

SEGUNDA PARTE

ÁREA NUTRICIONAL

GENERALIDADES

En la totalidad de Comunidades Nativas del Bajo Urubamba, pertenecientes a diferentes etnias, la base de la alimentación se compone de ingredientes como yuca, pescado, plátano, frutos de estación y masato (bebida elaborada a base de yuca), base alimenticia que últimamente viene siendo afectada por la escasez de pescado, dado el paso continuo de embarcaciones por los ríos cercanos a dichas comunidades y por la presión demográfica.

La fuente proteica se abastece con animales de monte, como es sajino, mono, majáz (roedor de monte), huangana (chanchito de monte), otras larvas o gusanos comestibles, caracoles de las quebradas y hongos comestibles.

La yuca y el plátano conforman siempre los elementos básicos en la mesa de cualquier comunidad nativa, a los cuales se añaden otros tubérculos presentes en la zona como son uncucha, dale dale y sachapapa.

En lo referente al consumo de otros alimentos y hábitos básicos de alimentación, es preciso partir de algunas precisiones importantes que resumimos en los siguientes puntos:

- El consumo de hortalizas es escaso, prácticamente no se cultiva en la zona y existe un notorio desconocimiento acerca de su preparación.
- Los cereales que mayormente se producen son el arroz (la mitad de la producción se destina al autoconsumo y la otra mitad es vendido a comerciantes), y el maíz, producto que cuando está tierno se consume como choclo y cuando está seco se deja germinar y se agrega molido para la preparación del masato o se consume tostado, así como también sirve de alimento para las gallinas.
- El refrigerio de los niños en edad escolar consiste generalmente en tomar algún alimento disponible en sus casas como masato, yuca o fruta.
- El consumo de menestras, como frejol o maní se da en forma esporádica, normalmente durante la etapa de cosecha.
- Las frutas son consumidas con mucha frecuencia durante su etapa de estación.
- Para abastecerse de otros alimentos, ya sea en forma de trueque o compra, lo realizan a través de los comerciantes o pequeñas tiendas locales.
- Es importante precisar que en las comunidades de la etnia Piro la alimentación es semejante, pero la disponibilidad de pescado es mayor que la anterior y la accesibilidad al comercio es más frecuente complementando su dieta con otros productos.
- Las comunidades en las que se encuentra mayor disponibilidad para diversificar la dieta son Sepahua y Maldonadillo, ya que en torno a ellas es donde encontramos más desarrollado el eje comercial.

En general comprobamos que la mayoría de las CC.NN. reciben ayuda del Estado a través de alimentos, contribuyendo de alguna manera a incrementar el aporte calórico, pero es importante precisar que, en la práctica, estas raciones distribuidas son consumidas por todos los miembros de la familia, diluyendo así el aporte de nutrientes contenido en dichos alimentos. Los programas existentes son el desayuno escolar, distribuido el año pasado por medio del Ministerio de Salud y que consiste en leche de soya con galletas enriquecidas; además, en algunas comunidades se reciben apoyos complementarios de alimentación proporcionados por el puesto de Misión, elevando algo el aporte nutricional.

En lo referente a las postas de salud también se proporciona alimentos para niños menores de 5 años dentro del programa de alimentación complementaria focalizado (pacfo), alimentos que en ocasiones no son muy bien tolerados por los niños.

Igualmente, otro programa alimentario de importancia es el programa del Vaso de Leche, distribuido por la municipalidad distrital respectiva y cuya cobertura comprende a familias con niños hasta los 8 años y personas mayores de 50 años.

El principal problema que presentan muchos de estos programas es que los alimentos proporcionados, al llegar a las familias no son distribuidos de forma exclusiva al grupo de riesgo para el que son destinados, sino que también son consumidos por el resto de integrantes de la familia, por lo cual no se cumple el objetivo propuesto. Igualmente, la mayor dificultad que deben enfrentar los mencionados programas reside en el transporte, sumamente dificultoso en la zona, de modo que las entregas no son puntuales o no alcanzan para el respectivo abastecimiento mensual.

En muy pocas CC NN existen comedores populares, únicamente podemos encontrar en poblaciones grandes, especialmente Sepahua, en los cuales se distribuyen raciones de alimentos gracias a apoyos brindados por PRONAA.

Por último mencionar un elemento que influye también de forma totalmente directa en la calidad de la alimentación y es el referido al saneamiento básico. El sistema de higiene básica carece de un buen acceso al agua, algunas comunidades cuentan con piletas de agua pero en la gran mayoría el abastecimiento de este producto fundamental se produce directamente del río o pequeños manantiales cercanos.

3.1. ANTROPOMETRÍA.

A. PARÁMETROS DE EVALUACIÓN

- **Selección de la muestra**

La toma de muestras para del diagnóstico durante la etapa de trabajo de campo se realizó al azar, de acuerdo a la asistencia de los niños comprendidos entre 3 a 5 años de los centros educativos iniciales, por cuanto este grupo de edad conforma el de más alto riesgo. Igualmente, de se tomó otra muestra de los niños asistente a sexto grado de primaria y cuyas edades oscilan entre los 10 a 14 años, a fin de poder estimar con mayor precisión el estado nutricional proyectado en la etapa de adolescencia.

- **Descripción de los indicadores a usar (P/T - T/E - P/E)**

Las medidas básicas para medir el estado nutricional son la edad(E), el peso(P) y la talla (T) con los cuales se elaboran los indicadores P/E, T/E, P/T. Veamos como se definen los principales indicadores a tomar en cuenta:

DESNUTRICION AGUDA. (P/T): Está referida a un estado de deficiencia energético-proteica reciente en una persona, con previo estado de nutrición normal. La característica principal que se observa en estados de desnutrición aguda es el reducido peso con relación a su talla.

DESNUTRICIÓN CRÓNICA Y RETARDO EN EL CRECIMIENTO LINEAL (T/E): Se caracteriza por poseer una talla baja para la edad, pero un peso adecuado para la talla.

DESNUTRICIÓN GLOBAL (P/E): Su rasgo característico viene dado por cuanto refleja el estado nutricional actual, de modo que el peso es una medida global que representa la suma de grasa, proteínas, agua, minerales, comida reciente, orina y otros fluidos corporales que podrían influir en el peso.

RETARDO EN EL CRECIMIENTO LINEAL CON LA DESNUTRICIÓN AGUDA (P/T) (T/E): Este indicador se caracteriza por el retardo en el crecimiento y además de poseer un peso bajo para su talla.

Estos grados de desnutrición pueden presentar diferentes grados: Eutrófico o normal, Grado I o Leve (GD. I), Grado II o moderado (GD. II) y Grado III o severo (GD. III).

B. ANÁLISIS DE DATOS

Los datos que se presentan a continuación acerca de diversos indicadores son globales, afectando a niños cuyas edades se sitúan entre los 1 a 14 años. Para el análisis respectivo se toma como parámetros de comparación las tablas de la NCHS y las curvas para detectar desnutrición aguda de la Cooperación Perú-UNICEF.

Indicador Peso / Edad

Este indicador nos ayuda a detectar cambios en el seguimiento longitudinal de los niños (carnet de crecimiento) siempre que se cuente con un número adecuado de controles. Es importante resaltar que estos indicadores pueden tener estrecha relación con la mortalidad infantil.

CUADRO III – 1

ESTADO NUTRICIONAL PARA EL INDICADOR PESO/EDAD

PESO/EDAD	SEXO				TOTAL	
	FEMENINO	%	MASCUL.	%	Nº	%
EUTROFICO	145	62.00	89	38.03	234	40.77
GD. I	102	40.5	150	59.52	252	43.90
GD. II	37	45.1	45	54.88	82	14.29
GD. III	1	25.0	3	75.00	4	0.70
TOTAL	286	49.8	288	50.17	574	100.00

Fuente: Elaboración propia

Una conclusión importante en esta tabla es que de las muestras obtenidas en las comunidades visitadas, encontramos que el 62 % de la muestra del sexo femenino es eutrófico o normal. Resaltar igualmente que el 43.9% de la muestra en todas las CC.NN. presentan un GD. I de desnutrición y la suma de los diferentes grados nos manifiesta que existe un 57 % de niños con desnutrición global, la cual resulta como una consecuencia directa de la disminución de peso, alterando el estado nutricional y relacionado estrechamente con la baja ingesta de calorías.

Indicador Peso / Talla

Mediante este indicador nos es posible diferenciar bien a los niños con desnutrición aguda, la cual está referida a una deficiencia en la ingesta calórico-proteica. Veamos los importantes datos que nos muestra la siguiente tabla (III-2).

Los resultados que ahí se indican muestran que el 11% del total presenta desnutrición GD. I; dentro de este porcentaje, es mayor el correspondiente a las mujeres por lo que se determina la baja ingesta calórico proteica reciente con previo estado nutricional normal.

También se observa un buen porcentaje de niños eutróficos: el 52% para los varones; pero para el caso de los obesos, se detectan más en niñas en las cuales se comprueban más deficiencias en la talla que en el peso, teniendo en cuenta la edad.

CUADRO III – 2

ESTADO NUTRICIONAL PARA EL INDICADOR PESO/TALLA

PESO/TALLA	SEXO				TOTAL	
	FEMENINO	%	MASCULINO	%	Nº	%
EUTROFICO	190	47.98	206	52.02	396	69.23
GD. I	38	60.32	25	39.68	63	11.01
GD. II	6	31.58	13	68.42	19	3.32
GD. III	2	20.00	8	80.00	10	1.75
OBESIDAD	18	62.07	11	37.93	29	5.07
SOBREPESO	31	56.36	24	43.64	55	5.62
TOTAL	285	49.83	287	50.17	572	100.00

Fuente: Elaboración propia

Indicador Talla / Edad

En este caso, se refleja la historia nutricional de la persona, siendo un indicador de gran utilidad para determinar el retardo en el crecimiento, situación en la que los niños desnutridos podrían experimentar una deficiencia dos veces mayor a la normal durante los dos primeros años de vida, según la severidad.

CUADRO III – 3

ESTADO NUTRICIONAL PARA EL INDICADOR TALLA/EDAD

TALLA/EDAD	SEXO				TOTAL	
	FEMENINO	%	MASCULINO	%	Nº	%
GD. I	104	50.5	102	49.51	206	36.01
GD. II	31	52.5	28	47.46	59	10.31
GD. III	10	47.6	11	52.38	21	3.67
EUTROFICO	140	49.0	146	51.05	286	50.0
TOTAL	285	49.8	287	50.17	572	100.00

Fuente: Elaboración propia

Encontramos en esta tabla algo preocupante: la talla es afectada para el grado de desnutrición III en el 52 % de los varones, lo que representa el 10% del total; el mayor porcentaje del total de los niños está ubicado en un retardo de crecimiento grado I (36%), por lo que la ingesta de fuentes microproteicas son deficientes. La suma total de los diferentes grados de desnutrición crónica nos muestra un 49% en relación a los eutróficos o normales (50%).

A modo de resumen, condensamos en el cuadro III-4 la información obtenida acerca del estado nutricional de niños entre 1-16 años en las comunidades estudiadas del Bajo Urubamba. En esta tabla podemos observar que en las diferentes comunidades el mayor porcentaje de niños con edades entre los 1-5 años se encuentra dentro de un estado nutricional eutrófico o normal (25.55%). Los estados de riesgo nutricional en los diferentes grupos de edad se encuentran en el segundo orden de importancia, lo cual nos manifiesta que existen importantes deficiencias en la alimentación. Lo mismo podemos afirmar acerca del estado de desnutrición en niños menores de 5 años, cuyo porcentaje promedio es del 4.5%. Esta persistencia de problemas nutricionales genera deficientes niveles de crecimiento y desarrollo, debido probablemente a las deficiencias en el inicio de la alimentación complementaria, a lo que se añaden otros factores de tipo socio-económico y referidos a la calidad de vida.

En lo referente al grupo de obesos y sobrepeso, encontramos índices más significativos del 1.10% en niños con edades comprendidas entre los 10 y 14 años, porcentaje que indica probabilidad de que estos niños tendrán talla baja, generando así sobrepeso en relación a su talla.

CUADRO III – 4
ESTADO NUTRICIONAL INFANTIL SEGÚN COMUNIDADES

ESTADO NUTRICIONAL		Bufo Pozo	Camisea	Chokoriari	Maldonadillo	Miaria	Nueva Luz	Kashiriari	Kirigueti	Pto.Huallana	Tangoshiari	Timpia	Puija	Sepahua	Shebuja	Sto.Domingo	TOTAL	%
1-5 años	Eutrófico	29	15	44	2	42	29	27	18	22	33	73	22	58	16	10	440	25.55
	Riesgo	15	6	27	0	29	24	16	14	10	16	29	22	17	12	4	241	13.90
	Desnutrición	7	4	0	0	6	8	15	3	3	3	5	18	1	3	1	77	4.40
	Obesidad	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	1	0	7	0.40
	Sobrepeso	4	1	4	1	1	2	0	4	1	4	3	3	1	2	0	31	1.80
6-9 años	Eutrófico	2	2	8	37	4	7	13	11	2	19	0	2	0	20	27	154	8.90
	Riesgo	4	3	6	23	5	7	35	14	0	3	0	23	0	11	19	153	8.88
	Desnutrición	5	1	4	3	3	1	10	9	1	4	0	1	0	2	5	49	2.84
	Obesidad	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0.11
	Sobrepeso	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	0	0	0	0	0	4	0.23
10-16 años	Eutrófico	36	10	0	29	44	42	1	32	1	1	31	0	61	14	5	307	17.82
	Riesgo	17	15	0	13	19	17	0	22	0	0	9	0	29	4	4	149	8.65
	Desnutrición	7	3	0	3	8	1	2	24	2	2	6	0	8	3	0	69	4.00
	Obesidad	3	8	0	0	0	2	0	4	0	0	1	0	1	0	0	19	1.10
	Sobrepeso	3	2	0	3	1	4	0	2	0	0	1	0	4	0	0	20	1.16
TOTAL		135	70	93	114	162	144	119	159	42	89	160	92	181	87	75	1722	100.0

Fuente: Elaboración propia

3.2. HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN

A fin de disponer de una información adecuada en este rubro se tomó una muestra para la entrevista que comprendía un 5% a 10% de la población; es importante resaltar que la estadía por comunidad nativa fue de 1 a 3 días, por lo que la información se recogió en base a sondeo directo. La información que se describe a continuación es obtenida sobre la base de la muestra realizada.

A. LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

- ***Edad de lactancia exclusiva y culminación de la leche materna***

El tiempo de duración de la lactancia materna exclusiva es factor importante para el crecimiento y desarrollo del recién nacido, proveyéndole defensas e inmunoglobulinas para mantenerlo sano. Es importante tener en cuenta que la lactancia materna ofrece múltiples ventajas tanto para el niño como para la madre, por lo que se debe hacer todo lo posible a fin de que continúe esta práctica en forma exclusiva hasta los 6 meses. De esta manera se contribuye decisivamente a mantener la salud infantil en cualquier ámbito del país. Mostramos en el cuadro siguiente los datos referidos a la duración de la lactancia materna en las CC.NN. estudiadas en el Bajo Urubamba:

CUADRO III – 5
EDAD DE LACTANCIA EXCLUSIVA

RANGO DE EDAD	Nº DE CC.NN.
0 – 3 Meses	11
0 – 5 Meses	1
0 – 8 Meses	5
TOTAL	17

Fuente: Elaboración propia

De las 17 comunidades visitadas se encontró que para la lactancia materna exclusiva 11 de tales CCNN ofrecen hasta los 3 meses de edad, los cuales son complementados con masato. El resto de comunidades les ofrecen hasta los 8 meses, en cuyos casos se produce un retraso en el inicio de alimentación complementaria, interfiriendo de este modo en el aporte adecuado de nutrientes. Así mismo, la duración de la leche materna se da hasta 1 año de edad, aduciendo para ello que les proporcionan la leche materna hasta cuando el niño comienza a caminar. En este caso comprobamos que no se cumplen los patrones sugeridos por la O.M.S. tanto en el tiempo de duración de la lactancia materna exclusiva (hasta los 6 meses) como la duración total de la lactancia (hasta los dos años de edad), aspectos fundamentales en el desarrollo psicosocial del niño e importante para el aporte de nutrientes en el breve tiempo que permanece despierto.

- ***Alimentos de inicio en la Alimentación complementaria en CC.NN.***

La edad de inicio de la alimentación complementaria es importante para el niño ya que complementa a la leche materna en el aporte de nutrientes a través de la introducción de alimentos para su crecimiento. Esta edad de inicio de la alimentación complementaria influye en el tipo de alimentos que se introduce primero: se sabe que cuanto más temprano se inicie esta

alimentación menor es la consistencia del alimento empleado, con el riesgo de no ser el adecuado para brindar al niño la suficiente concentración de nutrientes para cubrir sus requerimientos calórico-proteicos. El cuadro posterior nos proporciona información acerca de los alimentos de inicio complementarios a la leche materna:

CUADRO III – 6
ALIMENTOS DE INICIO EN CC.NN.

ALIMENTOS	Nº DE CC.NN.	% DE CC.NN.
PLÁTANO MADURO	6	40.00
YUCA COCIDA	2	13.30
MASATO	7	46.60
TOTAL	15	100.00

Fuente: Elaboración propia

En la tabla se observa que la edad en que se inicia la alimentación es a partir de los 3 meses, 6 meses u 8 meses. A esta edad generalmente le ofrecen Masato (bebida elaborada a base a yuca cocida, camote crudo molido con maíz germinado y agua cruda y que inicia proceso de fermentación después de un día o recién elaborado) como primera opción. Comprobamos que siete de las comunidades estudiadas generalmente lo hacen, e igualmente un 40% de estas comunidades inician la alimentación con plátano maduro cocido (chapo), mientras que con yuca cocida lo hacen en un 13 % de las comunidades visitadas.

- **Densidad energética - número de comidas**

Este rubro resulta muy importante para comprobar la calidad del aporte de nutrientes. Veamos algunos datos de interés:

CUADRO III – 7
DENSIDAD ENERGÉTICA DEL CONSUMO DE COMIDAS

FRECUENCIA	SOPAS	MAZAMORRAS	COMIDAS ESPESAS
1 vez por semana	11	3	2
2 veces por semana	4	3	4
4 veces por semana		9	8
Diario			1
TOTAL	15	15	15

Fuente: Elaboración propia

Encontramos en estos datos un elemento muy rescatable: Con relación al alto consumo de sopas que se da en áreas de costa y sierra, las CC.NN. ofrecen este producto únicamente 1 a 2 veces por semana para los niños y toda la familia (11 comunidades), siendo lo más frecuente que se consuman comidas espesas (9 comunidades) en forma de mazamoras (chupispa) o el segundo plato (6 comunidades). Lo que se observa que presenta niveles deficitarios es la cantidad que se ofrece por comida productos de origen animal, e igualmente la frecuencia o número de comidas al día es irregular, no suele darse más de 3 comidas al día, siendo más general que se reduzcan a 2 comidas diarias, dependiendo de la disponibilidad del alimento o el recojo de la chacra. El número de veces que un niño tiene que comer para cubrir sus

requerimientos diarios de energía depende del contenido energético (densidad energética del alimento) y de la cantidad que ingiera cada vez.

B. COSTUMBRES ALIMENTARIAS O ALIMENTOS COMPLEMENTARIOS ADQUIRIDOS

- **Frecuencia de consumo de alimentos industrializados**

Los alimentos industrializados son adquiridos a través de trueque o compra directa por la venta de arroz sin pilar, café, cacao o frejoles, obteniendo a cambio productos de origen industrial como son el fideo, azúcar, arroz, portola y aceite. En reducidas ocasiones compran verduras como cebolla, tomate y zanahoria, aunque el uso de éstas es reducido por cuanto no hay costumbre de su consumo.

- **Alimentos procesados para autoconsumo.**

Dentro de los alimentos procesados artesanalmente, destaca la preparación de chancaca de la caña que producen usados como azúcar, igualmente destacar la obtención de fariña y tapioca a partir de la yuca, productos que son destinados especialmente para los trabajadores en madera o que desarrollan su actividad económica lejos del hogar durante largos períodos de tiempo.

- **Platos típicos de la zona**

Destacan como más importantes los siguientes:

- Chupispa: Mazamorra salada a base a pescado sancochado, batido y mezclado con plátano verde rallado con sal.
- Chapo: Plátano maduro sancochado aplastado, preparación que normalmente se hace para alimentación complementaria en los niños.
- Empacado: Pescados cocidos en palos de chonta directo al fuego.
- Ahumado: Pescado salado cocinado directamente al fuego
- Patarashca: Pescado cocinado envuelto en hojas de bijao.

- **Temporadas de disponibilidad de frutas de la zona**

Resumimos en el cuadro siguiente las principales frutas que se obtienen en la zona y los períodos de tiempo en que se cosechan:

CUADRO III – 8
TEMPORADAS DE DISPONIBILIDAD DE FRUTAS

FRUTAS	TEMPORADA	FRUTAS	TEMPORADA	FRUTAS	TEMPORADA
ANONA	Mayo-Junio	GUABA	Abril-Mayo	SANDÍA	Agosto
AGUAJE	Diciembre	MARAÑÓN	Julio	COCONA	Mayo
PIJUAYO	Mayo	UVILLAS	Agosto	CARAMBOLA	Mayo
PIÑA	Agosto	NARANJA	Abril	PAPAYA	Todo el año
COCO	Todo el año	PLÁTANO	Todo el año	MAMEY ROJO	Mayo-Junio
CHIMIKIA (Guinda)	Agosto	ECHIQUI (Anona)	Octubre	PAN DE ÁRBOL	Mayo

Fuente: Elaboración propia

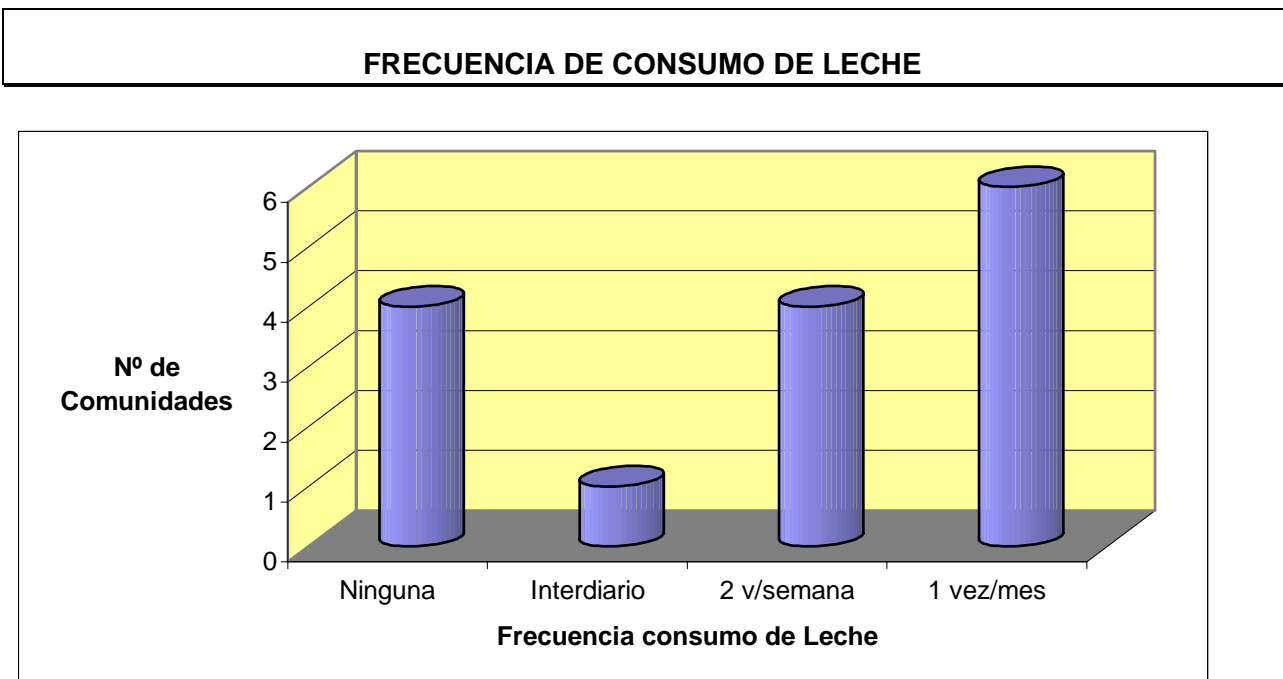
3.3. CONSUMO FAMILIAR DE ALIMENTOS: FRECUENCIA

Proporcionamos a continuación información referida al consumo íntegro familiar de las muestras seleccionadas en comunidades, respecto a productos de especial importancia.

LECHES

En las comunidades nativas se observa un consumo de leche muy bajo: en seis comunidades, de un total de 15, su consumo se reduce a una sola vez al mes.

GRÁFICO III – 1



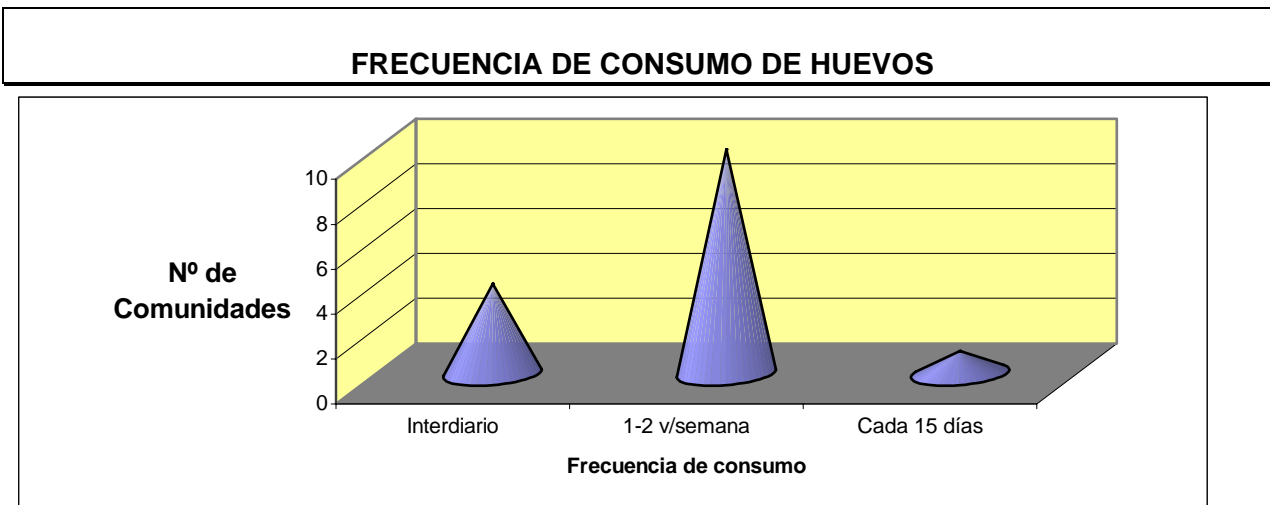
Esto generalmente se debe a que no hay disponibilidad del producto, ni es considerado como parte de sus costumbres. En aquellas comunidades en las cuales el consumo se da 2 veces por semana es debido a que son beneficiados con la distribución de alimentos a través de los programas de alimentación o son adquiridos a través del trueque o la compra al comerciante.

HUEVOS

Rica fuente proteica de alto valor biológico, su consumo también es esporádico estando sujeto a la disponibilidad de gallinas en la familia o a su adquisición por medio de comerciantes.

Según la muestra realizada, se observa que 4 comunidades lo consumen a diario, esto se debe a la mayor disponibilidad de gallinas por familia, especialmente en las zonas de puertos más importantes como Puerto Huayana, kiriguetai, Sepahua (por mayor acceso) y otras comunidades, con un promedio de 15 a 30 gallinas, pero en la mayoría de las comunidades (diez) lo consumen de una a 2 veces por semana al menos.

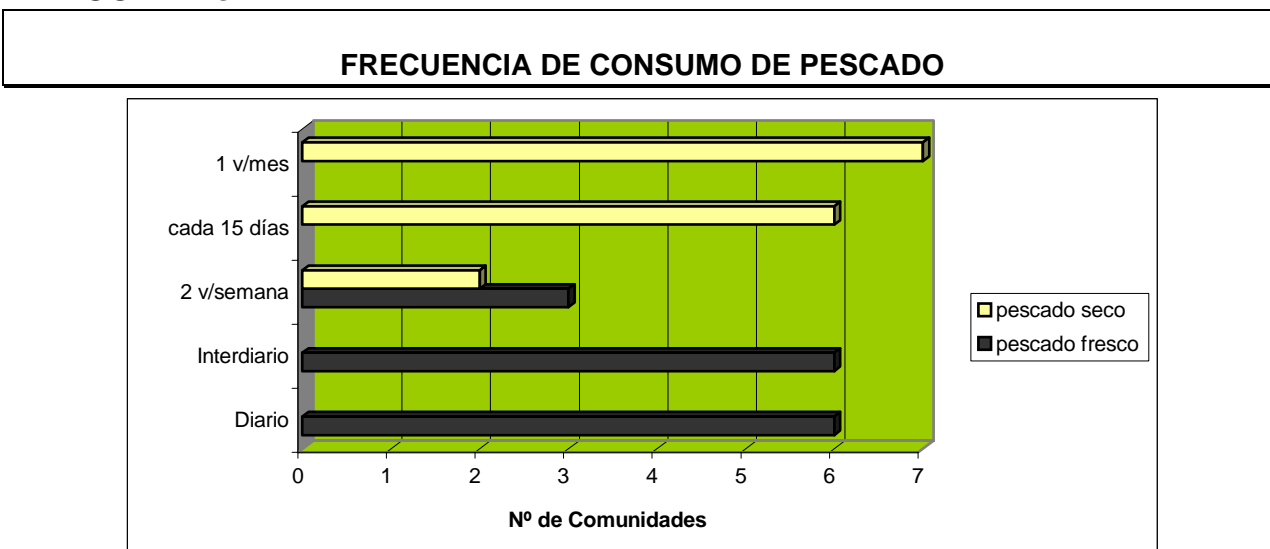
GRÁFICO III – 2



PESCADOS

La disponibilidad de este producto es frecuente, siendo parte básica de la alimentación tradicional, aunque su disponibilidad se ha reducido en estos últimos años:

GRÁFICO III – 3



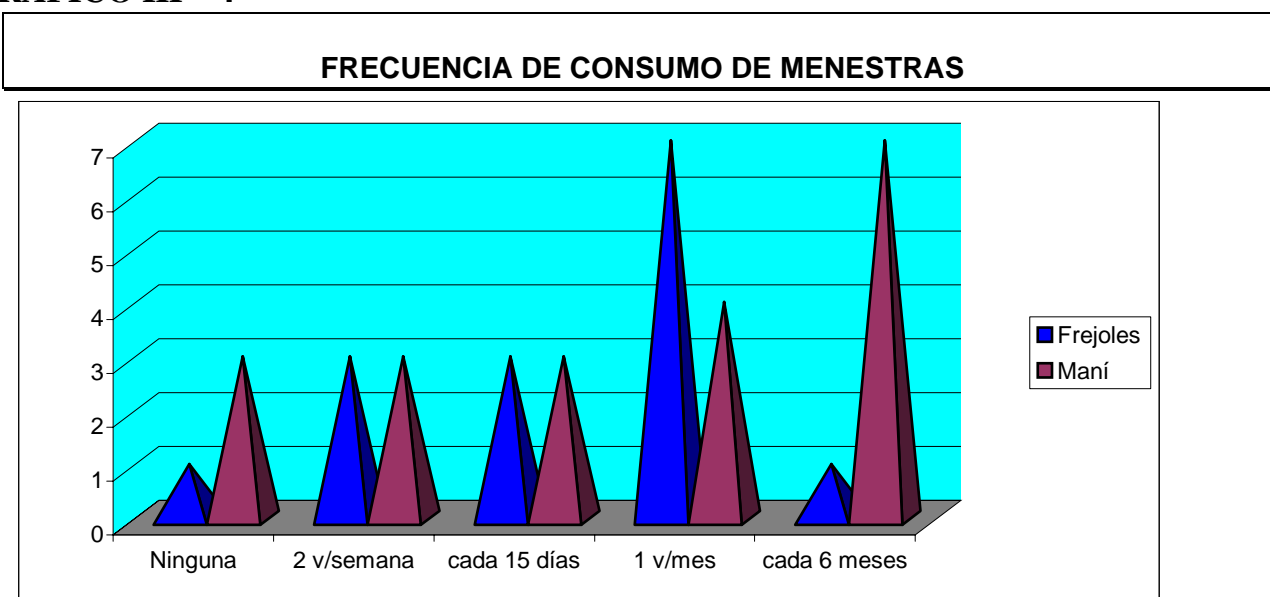
La mencionada reducción en la pesca ha generado un cambio en su frecuencia de consumo, siendo reemplazado por pescados en conserva como atún o portola. Respecto al consumo de pescado fresco, este se realiza aún con bastante frecuencia, entre diario e interdiario, en un 40% de las comunidades visitadas; de igual forma el pescado fresco es consumido 1 vez a al mes en siete comunidades y cada 15 días en seis de ellas. El consumo de pescado seco muestra una tendencia mucho menor, posiblemente por ser afectada la pesca en cantidad.

MENESTRAS.

Las menestras son una rica fuente de calidad de proteína de origen vegetal, y su disponibilidad en la zona es obtenida en época de cosecha, la cual se realiza dos veces al año.

Las menestras que más se producen en la zona son el frejol y el maní. En el caso del frejol, su consumo en la mayoría de las comunidades estudiadas para este rango (7 CCNN) se produce mayormente dos veces al mes, mientras que el maní se consume principalmente cuando se cosecha, cada 6 meses. Existen familias de la muestra de 4 comunidades que casi no consumen ninguno de estos productos por cuanto estas familias no los producen, concluyéndose que por lo menos lo consumen una vez al año.

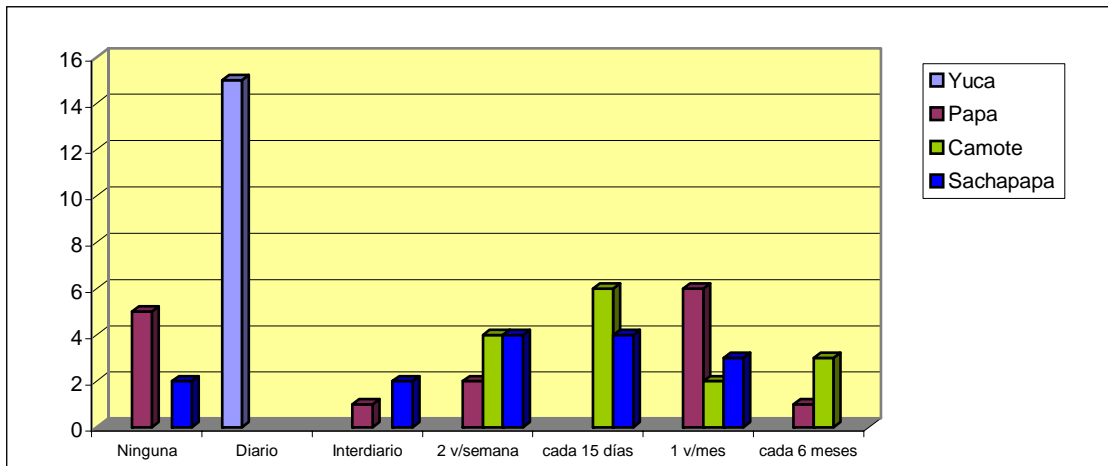
GRÁFICO III – 4



TUBÉRCULOS

GRÁFICO III – 5





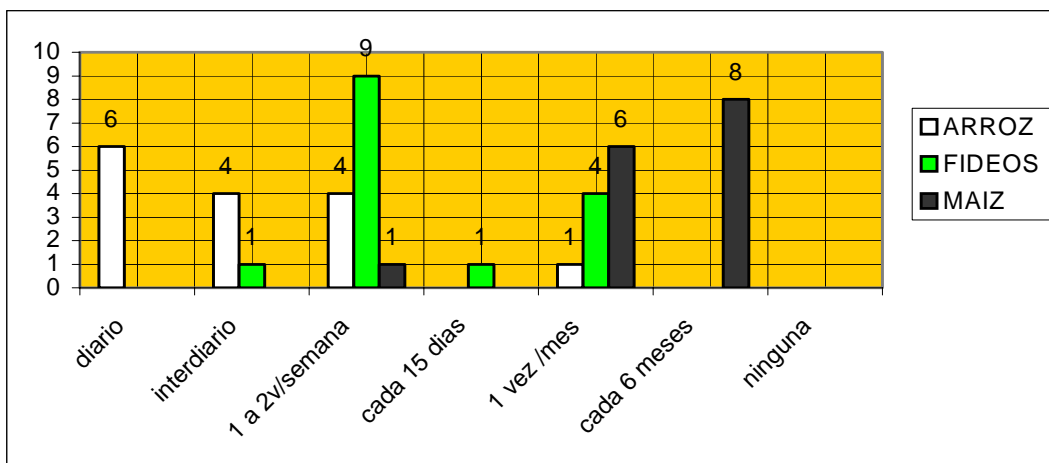
El consumo de tubérculos es la fuente más importante del aporte de carbohidratos, siendo la yuca el alimento básico de la alimentación.

Todas las comunidades visitadas presentan un consumo de yuca en forma diaria. Otro tubérculo con importante consumo es el camote que también es sembrado por las comunidades y su consumo es de dos veces por semana en seis comunidades de la muestra, mientras que sólo en cuatro comunidades de la muestra se consume a diario. Así mismo observamos que los tubérculos nativos como la sachapapa, dale dale y uncucha no son consumidos diariamente, por cuanto no los consideran tan sabrosos como la yuca.

CEREALES

Los cereales son otra importante fuente de carbohidratos, pero su consumo en las CC.NN. del Bajo Urubamba no es tan continuo como en los productos anteriores.

**GRÁFICO III – 6
FRECUENCIA DE CONSUMO DE CEREALES**



Observamos que solo seis de las comunidades estudiadas consumen en forma diaria el arroz, producto que es sembrado en pequeñas cantidades y generalmente solo para autoconsumo. El fideo es otro derivado de cereales que es consumido en una gran parte de las comunidades, en nueve de las comunidades analizadas su consumo se da 1 a 2 veces por semana. Por otra parte, se produce maíz tipo perla, cuyo consumo se produce cada 6 meses en forma fresca y

tostado cuando está seco. De la producción de maíz, una parte se destina al consumo y el resto es utilizado como alimento para gallinas y aves de corral.

FRUTAS

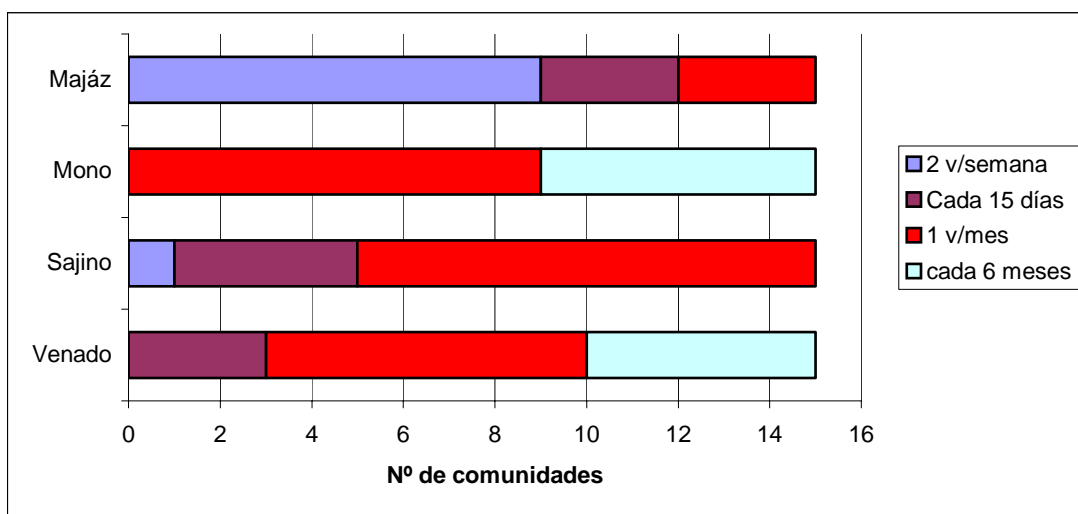
Las frutas están disponibles según la estación y temporadas de cosecha, existiendo gran variedad de frutas silvestres ricas en vitaminas en especial vitamina C y A, así como de otras. En esta ocasión se ha recodido información de las frutas consumidas durante los meses de visita a las comunidades para el respectivo estudio, es decir, abril y mayo. No presentamos gráfico acerca del consumo de frutas por cuanto este se produce en todos los casos de forma diaria, dentro de la estación de cosecha respectiva.

En cuanto a estos productos frutales, el plátano es consumido en forma diaria durante todo el año como fuente energética en su alimentación por todas las comunidades, de igual forma la naranja cuando es época (marzo-abril-mayo), el mamey rojo y el coco también son consumidos a diario, sirviendo como refrigerio y complementando de alguna forma su dieta.

ANIMALES DE MONTE.

Incluimos en este rubro productos que son fuente importante de proteínas de origen animal, siendo su disponibilidad más reducida, por cuanto depende de la decisión de ir de caza. El acceso a la carne de monte no tiene un costo monetario alto, por lo tanto supone una gran ayuda en momentos de escasez.

GRÁFICO III – 7
FRECUENCIA DE CONSUMO DE CARNES DE MONTE



La tendencia de su consumo generalmente es de dos veces por semana en el caso del majáz; en las familias de nueve comunidades visitadas el consumo de otros animales de monte como el sajino, mono y venado es mas esporádico, normalmente de una sola vez al mes, indicándonos que el consumo de animales del monte no es continuo por la poca accesibilidad que presenta.

3.4. TENDENCIA DE CONSUMO DE CALORIAS Y PROTEINAS EN NIÑOS DE 4 A 6 AÑOS

La información proporcionada para este apartado fue tomada de la misma encuesta a través del Método de Recordatorio de 24 horas de consumo, recogiendo como indicadores el aporte de calorías y proteínas consumidas por los niños de 4 a 6 años. Para ello se tomaron trozos de alimentos en base a usos de medidas caseras, ayudados por una balanza de repostería para obtener mayor exactitud.

Para analizar los requerimientos individuales de ingesta de energía y proteínas nos basamos como referencia en las recomendaciones internacionales de aporte de nutrientes de la RDA (Recommended Dietary Allowances-97) que presenta como valores recomendados 1,700 energía/día y 24 gr./día de proteínas.

En la tabla posterior podemos observar que en casi todas las CC.NN. visitadas el aporte de los mencionados nutrientes para los niños de estas edades no cubren ni siquiera el 90% de lo recomendado. Por tanto, éstas deficiencias se reflejan en el estado nutricional de los niños y el rendimiento escolar. Se observó que para ambos nutrientes la deficiencia se da más en cantidad por ración recibida que en la calidad de lo que se consume

La comunidad en la que se observa un mayor consumo de calorías es Miaria, en la cual se cubre el 82.3% del aporte recomendado; en esta comunidad la disponibilidad de otros alimentos que complementan y varían la dieta es más frecuente. A continuación están las comunidades de Camisea, Timpia y kirigueti, en las cuales la fuente más importante de calorías es la Yuca y el plátano, además de aportar el 65% en carbohidratos y ser un buen aporte de fuentes de vitamina C.

CUADRO III – 9

APORTE DE CALORÍAS Y PROTEÍNAS EN CC.NN.: Valores promedio de consumo y adecuación en niños de 4 a 6 años

ÁREA	CC.NN.	PROMEDIO DE Klc/día	% DE ADECUACIÓN	PROMEDIO PROTEÍNA	% DE ADECUACIÓN
TIMPIA CAMISEA	Kashiriari	1100	64.7	12	50
	Camisea	1300	76.47	19	79.16
	Chokoriari	1200	70.58	15	62.5
	Timpia	1300	76.47	22	91.66
	Kitaparay-				
KIRIGUETI	Kirigueti	1300	76.47	20	83.33
	Pto. Huayana	1200	70.58	20	83.33
	Tangoshiari	1000	58.82	19	79.16
	Nueva luz	1200	70.58	19	79.16
	Kochiri----				
SEPAHUA	Miaria	1400	82.35	21	87.5
	Sepahua				
	Puija	1100	64.7	22	91.66
	Bufo Pozo	1100	64.7	22	91.66
	Shebuja	1000	58.82	19	79.16
MALDONADILLO	Sto. Domingo	1000	58.82	20	83.33
	Maldonadillo				

Fuente: Elaboración propia

Las comunidades que presentan una cobertura muy baja en calorías para los niños de 4 a 6 años son Kashiriari, Shebuja y Santo Domingo.

En lo referente al aporte de proteínas encontramos que las comunidades con mayor aporte en su consumo son las de Timpia, Puija y Bufo Pozo, la primera por la mayor frecuencia en el consumo en animales de monte completados con el poco pescado disponible, mientras que en las otras dos se presenta una mayor disponibilidad de pescado como fuente de proteína y con menor frecuencia el consumo de animales de monte.

Las CC.NN. que tienen menor consumo de fuentes proteicas son las de Kashiriari y Chokoriari que presentan un 50.0% y 62.5% de adecuación respectivamente, en ellas se encuentra mucha escasez de pescados.

En cuanto a la distribución calórica de macronutrientes se encontró que en esta pequeña muestra, el consumo de los niños de 4 a 6 años es como sigue: Carbohidratos el 75%, grasas 16% y proteínas 9% del valor Calórico total, observándose muy bajos aportes en fuentes de grasas y de proteínas.

En cuanto a los micronutrientes sabemos que son requeridos para diferentes funciones en el organismo. Algunos de ellos se encuentran en pocos alimentos y su probabilidad de consumirlos regularmente es baja. Su importancia es tan grande que el cuerpo los mantiene en reserva, como es el caso del hierro, por ejemplo. Igual importancia tienen para los niños lactantes y mujeres embarazadas, de modo que su carencia podría crear problemas de crecimiento o una disminución en la respuesta inmune y riesgo materno.

Las comunidades visitadas presentan una alta deficiencia en la ingesta de fuentes de micronutrientes, por lo que el control de estos se ejerce a través de la dieta encontrándose que las fuentes como verduras y fruta son muy esporádicas, según la estación y el poder adquisitivo. La disponibilidad de fuentes de hierro como el hígado es igualmente deficiente, por cuanto la frecuencia de su consumo es esporádica.

La ingesta de calcio es muy bajo especialmente donde no hay acceso o costumbre de consumir productos lácteos, lo cual puede traer consecuencias importantes por cuanto el periodo crítico para la calcificación de los huesos es en la adolescencia y resulta fundamental para evitar la osteoporosis.

Por tanto, estas deficiencias se reflejan en el estado nutricional de los niños y el rendimiento escolar. Se observó que para ambos nutrientes, energía y proteína, la deficiencia se da mas en cantidad por ración recibida que en calidad de lo que se consume.

3.5. MORBILIDAD Y MORTALIDAD

A. MORBILIDAD

En rasgos generales, la población del Bajo Urubamba presenta índices de morbilidad altos, los cuales se ven incrementados por la presencia de diversos tipos de epidemias. En la tabla que ofrecemos a continuación se reflejan las enfermedades más frecuentes y las comunidades donde se encuentran, dentro de las 17 estudiadas:

CUADRO III – 10**ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES**

ENFERMEDADES	Nº DE CC.NN
EDAS	15
IRAS	15
Parasitosis	15
Malaria	13
Leishmaniasis	14
Anemia	9
Bartonelosis	1
Acarosis	15
Gastritis	15
Denge	3

Fuente: Elaboración propia en base a datos de puestos de salud

Esta tabla nos muestra que el 100% de las comunidades visitadas presentan casos de las enfermedades más frecuentes, como son las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA), las infecciones Respiratorias Agudas (IRA) y la Parasitosis. Así mismo es frecuente encontrar también enfermedades de la piel, y como dato un tanto sorprendente, el personal de salud que labora en la zona nos menciona que un buen número de pobladores hacen la consulta al servicio por problemas de gastritis, suponemos que pueda deberse a los tiempos muy espaciados entre comidas o el uso continuo de preparaciones ahumadas.

Un dato importante es la presencia de Anemia, diagnosticado por los servicios de salud a través de signos clínicos. En nueve de las comunidades con postas médicas se dispone de escasa información al respecto y además no muy continua: 6 de cada 10 niños presentarían signos de anemia, lo cual es un porcentaje muy alto, aún cuando los servicios de salud no realizan un control continuo a través de laboratorio para su tratamiento. Es preciso resaltar que el personal de salud, al detectar casos con signos clínicos de Anemia, emiten mensajes a sus pacientes vinculados generalmente a impulsar un mayor consumo de comida, pero no inciden normalmente en el mayor consumo de alimentos que suponga fuentes de hierro, como son el pescado, hígado y carnes de monte.

Igualmente, se incide mucho en la recomendación de consumo de sopas, por que suponen que son preparaciones alimenticias enriquecidas, cuando esto no siempre es así.

En lo referente a la malaria, la leishmaniasis y el dengue, en el Bajo Urubamba encontramos diversas zonas consideradas como endémicas, las cuales vienen siendo controladas con la intervención de los servicios de salud.

La Tuberculosis es otra de las enfermedades importantes que se da con frecuencia en el Bajo Urubamba. Veamos el número de comunidades en donde podemos encontrar esta enfermedad:

CUADRO III – 11**Nº DE CC.NN. CON CASOS DE TBC - 2003**

RANGO	NRO DE CC.NN	PORCENTAJE
1 a 2 casos	3	20.00%
3 a 5 casos	1	6.66%
10 a 15 casos		
ninguno /no se registra	11	73.33%
TOTAL	15	100%

Fuente: Elaboración propia en base a datos de puestos de salud

Para el caso de Tuberculosis solo 4 comunidades registran y dan tratamiento a los casos encontrados, pero en 11 de las comunidades visitadas no se registran dichos datos. Como sabemos la enfermedad de la Tuberculosis se desarrolla cuando la persona presenta un sistema inmunológico bajo, por lo que al no priorizar estos registros en la atención por parte de los puestos de salud, se estaría creando población de riesgo.

Veamos a continuación el número de comunidades donde encontramos diversas enfermedades crónicas:

CUADRO III – 12**Nº DE CC.NN. CON ENFERMEDADES CRÓNICAS**

ENFERMEDADES	Nº DE CC.NN
Gastritis crónica	15
Cáncer	2
Hipertensión	2
Diabetes	1
Anemia Crónica	1
Ninguno se registra	11

Fuente: Elaboración propia en base a datos de puestos de salud

Las enfermedades crónicas presentes y que hemos mencionado en la tabla anterior, son principalmente la gastritis crónica, que la encontramos prácticamente en todas las comunidades, mientras que en dos de ellas se registraron datos de cáncer, generalmente al estómago. La hipertensión y la diabetes solo en dos comunidades se ha registrado, aunque se trata de una enfermedad en la que generalmente no se toma la captación oportuna.

Es importante hacer referencia dentro de este apartado a la edad de inicio del embarazo, que resulta importante como parámetro de la calidad de vida y el estado de salud del recién nacido, así como de la madre. En la mayoría de las comunidades visitadas encontramos numerosos casos de inicio del embarazo en edades tempranas, de 13 a 14 años, cuando la mujer se encuentra en pleno desarrollo de la adolescencia y los depósitos de calcio son bajos, riesgo que se presenta con mayor énfasis en la etapa de crecimiento.

B. MORTALIDAD

Veamos en este acápite algunas de las causas más frecuentes de mortalidad en el Bajo Urubamba. El siguiente cuadro nos hace referencia al número de comunidades en que se producen muerte a consecuencia de diversas enfermedades más frecuentes:

CUADRO III – 13

CAUSAS FRECUENTES DE FALLECIMIENTOS - 2003

ENFERMEDADES	NRO DE CC.NN
EDAS	21
IRAS	7
Picaduras	1
Anemia	1
Accidentes	7
Cáncer Gástrico	1
Hepatitis B	2
Infección	5
No hay registro	1
Neumonía	1
Muerte natural	2

Fuente: Elaboración propia en base a datos de puestos de salud

Los datos son elocuentes: La causa más frecuente de fallecimientos son las enfermedades diarreicas, las cuales registran mayor incidencia en la población infantil. Ello podría deberse al bajo nivel de calidad de saneamiento básico, así como al consumo de agua cruda por parte de los pobladores. A continuación encontramos como causa importante de mortalidad las enfermedades respiratorias, especialmente neumonías, la cual presenta muertes registradas en 7 comunidades. Dentro de los accidentes, una de las causas principales de mortalidad son las producidas por ahogamiento.

3.6. CONCLUSIONES

- El estado nutricional de los niños menores de 5 años en todas las comunidades son calificados como Desnutrición Global, debido a muy baja ingesta calórica y deficientes hábitos de alimentación, en especial por el número de comidas por día. También se concluye que la talla es afectada por un buen porcentaje de niños, de los cuales el 49% presenta niveles de desnutrición crónica, probablemente influenciado por la limitada ingesta de fuentes proteicas y la deficiente calidad de saneamiento, lo cual influye directamente en la prevalencia de parasitosis en las diferentes zonas del Bajo Urubamba.
- Las comunidades que presentan desnutrición crónica moderada (GD II), se trata normalmente de lugares donde el consumo de fuentes proteicas es escaso o muy esporádico, de modo que los niños presentan una talla baja para su edad, pero peso adecuado para su talla.
- Los diferentes tipos de desnutrición encontrados en las comunidades nos reflejan una deficiencia energética proteica y de micronutrientes, hecho que interfiere en el crecimiento y desarrollo de los niños.
- Para el seguimiento antropométrico no se considera, por parte de las personas de salud y promotores, parámetros de evaluación nutricional a través del carnet de salud.
- La alimentación exclusiva de los lactantes con leche materna se da hasta los 3 meses de edad, y a partir de ésta en la mayoría de las CC.NN. inician la alimentación complementaria con alimentos de baja densidad energética como el masato o el plátano cocido.
- El consumo de sopas es muy bajo en las CC.NN., solo lo consumen dos veces por semana, siendo la preparación sólida la que predomina, como las mazamoras y la yuca sancochada.
- La frecuencia de comidas en los niños se da de 2 a 3 veces al día en la mayoría de las comunidades; esto incluye un refrigerio a media mañana (generalmente consumo de frutas).
- El consumo de alimentos industrializados, y especialmente de alimentos transformados, se da de forma esporádica. En los primeros por el costo que demanda y el segundo por que solo lo preparan en pequeña cantidad para autoconsumo y con poca frecuencia.
- Se está perdiendo la costumbre de mantener el cultivo de algunos frutos de la zona y aunque su consumo sea estacional es importante para una mejor alimentación. Al no haber fuentes de vitaminas y minerales, el consumo de frutos afectaría positivamente al estado nutricional de la población infantil.
- El tipo de alimento que se consume con mucha menor frecuencia es el lácteo, por no haber disponibilidad de este tipo de productos. Así mismo la frecuencia de verduras es casi nula, no existe costumbre para su consumo y además existe un gran desconocimiento acerca de las formas de su preparación.
- Las fuentes proteicas obtenidas a través de los pescados y la carne de monte están siendo fuertemente afectada en los últimos años, la primera por su escasez en los ríos cercanos y las carnes por ser consumidas de forma más esporádica.

- Las fuentes más importantes de carbohidratos son la yuca y el plátano, productos insustituibles en las prácticas alimentarias de la zona.
- El consumo de fuentes de hierro también es casi nulo, de modo que su consumo se da únicamente una vez por mes y especialmente se subestima el valor nutritivo que tienen estas vísceras. La ingesta de este micronutriente permite a través del consumo de pescado su mantenimiento de reservas.
- La característica de consumo de alimentos en la zona resulta interesante, de modo que el grupo que tiene una ingesta deficiente que necesita completar su dieta con más nutrientes, por lo menos debería cubrir el 90% del requerimiento. En estas zonas solo en tres CC.NN encontramos que el 91% cubre el requerimiento en proteínas, mientras que la ingesta de energía no llena ni al 85% en todas las CC.NN.
- Las enfermedades más frecuentes son las Enfermedades diarreicas, la parasitosis, las infecciones respiratorias, las enfermedades de la piel y la gastritis. Estas infecciones pueden causar pérdida continua de nutrientes, agravando aún más el deficiente estado nutricional.
- En las CC.NN. visitadas aún cuando no se han reportado muchos casos de tuberculosis, la vigilancia de la TBC a los grupos de riesgo no se asegura como prioridad, por lo que se debe considerar su riesgo para la salud.
- Las causas más frecuentes de fallecimiento son las enfermedades diarreicas en todas las comunidades, con mayor preponderancia en los niños, por lo que urge mejorar las condiciones de saneamiento básico y manejo del consumo de agua.
- El personal profesional que labora en puestos de salud no recibe ningún tipo de capacitación en nutrición, por lo que hay un vacío importante en la emisión de mensajes al respecto, creando desconocimiento y dudas en el momento de ofrecer la consejería oportuna.