pero más pequeño, de menor edad, obviamente este animal cuesta menos que el que vendió. De esta manera va a mantener su capital representado en el nuevo animal y tiene disponibilidad de dinero para comprar arroz, fideos, aceite, azúcar, medicinas, material de estudio para sus hijos, ropa u otras necesidades.

La leche de vaca es también estacional, cuando hay verdor en el campo, de enero a junio. Pejerrey y carachi hay todo el año, y señalan que en las noches de luna llena la pesca es mejor.

Manteca también obtienen y generalmente en julio. Tienen la costumbre de matar sus cerdos para Fiestas Patrias, de ahí guardan la manteca para su consumo todo el año.

En las zonas altas todo el año disponen de carne de alpaca, es lo que más hay. Los habitantes de las zonas altas migran hacia las comunidades del lago a trabajar en la época de cosecha. Obtienen también los productos de la zona baja mediante la compra. La modalidad de trueque es cada vez menos realizada, afirman que "pierden" bajo esta modalidad.

En un año normal puede distinguirse tres épocas en las que hay variación de la disponibilidad alimentaria. De febrero a julio es la época de mayor disponibilidad de alimentos. Los meses de agosto, setiembre y octubre se restringe el consumo, pues se empieza a utilizar lo que se ha guardado de las cosechas. Los meses de noviembre, diciembre y enero son los meses más críticos en la disponibilidad de alimentos. Los alimentos que han tenido una menor producción se han agotado en el período anterior, quedando solo los que han producido mejor. En este período las dietas son más monótonas.

La mayoría de madres afirma que, si no ha habido un "año malo", la ración de comida que le dan a sus hijos durante todo el año, es la misma, no incrementan en la época de cosecha, ni reducen en la época de escasez.

"En todo tiempo comen igual porque lo medimos [racionamos], sino a medio año nomás ya no habría nada".

La variación al parecer no es en la cantidad sino en la calidad y en el tipo de productos.

IX REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 *Encuesta Nacional de Nutricion y Salud (ENNSA), 1984*
- 2 Lopez de Romaña G , Brown KH , Black RE , and Creed HK *Longitudinal studies of infectious diseases and physical growth of infants in Huascar, and underprivileged, peri-urban community in Lima Perú* Am J of Epidemiology Vol 129 No 4, 1989
- 3 Brown KH , Black RE , Lopez de Romaña G , and Creed HK *Infant feeding practices and their relationship with diarrheal and other diseases in Huascar (Lima) Peru* Pediatrics Vol 83 No 1, 1989
- 4 Brown KH , Stallings RY , Creed HK , López de Romaña G , and Black RE *Effects of common illnesses on infants energy intakes from breast milk and other foods during longitudinal community-based studies in Huascar (Lima) Peru* Am J Clin Nut 52 1005-13, 1990
- 5 De Meer K , Bergman R , Kusner JS , *Socio-cultural determinants of child mortality in southern Peru, including some methodological considerations* Social Science and Medicine 1993, 36 317-31
- 6 Webb R , Fernandez Baca G *Cuánto? Peru en Numeros, Peru-96* Fuente Consejo Nacional de Poblacion (CONAPO)
- 7 *I Censo de Talla Escolar 1993* Ministerio de Educacion, UNICEF, FONCODES, PMA
- 8 De Meer K , Bergman R , Kusner JS , *Subsistence agriculture and nutritional patterns of Amerindians children in Peruvian Andes, 1993*