

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DEL PERÚ**

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES



¿Cómo habrá llegado esa enfermedad?: narrativas y experiencias de cuidado durante la pandemia del COVID-19 en la comunidad kukama kukamiria Nueva Santa Rosa

Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Antropología presentada por:

Reyes Fernández Prada, Alexandra Isú

Asesora:

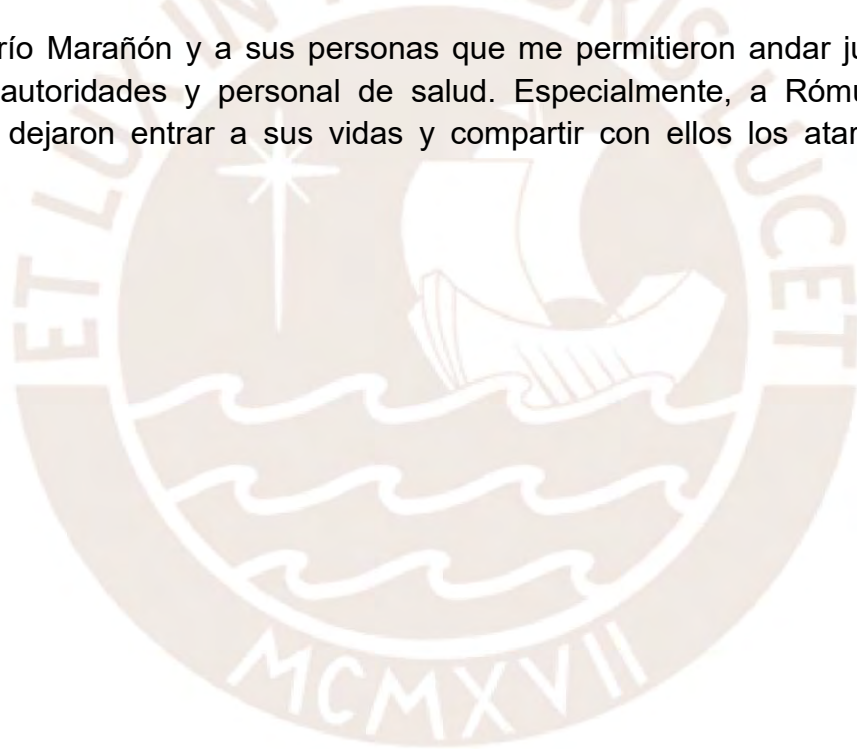
Ulfe Young, Maria Eugenia

Lima, 2022

Agradecimientos

Antes de continuar, quisiera hacer mención de las personas cuyo apoyo ha sido una pieza fundamental para realizar esta investigación. Gracias a mis padres por apoyarme y alentarme en el camino que decidí seguir en mis estudios. A mi mamá, Janet, nunca me van a alcanzar las palabras para explicar cuán agradecida estoy, pero su compañía ha sido el mejor regalo de la vida. A mi papá, Alejandro, por enseñarme el gusto por aprender e impulsarme a seguir mis sueños. Gracias a mis amigas Micaela, Ruth y Luciana por acompañarme entre las aulas, salas de estudio, trabajos de campo y largas conversaciones sobre y más allá de la antropología. Agradezco a mi asesora de tesis, Maria Eugenia Ulfe, quien me habló por primera vez sobre las personas del Marañón y cuyas asesorías dieron rumbo a esta investigación. Así, tampoco puedo dejar de mencionar a Manuel Ráez, quien ha sido de los mejores profesores que tuve el gusto de conocer y del que aprendí mucho en tan poco tiempo. También, estoy agradecida con Carmen Yon, Miguel Angel Cadenas y Manolo Berjón por sus comentarios, interés y palabras de aliento durante el proceso de investigación.

Utsupaki al río Marañón y a sus personas que me permitieron andar junto a ellas: moradores, autoridades y personal de salud. Especialmente, a Rómulo y Alicia, quienes me dejaron entrar a sus vidas y compartir con ellos los atardeceres del Marañón.



Resumen

La presente investigación se centra en explorar las narrativas y experiencias de cuidado, durante la pandemia de la COVID-19, en relación con las nociones de enfermedad y cuerpo en la comunidad kukama kukamiria Nueva Santa Rosa. Cabe notar que este es un territorio afectado por derrames de petróleo, al igual que epidemias recurrentes. En consideración de las concepciones específicas referidas a salud y enfermedad, desde un enfoque etnográfico y con metodología cualitativa, se realizaron estudios de caso de personas que hayan estado contagiadas de COVID-19 y sus respectivas redes de cuidado. Esta investigación es relevante porque permitirá profundizar en la compleja y conflictiva relación con el cuerpo en vista del coronavirus, en función de las experiencias de cuidado.

Esta propuesta parte de un enfoque relacional del cuidado y de la corporalidad en la Amazonía. En ese sentido, los hallazgos están divididos en tres secciones que involucran diferentes actores y espacios. Es decir, los casos principales de contagios, sus redes, autoridades comunales y al personal del tópico de Nueva Santa Rosa y el módulo de salud de Cuninico. Primero, se analizarán las narrativas que han circulado sobre el COVID-19 en la comunidad. Esto comprende la manera en que las narrativas toman forma en vista de la información difundida, pero también de las memorias de enfermedades y las experiencias colectivas e individuales sobre el coronavirus. Segundo, se expondrá las maneras en que las nociones del cuerpo son construidas a partir de las experiencias de cuidado en el contexto de pandemia. Si bien el foco principal son los casos de contagios, debido al contagio colectivo, los demás actores también son relevantes y los cuidados comprenden desde las prácticas preventivas hasta las posteriores a los contagios. Por último, se examinarán las respuestas de los lazos de convivencia a las tensiones de cuidado de cuerpos sanos y cuerpos enfermos. Dichas categorías de cuerpos sanos y cuerpos enfermos son de por sí inestables, así que el nuevo virus dificulta y cuestiona estas nociones.

Palabras claves: cuidado, covid-19, enfermedad, cuerpo, kukama kukamiria

Índice de contenidos

CAPÍTULO I: Introducción	1
1.1. Presentación y relevancia del tema	2
1.2. Estado de la cuestión	7
1.2.1. Breve historización del COVID-19.....	7
1.2.2. Epidemias y enfermedades en la Amazonía	11
1.2.3. Estudios sobre experiencias de COVID-19	15
1.2.4. Estudios sobre el COVID-19 en pueblos indígenas amazónicos	19
1.3. Marco teórico.....	23
1.3.1. Antropología de lo ordinario	23
1.3.2. Enfoque de corporalidad	27
1.3.3. Enfoque relacional del cuidado	31
1.4. Diseño metodológico	36
1.4.1. Sujetos de estudio.....	37
1.4.2. Técnicas de recojo de información.....	39
1.4.3. Plan de análisis	42
1.5. Estrategia operativa	43
1.5.1. Comunidades kukama kukamiría en el Bajo Maraón	43
1.5.2. Comunidad Nativa Nueva Santa Rosa.....	50
1.5.3. Notas de reflexiones éticas	56
1.5.4. Balance acerca del trabajo de campo	57
CAPÍTULO II: Historias de casos de estudio	61
2.1. Historias en pandemia	61
2.2. Casos de estudio	63
2.2.1. Caso Julio y Filida	66
2.2.2. Caso Rómulo	68
2.2.3. Caso Alicia Q.	70
CAPÍTULO III: Entre la sospecha y el temor: narrativas sobre el COVID-19.....	73
3.1. Memorias de enfermedades	73
3.1.1. Las epidemias de la viruela negra, el cólera y otras enfermedades.....	75
3.1.2. “Las enfermedades nos persiguen”: las consecuencias de los derrames	82
3.2. Nociones sobre el COVID-19: sobre la complejidad de la llegada de la enfermedad	89
3.2.1. “Toditos nos hemos contagiado”	89

3.2.2. Primer caso	94
3.2.3. “Pero, ¿cómo ha entrado la enfermedad?”	97
3.2.4. Contagios: el aire y la noche	98
3.2.5. Ausencia de fallecidos	109
3.3. Una línea ambigua: virus o enfermedad	111
3.4. Balance del capítulo	116
CAPÍTULO IV: Con la enfermedad viva en el cuerpo: experiencias de cuidado en pandemia.....	119
4.1. Medidas de prevención de contagios en la comunidad	121
4.2. Sintomatología de contagios.....	129
4.3. Cuidados y cuidadores	134
4.3.1. Respuestas de las redes de cuidado y sentires sobre una enfermedad vivida	134
4.3.2. “No había otra forma de curarse”: farmacias y medicinas vegetales.....	140
4.3.3. Atención del tópico de salud	150
4.5. “¿Cuándo voy a mejorarme?”: recuperación, recaídas y secuelas	155
4.6. Balance del capítulo	159
CAPÍTULO V: “¿Cómo habrá aparecido esa enfermedad?”: tensiones desde y sobre el cuidado	164
5.1. “¿Cómo vamos a vivir?”: cuerpos habitando después del derrame	165
5.2. “Lo hemos pasado como una simple enfermedad”	168
5.3. Conflictos en atenciones y traslados	171
5.3.1. El rechazo a los extraños.....	175
5.3.2. Hospitales: “¿Quién va a querer morir lejos de su familia?”	177
5.4. ¿Quién es el extraño? Comentarios en torno al hecho de nombrar a los casos y las rutas de contagio.....	182
5.5. “Ya no tenemos miedo”: cuidados después del COVID-19.....	184
5.5.1. Primeras impresiones de la vacunación contra el COVID-19.....	187
5.6. Más allá del COVID-19: temas pendientes de salud	197
5.7. Balance del capítulo	199
CONCLUSIONES.....	202
Bibliografía.....	206
Anexos.....	222

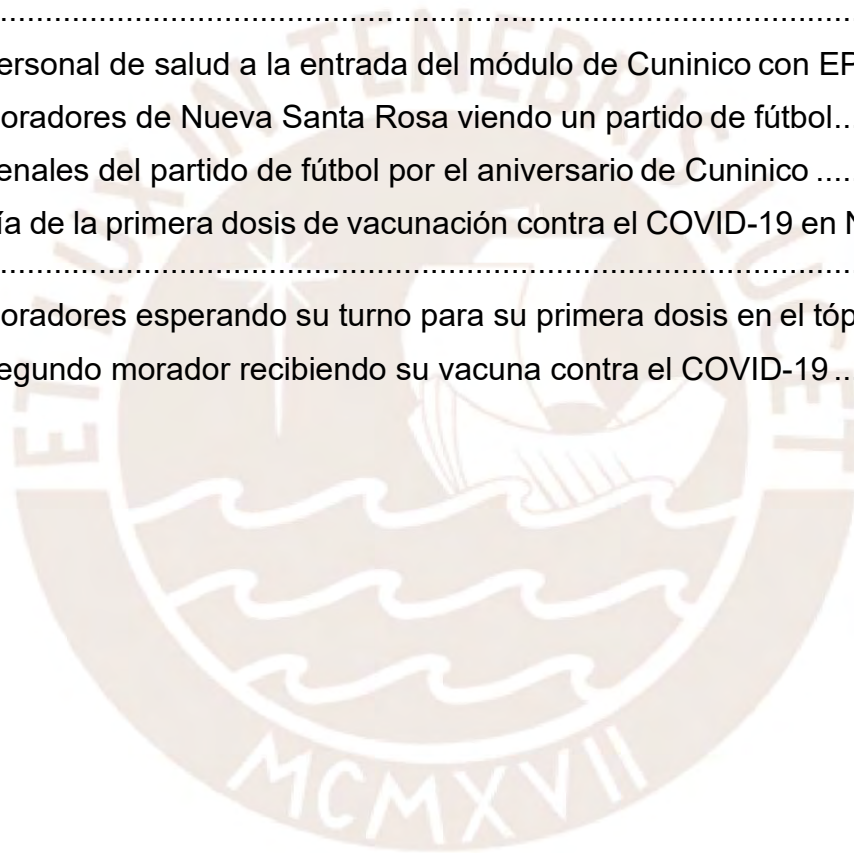
Índice de cuadros

Cuadro 1. Resumen de casos principales	64
Cuadro 2. Resumen de plantas medicinales	147
Cuadro 3. Resumen de nociones de salud y enfermedad	167



Índice de figuras

Figura 1. Mapa de comunidades de la FEDEPCUM.....	48
Figura 2. Letrero de la comunidad nativa Nueva Santa Rosa.....	51
Figura 3. Morador preparándose para salir en su bote	53
Figura 4. Trabajadores de roce y limpieza del Oleoducto Norperuano	83
Figura 5. El caño en el tramo del Oleoducto Norperuano por donde bajaba el derrame de petróleo.....	84
Figura 6. Mascarillas guardadas en la casa de Rómulo y Alicia	126
Figura 7. Técnico del tópicó completando el registro semanal de notificación epidemiológica de Nueva Santa Rosa	151
Figura 8. Personal de salud del módulo de Cuninico con un paciente recuperado en el 2020.....	172
Figura 9. Personal de salud a la entrada del módulo de Cuninico con EPP	173
Figura 10. Moradores de Nueva Santa Rosa viendo un partido de fútbol.....	186
Figura 11. Penales del partido de fútbol por el aniversario de Cuninico	187
Figura 12. Día de la primera dosis de vacunación contra el COVID-19 en Nueva Santa Rosa	190
Figura 13. Moradores esperando su turno para su primera dosis en el tópicó	192
Figura 14. Segundo morador recibiendo su vacuna contra el COVID-19	193



Índice de gráficos

Gráfico 1. Resumen de objetivos.....	6
Gráfico 2. Caso Julio y Filida	67
Gráfico 3. Caso Rómulo	70
Gráfico 4. Caso Alicia Q.	72
Gráfico 5. Línea de tiempo	128



CAPÍTULO I: Introducción

A pesar de las medidas drásticas de los gobiernos, la pandemia del COVID-19 avanzó rápidamente y la mitigación del impacto fue mínima. En el caso del Perú, uno de los primeros países que impuso restricciones a inicios del 2020, estas medidas y estrategias no impidieron la crisis de un sistema de salud ineficiente, sumado al agravamiento de los problemas estructurales existentes. Por lo que, quienes tuvieron las peores consecuencias fueron las poblaciones en situaciones más vulnerables. En este grupo descuidado por el Estado, se encuentran los pueblos indígenas. Si bien estos decidieron aislarse por su cuenta cerrando sus fronteras, esto no fue suficiente y el coronavirus llegó.

De acuerdo con Belaunde, Mendes dos Santos y Bolívar-Urueta (2020), además de mostrar las limitaciones estatales para concretar acciones; colectivos, grupos, comunidades y pueblos se organizaron exigiendo nuevos caminos para afrontar la crisis y activando conceptos y prácticas no necesariamente reconocidas por las autoridades estatales. De esta manera, la presente investigación plantea abordar las narrativas y experiencias de cuidado, durante la pandemia de la COVID-19, en relación con las nociones de enfermedad y cuerpo en la comunidad kukama Nueva Santa Rosa, ubicada en el distrito de Urarinas, departamento de Loreto. Algunos hechos relevantes de este territorio corresponden a las afectaciones a raíz de derrames de petróleo y a las epidemias constantes, como el caso de los brotes de dengue. Así, en consideración de las concepciones específicas referidas a salud y enfermedad de los kukama, este proyecto busca aportar en el grupo de investigaciones recientes de perspectivas locales a raíz de la pandemia para profundizar en las experiencias de comunidades indígenas frente al COVID-19.

De tal modo, este tema responde a tres ejes temáticos: las narrativas que circulan sobre el COVID-19 en la comunidad kukama kukamiria de Nueva Santa Rosa, la construcción de nociones de cuerpo a partir de las experiencias de cuidado y la respuesta de los lazos de convivialidad a las tensiones de los cuerpos sanos y enfermos. La introducción está estructurada en cuatro apartados en concordancia con las temáticas de los ejes presentados. En primer lugar, se presentará el tema de investigación, el estado de la cuestión incluye cuatro puntos: una breve historización del COVID-19, las epidemias y enfermedades en la Amazonía, estudios sobre

experiencias de COVID-19 y finalmente estudios específicos sobre el COVID-19 y el cuerpo en la Amazonía. En tercer lugar, el marco teórico incorpora los aportes de tres aproximaciones: la antropología de lo ordinario, el enfoque de corporalidad y el enfoque relacional del cuidado. En cuarto lugar, el diseño metodológico parte de un enfoque etnográfico y de carácter cualitativo. Por consiguiente, se presentarán las fuentes probables, técnicas y plan de análisis para el trabajo de campo, así como la estrategia operativa con algunos aspectos éticos a considerar en esta investigación.

1.1. Presentación y relevancia del tema

El 25 de febrero del 2020 se registró el primer caso de contagio de coronavirus por primera vez en América Latina, en Brasil. Once días después, el 6 de marzo, se reportó el primer caso de contagio en Perú y el 11 de marzo se declaró el Estado de Emergencia Sanitaria a nivel nacional, a la par que la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaraba al COVID-19 como pandemia mundial. Para el 17 de marzo, el virus ya había llegado a la principal ciudad de la Amazonía peruana, Iquitos.

Visiblemente, el primer aspecto notorio entre estas fechas es la rapidez de la expansión del contagio en los territorios en un breve lapso de días. Si bien hasta la fecha, todavía rondan preguntas sin respuestas claras sobre el COVID-19, existen algunas afirmaciones que se pueden hacer respecto a este. El COVID-19 es la enfermedad causada por un nuevo virus llamado SARS-CoV-2. El 31 de diciembre de 2019, la OMS tuvo conocimiento por primera vez de este nuevo virus en Wuhan, China. En cuanto a los síntomas habituales se encuentran la fiebre, tos seca, cansancio, dolor de garganta y dificultad para respirar. En relación con la rapidez de la propagación del COVID-19, este se transmite principalmente a través del contacto cercano de persona a persona. Hasta el momento, se continúa investigando y aprendiendo sobre las formas de propagación, entornos riesgosos y nuevas variantes (Ministerio de Salud, s.f.-a). Actualmente, existe un mínimo de 7 vacunas contra la COVID-19 validadas por la OMS.

En primera instancia, la medida sanitaria de prevención de contagios que el Estado peruano aplicó fue el aislamiento social, acompañado de la promoción de medidas de higiene para la prevención. En este punto, es importante notar que las ideas de aislamiento o distanciamiento social que resonaban como nuevas para la mayoría de la población resultaban ser claras para los pueblos indígenas. El hecho de

estar en aislamiento como protección es una de las estrategias y una forma de vida que ha sido utilizada históricamente, tanto ante las enfermedades como la violencia (Huertas y Cueva, 2020). Solo hace falta revisar la historia epidemiológica de la Amazonía para saber que las epidemias son parte de la memoria de pueblos indígenas. Santos Granero (1996) señala que la primera ola de cambios en la Amazonía se traza en torno al encuentro colonial donde las epidemias lograron cruzar rápidamente los territorios de la mano de los “conquistadores”. En ese sentido, el coronavirus se agrega a la lista de enfermedades traídas por “los blancos”.

Si bien no necesariamente todos encajamos en la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (1947) como “estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p. 1), cotidianamente, no es recurrente ser consciente de la vulnerabilidad de los cuerpos. Sin embargo, claramente, la pandemia del COVID-19 ha significado una reafirmación constante de la vulnerabilidad de todos nuestros cuerpos. Tal como menciona Vilaça (2020), ahora todos somos indígenas: ahora compartimos simultáneamente el desconocimiento, la incertidumbre, los temores y la fragilidad ante lo desconocido. En ese sentido, la pandemia del COVID-19 establece un contexto de desbalance en varias dimensiones. No obstante, precisamente, Cueto (2000) propone que las epidemias resultan ser una especie de lente de aumento que nos permite observar temores, prejuicios, normas y estereotipos sobre la enfermedad y el cuerpo.

Visto de ese modo, la pandemia ha expuesto la centralidad de los cuidados como eje organizador de la vida para la sostenibilidad de esta misma. Es decir, se ha reconocido de manera rotunda su ubicuidad en nuestro día a día. Este escenario de reconocimiento de valor de los cuidados pone sobre la mesa las reacciones ante esta pandemia, específicamente, las estrategias, actitudes y prácticas de cuidados que conforman nuestra experiencia en pandemia.

Particularmente, los antecedentes de abandono histórico estatal y precariedad del sistema de salud han tenido un fuerte impacto en la llegada del COVID-19 en pueblos indígenas. Aun ante las medidas de prevención, el COVID-19 ha tenido intensos efectos. Loreto ha sido una de las regiones más afectadas. Hasta la fecha del 17 de julio de 2021, de acuerdo con el Sistema de Notificación de la Vigilancia Epidemiológica, el reporte de casos sintomáticos de población indígena amazónica

señala que Loreto es la región más impactada por la pandemia. Oficialmente, la Sala de población indígena con COVID-19 reporta 7 656 casos indígenas en esta región (Ministerio de Salud, s.f.-b). Las cifras son un claro recordatorio de las limitaciones del Estado ante esta pandemia y de la situación de vulnerabilidad de las poblaciones indígenas. Ante este contexto que magnifica las amenazas de la pandemia, se debe enfatizar en comprender las respuestas de pueblos indígenas en sus propios términos, más allá de lo estrictamente sanitario. De tal modo, es relevante situar esta nueva enfermedad considerando las memorias de lucha contra epidemias pasadas o incluso paralelas. De hecho, en varias regiones de la Amazonía se han registrado casos y alertas epidemiológicas de dengue. Si bien la situación de pandemia ha significado dar sentido a lo desconocido, esto debe enmarcarse en las memorias existentes y, en general, en el contexto sociocultural. Esta contextualización es importante no solo para el análisis, sino en cómo los sujetos mismos toman en consideración esta memoria ante la incertidumbre.

En esta misma línea sobre el desconocimiento del virus, se destaca la ambigüedad sobre los cuerpos en varios sentidos, ya sea sobre la facilidad de su transmisión, los efectos que tiene el COVID-19 sobre estos, sus relaciones con otros cuerpos, la ausencia de un tratamiento específico, el hecho de no poder identificar fácilmente si es portador del virus, entre otros. Esta compleja y conflictiva relación con el cuerpo requiere ser analizada desde un enfoque etnográfico que note la forma en que las experiencias de cuidado dan forma a entender estos cuerpos expuestos y fácilmente transformables por la enfermedad.

De tal modo, a partir de un enfoque etnográfico y metodología cualitativa, la presente investigación tiene el propósito de explorar las narrativas y experiencias de cuidado, durante la pandemia de COVID-19, en relación con las nociones de enfermedad y cuerpo en la comunidad kukama kukamiria Nueva Santa Rosa del Bajo Marañón. La cuenca del Bajo Marañón es particularmente relevante debido al entorno contaminado a causa de reiterados derrames de petróleo y la historia epidemiológica de la zona. Así, específicamente, la investigación se centrará en tres casos de contagios de COVID-19 y sus respectivas redes de cuidado. Esta propuesta parte de una perspectiva del cuidado como relacional, la cual reconoce la vulnerabilidad inherente de los cuerpos. Esta explicita las diversas relaciones que tanto nos exponen ante las vulnerabilidades, pero también las que nos protegen, en medio de una

pandemia. Así, desde este enfoque se muestra que el cuidado es algo de lo que hemos dependido, así como el hecho de que todos somos dependientes en diferentes momentos de nuestras vidas. En ese sentido, la pandemia es uno de estos momentos en los que se hace mucho más evidente. El hecho de desindividualizar el cuidado y mostrarnos como seres relacionales es relevante para aproximarse al COVID-19 desde la cotidianidad, así como las formas de experimentar el cuidado en vista de las concepciones de salud y, sobre todo, de enfermedad de la comunidad kukama kukamiria. De tal manera, los conceptos claves para entender el cuidado son, por una parte, la enfermedad en relación con el proceso recurrente de dar sentido al coronavirus desde las nociones previas de las enfermedades, información circulante, los sucesos generales y las vivencias personales; por otra parte, el cuerpo en tanto este es central en las experiencias de contagios que desdoblán una serie de percepciones, emociones, acciones y preguntas en torno dar significado al mundo vivido desde la perspectiva kukama. Además, el marco para entender al COVID-19, tomará en consideración los efectos posteriores a este, dado que la enfermedad no termina solamente con su curación. Aunque aún no se ha clarificado definitivamente la lista de posibles alteraciones del cuerpo, existen secuelas y discusiones pendientes sobre la rehabilitación y reincorporación de los cuerpos.

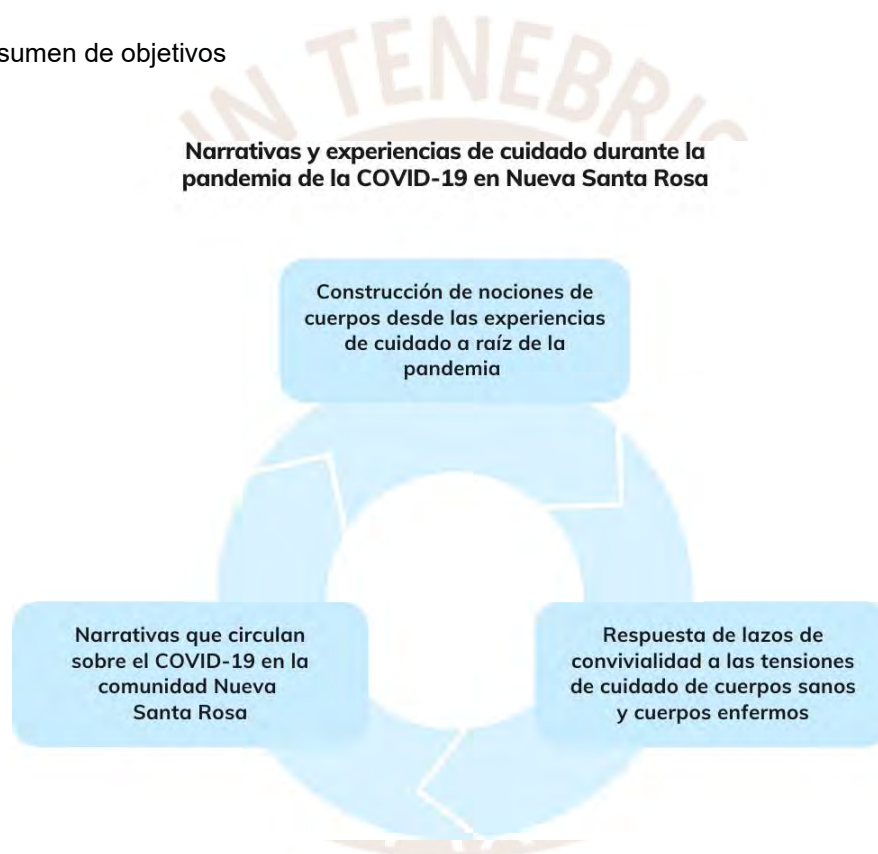
Cabe acotar que esta se sitúa en un contexto donde todavía persiste desconocimiento acerca del propio coronavirus, considero necesario examinar las experiencias y reflexiones de las personas durante la pandemia. En otros términos, es de carácter necesario poder mirar más allá de las estadísticas diarias de contagios; lo cual significa ver la enfermedad más allá de ser un hecho biológico y del modelo explicativo biomédico. En ese sentido, esta aproximación etnográfica aportará no solo a identificar las interpretaciones del COVID-19, sino comprender los sentidos y acciones en torno a la enfermedad y el cuerpo para los kukama. En consideración de lo expuesto, planteo los siguientes objetivos específicos: analizar las narrativas circulantes sobre el COVID-19 en la comunidad, exponer las maneras en que los significados de los cuerpos son construidos a partir de las experiencias de cuidado en el contexto de pandemia y, por último, examinar cómo las tensiones de cuidado de cuerpos sanos y cuerpos enfermos son respondidas a partir de los lazos de convivialidad.

Pregunta principal: ¿Cuáles son las narrativas y experiencias de cuidado durante la pandemia de la COVID-19 en relación con las nociones de enfermedad y cuerpo en la comunidad kukama kukamiria del Nueva Santa Rosa?

Preguntas específicas:

- ¿Qué narrativas circulan sobre el COVID-19 en la comunidad kukama kukamiria de Nueva Santa Rosa?
- ¿De qué manera las experiencias de cuidado a raíz de la pandemia construyen las nociones de cuerpos?
- ¿Cómo los lazos de convivialidad responden a las tensiones de cuidado de cuerpos sanos y cuerpos enfermos?

Gráfico 1. Resumen de objetivos



Fuente: Elaboración propia

En este gráfico, se muestra la interrelación de cada una de las temáticas abordadas respecto a las preguntas secundarias. Cada sección afecta y es afectada por los demás puntos que involucran diferentes actores y espacios. Además de los casos principales, sus redes, autoridades comunales, sabios y promotores de salud, este punto incluye al personal del tópico de Nueva Santa Rosa y el módulo de salud

de Cuninico. El primer punto comprende la manera en que las narrativas de la enfermedad toman forma en vista de la información difundida, pero también de las memorias de epidemias y las experiencias colectivas e individuales sobre el coronavirus. El segundo punto se centra en los significados sobre el cuerpo situados desde los casos de estudio y en relación con sus redes de cuidado. Si bien el foco principal son los casos de contagios, debido al contagio colectivo, los demás actores son igual de relevantes. Además, el cuidado de estos no se restringe en pensarlos solo a partir de periodo contagio, sino considerando sus prácticas de cuidado previas y posteriores a este. Por último, el tercer punto profundiza en las redes de cuidado en la medida de que tales relaciones de convivialidad responden a la posición ambigua y, por ende, tensa del cuidado de los cuerpos. Cabe señalar que las categorías de cuerpos sanos y cuerpos enfermos son de por sí inestables, así que el nuevo virus dificulta y cuestiona estas nociones.

A fin de responder cada una de estas preguntas, la estructura de esta investigación será de la siguiente manera. El segundo capítulo abordará las historias de los casos de estudio de los sujetos relevantes en los que se centra el trabajo de campo. A partir de esta descripción, cada uno de los siguientes capítulos responde a cada pregunta secundaria. El tercer capítulo comprende la intersección entre la sospecha y el temor en las narrativas sobre el COVID-19. El cuarto capítulo profundiza en las experiencias vividas de contagios y curaciones colectivas. El quinto capítulo se centra en prestar atención a los detalles sobre los cuidados en vista de los conflictos que supone la pandemia sobre estos. Finalmente, el último cierra con las reflexiones finales a partir de la información detallada en los capítulos anteriores, cuyo hilo conductor es entender la llegada de dicha enfermedad a la comunidad.

1.2. Estado de la cuestión

1.2.1. Breve historización del COVID-19

En esta sección, se hará un breve recorrido por los hitos más importantes del inicio del COVID-19. El 31 de diciembre de 2019, la Comisión Municipal de Salud de Wuhan notifica un conglomerado de siete casos de neumonía en la ciudad. Se sospechaba que dichos casos provenían del mercado de pescado y marisco de Wuhan. En los primeros días del brote, Li Wenliang alertó a sus colegas, a través de un chat de aplicativo, de un nuevo virus que se parecía al SARS y les recomendó usar

ropa protectora. Esta primera acción es el primer acto de cuidado de los momentos previos al comienzo de la pandemia. Luego, el médico sería una de las ochos personas acusadas de “difundir rumores” (South China Morning Post, 15 de febrero de 2020). Sin embargo, posteriormente se confirmó que los casos sospechosos eran causados por un nuevo coronavirus: SARS-Cov-2. De acuerdo con la cronología de la Organización Mundial de la Salud (2020), el 12 de enero de 2020 China hace pública la secuencia genética del virus causante de la COVID-19. Un día después, en Tailandia, se confirma el primer caso fuera de China y el 20 de enero de 2020 China declara una emergencia de salud pública a raíz del brote. Debido al alto riesgo mundial, el 11 de marzo, el director de la OMS declara que el coronavirus es una pandemia.

Primeramente, los coronavirus tienden a ser las causas de los resfriados comunes en adultos. Como otros virus, mutan frecuentemente y no solían representar una amenaza para los seres humanos. Sin embargo, una serie de eventos provocó que este saltara a huéspedes humanos. De hecho, la zoonosis es uno de los procesos cada vez más comunes en el campo de las enfermedades infecciosas emergentes y futuros brotes parecen inevitables (Lango, 2020). Si bien a simple vista este nuevo coronavirus podría parecer una enfermedad sin precedentes, esta pandemia debe verse en perspectiva con sus antecedentes. Como epidemia, el COVID-19 no fue la primera del siglo XXI. De acuerdo con Lango (2020), durante el 2002 y 2003, el SARS-CoV-1 fue la primera epidemia en los países del sudeste asiático y, posteriormente, en el 2012, el Síndrome Respiratorio Oriente Medio (MERS) que también es parte de los coronavirus. Así, se nota la extensa familia de virus¹ causantes de enfermedades que pueden provocar desde un resfriado común hasta un síndrome respiratorio agudo severo.

Cronología del COVID-19 en Perú

El 1 de febrero de 2020, el Ministerio de Salud presentó el “Plan Nacional Preparación y Respuesta frente al riesgo de introducción del Coronavirus 2019-ncov” a través de la Resolución Ministerial N.º 039-2020-MINSA. Aunque la mayoría de

¹ Estos fueron controlados con métodos de control actualmente familiares como el rastreo agresivo de contactos y el aislamiento. Tratamientos antivirales y vacunas nunca fueron desarrolladas en dichos casos. Sin embargo, a diferencia del COVID-19, dado que estos últimos tuvieron una propagación reducida de persona a persona, su impacto global fue limitado.

países de América Latina no contaban con vuelos directos con los países donde se había detectado la transmisión del COVID-19, la principal forma de introducción del virus identificada era a través de viajeros internacionales. Acorde al contexto epidemiológico internacional, la eventual introducción del virus era descrita casi como inevitable y, por tanto, el propósito del plan era reducir el impacto sanitario, social y económico. Se enfatizó la vigilancia y respuestas de prevención y control ante el riesgo de ingreso al territorio. Como se había previsto, el 6 de marzo de 2020, se registra el primer caso o “paciente cero” de un piloto de Latam que regresó al país después de vacaciones por Europa. Ante esta situación de transmisión focalizada, el 8 de marzo, el Ministerio de Salud establece los lineamientos para la atención y el manejo clínico de pacientes con COVID-19, vía la Resolución Ministerial N.º 084-2020-MINSA. Estos lineamientos de prevención, atención, tratamiento y recuperación catalogaban a los casos de cuatro maneras: sospechosos, probables, confirmados y descartados² de COVID-19. Para el 9 de marzo, ya había nueve casos nuevos confirmados. Ante el incremento del temor de la población, se abrió la Línea 113 para brindar información acerca del coronavirus y avisar de posibles casos de la enfermedad.

Poco a poco, mientras los casos aumentan, el Gobierno incrementará las medidas para contener la expansión de la enfermedad. El mismo 11 de marzo que la OMS declara la pandemia mundial del COVID-19, el Gobierno declara la emergencia sanitaria a escala nacional, por el plazo de 90 días calendario. Se postergó el inicio del año escolar y quienes llegasen de países procedentes de Italia, España, Francia y China debían cumplir con un aislamiento domiciliario por 14 días. Las siguientes medidas incidirán en la prohibición de concurrencias masivas. El 12 de marzo se conformó la “Comisión Multisectorial de Alto Nivel” para conducir las labores de coordinación y articulación orientadas a la prevención, protección y control del COVID-19. Al día siguiente, se suspende el ingreso de los vuelos desde Europa y Asia para mitigar la expansión del coronavirus. El 15 de marzo de 2020 se aprueba el Decreto Supremo N° 044-2020-PCM que declara el estado de emergencia nacional por el plazo de 15 días, el cual continuaría extendiéndose. Este dispone el aislamiento social obligatorio (cuarentena) a consecuencia del brote y se cierran las fronteras. A pesar de las medidas drásticas y las demandas de organizaciones indígenas, la ruta de contagio siguió avanzando hasta la Amazonía con el primer caso confirmado el 17 de

² Es importante destacar que en la normativa abundan este tipo de categorías respecto al cuerpo.

marzo en Iquitos. Poco después, la primera muerte en el Perú fue confirmada el 19 de marzo en Lima. Ante esta situación, Pesantes y Gianella (2020) remarcan que las autoridades nacionales no respondieron ante las solicitudes de organizaciones indígenas, así que estas últimas realizaron iniciativas propias para responder a la emergencia sanitaria.

Tal como se ha descrito, las respuestas del Estado para abordar la emergencia del COVID-19 se resuelven desde los ejes de vigilancia, contención y respuesta frente al riesgo, en relación con las recomendaciones internacionales de la salud de aislamiento e higiene. Al contrario de imaginar al COVID-19 como externo a lo social, las prácticas de cuarentenas, cierres de fronteras y la insistencia en las prácticas de higiene son ejemplos de la implicancia del virus en nuestros comportamientos ante una crisis global. La primera evidencia de estas prácticas es que el comportamiento de las personas puede cambiar según los mandatos institucionales, acompañado de una dosis de pánico de vaciar los estantes de papel higiénico; lavado frecuente de manos; incremento de uso de desinfectantes y mascarillas; evitar abrazar, besar o dar la mano al saludar (Manderson y Levine, 2020). Los conocimientos incorporados por los mandatos han modificado las rutinas diarias, aunque no a todos del mismo modo.

Por otra parte, el discurso predominante acerca del COVID-19 se ha armado desde un lenguaje bélico. Una metáfora de la guerra tiende a asociarse a tres aspectos: la obediencia, la identificación del enemigo y la defensa del grupo (Sabucedo, Alzate y Hur, 2020). Este discurso sobre “el enemigo invisible” hace difícil entender qué tipo de guerra estamos enfrentando. Las estrategias del gobierno actúan desde las lógicas de la obediencia y la disciplina ante una “guerra total continua” que no tiene fin, ni tregua, ni límites. Sin embargo, construir una retórica del virus como generador de todos los problemas de la pandemia oculta las situaciones preexistentes de desempleo, sistemas de salud ineficientes, desigualdad social (Dias y Deluchey, 2020). El coronavirus no es un enemigo, sino un agente parasitario que genera nuevas partículas virales ante el cual no hay guerra por librar (Caso, 2020). Por eso, la retórica bélica tiene el objetivo de enmascarar la verdadera guerra ante un neoliberalismo político y económico que nos ha convertido en cuerpos vulnerables y precarios frente a este virus, así como, desde la necropolítica, los gobiernos deciden qué cuerpos exponer a la enfermedad y la muerte (Dias y Deluchey, 2020).

Otro punto notorio del discurso del COVID-19 se muestra en las contradicciones de las políticas para atender a la población durante la pandemia. De acuerdo con Calcina y Atamain (2021), en la lógica del gobierno peruano, era necesario romper las diferencias y generar una situación de igualdad. En ese sentido, el Estado debía ofrecer a todos un mismo servicio para el beneficio común como se expresa en la normativa. El criterio es que el COVID-19 afecta a todos, así que, como todos estamos en riesgo, las medidas deben darse a todos por igual. Sin embargo, esta decisión de partir de una base de igualdad obviaba las diferencias existentes y las situaciones de vulnerabilidad de poblaciones específicas como pueblos indígenas. Estos últimos, al no contar con el apoyo del gobierno, cierran sus comunidades a los foráneos. Ante las demandas de organizaciones indígenas, el Estado implementó medidas para la contención de la pandemia, pero estas no respondieron a lineamientos de interculturalidad. Por lo que, los autores señalan que durante la pandemia no estamos hablando sólo de un Estado ineficiente en relación con el desarrollo de políticas indígenas, sino también esquizofrénico, puesto que implementó políticas, bajo el principio de ciudadanía diferenciadas, pero sin la pertinencia cultural. Incluso si bien reconocía las diferencias, se esforzaba por no cumplirlas. Cabe agregar que, a inicios de febrero de 2021, el Perú inició su campaña de vacunación que avanza lentamente en el territorio amazónico.

1.2.2. Epidemias y enfermedades en la Amazonía

A fin de revisar el panorama de epidemias, Gómez (2001) marca distinciones sobre las enfermedades que se encuentran en la Amazonía entre “autóctonas” e “introducidas”. Respecto a las autóctonas, se menciona HTLV- II, la hepatitis delta, la malaria por Plasmodium malarie, la bartonelosis, la enfermedad de Jorge Lobo, algunas treponemosis (sífilis, pinta), algunas helmintiasis (Echinococcus granulosus, Trichinella spiralis, Enterobius vermicularis, Trichuris trichiura), entre otras. Entre las enfermedades introducidas se encuentra el sarampión, la viruela, la gripe, la rubéola, la parotiditis, la malaria, la oncocercosis, y la esquistosomiasis, entre otras. Los relatos más numerosos de epidemias corresponden al sarampión, viruela, disentería y gripe, las cuales después del contacto jugaron un papel muy importante en la conquista y colonización del Nuevo Mundo (Regan, 1993; Buchillet, 2002). Debido al fuerte impacto diezmador de tales epidemias se profundizará en dichas enfermedades introducidas. De acuerdo con Santos-Granero (1996), la literatura de

la primera ola de cambios, situada en el encuentro colonial en la Amazonía, destaca el impacto demográfico a causa de las epidemias de las enfermedades de “los blancos”³ que cruzaron el Atlántico a mano de los “conquistadores”. En palabras de Crosby (1974), cuando se rompió el aislamiento de las Américas y Colón unió las dos mitades de este planeta, los indígenas se encontraron por primera vez con los asesinos invisibles que llegaron junto con estos hombres blancos y sus acompañantes (p. 323). Respecto a esto último, la malaria llegó a América del Sur a partir del tráfico de esclavos desde África en los siglos XVI y XVII (Bustíos, 2014) y la fiebre amarilla se registra desde mediados del siglo XVII, importada también por esclavos africanos (Cabezas, Espinoza y Ruiz, 2005). Estas enfermedades se caracterizaron por ser de rápida propagación y alta letalidad. Myers (1998) calcula que es probable que las epidemias extranjeras hayan sido introducidas para el siglo XVI⁴ durante la época de exploración (1540-1570). Cabe recalcar que las misiones religiosas cumplieron un rol en los procesos de contacto con las poblaciones indígenas, cuya introducción en las misiones también fue determinante en la difusión de nuevas enfermedades (Espinosa, O, Romio, S., y Ramírez Colombier, M., 2021, p. 21). Regan (1993) afirma que gran parte de la población en las misiones solía morir durante los primeros años de fundación. El hecho de haber sido las primeras sumaba dificultades porque los indígenas no tenían resistencias previas, ni por genética ni por experiencias anteriores (Crosby, 1967; Myers, 1974; Cook, 1981; Myers, 1998). Esto causaba que dichas epidemias del siglo XVI fueran más devastadoras que las de los siglos siguientes. En relación con los kukamas, en el siglo XVII se detalla que hubo una peste no identificada en 1644 que causó una reducción de 10 000 - 12 000 habitantes a 1 500 - 1 800 en el lapso de 7 años (Figueroa, 1904, p. 104). Cuando los jesuitas visitaron por primera vez los kukama en 1644 había miles de ellos, pero una peste mató al 70% de estos (Myers, 1974). Es así que, durante los siglos XVII y XVIII, hubo una epidemia casi en cada generación de catarro, fiebre, disentería, viruela, sarampión que eliminaron, redujeron o simplificaron pueblos (Myers, 1988). A propósito de las incursiones de misioneros y colonos a lo largo de los ríos Ucayali, Marañón y Napo,

³ Durante la colisión histórica del contacto, las guerras de conquista y resistencia, reducciones, trabajos forzados, etc. también se sumaron al violento proceso de disminución demográfica e incluso exterminio de pueblos.

⁴ A pesar de que hubo una epidemia general de viruela y sarampión en el Perú en 1558 y posteriormente de gripe en 1558-1559 (Dobyns, 1963, pp. 498-501), no es preciso sus efectos en la Amazonía debido a la ausencia de europeos observadores (Myers, 1998).

alrededor de 1780, “epidemias de gripe, viruela, sarampión y otras enfermedades contagiosas llevaron a una mayor despoblación” (Pinedo, 2021, p. 9). Cabe especificar que la propagación de enfermedades no solo era debido a los europeos, sino también a través de los caminos y rutas de intercambio locales (Myers, 1988).

Durante el boom del caucho (1882-1912), el auge cauchero atrajo a un gran número de migrantes. En esta segunda ola de cambios, la forzosa entrada de la Amazonía al mercado internacional fue, en efecto, una segunda gran oleada de epidemias. Con el objetivo de obtener mano de obra indígena para la extracción, hubo un fuerte clima de violencia con consecuencias en términos demográficos de exterminio de pueblos que incluso habían sobrevivido a la primera ola (Santos-Granero, 1996). Por ejemplo, implicó la llegada de nuevas enfermedades que para ese entonces eran desconocidas como la tuberculosis y la lepra (Molina, Varela y Lossio, 2020). Cabe agregar que la explotación del caucho fue un proceso devastador para los pueblos indígenas en condiciones inhumanas, dado que eran cazados y obligados a trabajar o sino eran torturados y asesinados. De acuerdo con Gasche (2017), la violencia de la época de explotación del caucho significó matanzas, torturas, desplazamientos, eliminaciones físicas y coerciones debido a las características del trabajo, así como las condiciones de esclavitud. El autor señala que una de las consecuencias inmediatas fue la desaparición física, ya sea por asesinatos o muertes causadas por enfermedades. Así, la violencia cauchera y las enfermedades causaron un nuevo colapso demográfico. A pesar de que determinar una cifra de quienes murieron en dicha época como víctimas de asesinatos, torturas y enfermedades, la desarticulación de grupos indígenas debido a la desaparición de sus miembros es un indicador de que fueron miles (Chirif, 2017, p. 21).

En el siglo XX, de acuerdo con Cueto (2000), existen enfermedades que, dada su extensión y frecuencia, llegan a ser aceptadas como parte de la cotidianidad como la malaria. Una característica geográfica importante es que la época de más malaria es durante la temporada de lluvia cuando hay más precipitación que impide la conservación de larvas. Además, la malaria se agravaba mucho más en la Amazonía que en la costa debido a las infecciones intestinales, la ausencia de servicios de salud, entre otros. A inicios de dicho siglo, durante las epidemias de malaria en Loreto, se favorecía que los niños se contagien a dicha edad a fin de que, en el futuro, no tuvieran infecciones más agudas (Bustíos, 2014). La epidemia avanzó rápidamente con la

colonización de la selva. Según menciona Cueto (2000), la roza y quema para deforestar permite que la lluvia cree reservorios de agua que se convierten en criaderos, así como la construcción de carreteras creó pantanos y charcos. El punto es que esta enfermedad fue considerada un hecho natural por muchos años. A través de la campaña de erradicación, la enfermedad endémica casi desapareció; es decir, permaneció en niveles bajos. Sin embargo, el autor percibe que para inicios del siglo XXI existe una situación similar menos grave de considerar a la malaria como “una parte inevitable de la vida, de la que no podrán escapar” (Cueto, 2000, p. 171). En las décadas siguientes hubo más intentos de eliminar la malaria sobre todo en áreas de alta incidencia como Loreto; sin embargo, el ciclo de resurgimiento y control se sigue repitiendo (Soto-Calle et. al, 2017).

Por otra parte, si bien los primeros reportes de dengue se sitúan en algunos años del siglo XVIII y XIX, la reemergencia del dengue en el siglo XX con la introducción del *Aedes aegypti* se detecta en octubre 1984 en Iquitos (Phillips et. al, 1992). Antes de este brote, no se había documentado ningún caso de dengue autóctono en el Perú (Piñeros, 2010). En 1990, hubo una explosiva epidemia de dengue clásico por DENV-1 en las principales ciudades de la Amazonía y, años después, casi todas las áreas del país presentan casos de dengue (Cabezas et. al, 2015). Similar a la malaria, cuando aumentan las lluvias y la temperatura sube, los casos de dengue también se incrementan. Recientemente, durante la pandemia del COVID-19, hubo tanta centralización por combatir este virus que se dejó de lado las estrategias contra el dengue (Santos, 6 de abril de 2021). Este último tuvo un resurgimiento exorbitante en Loreto, una de las regiones más afectadas por la pandemia, que levantó una alerta epidemiológica.

Por último, entre 1983 y 1987, el Estado reconoce la existencia del SIDA en el país y crea organismos especializados (Cueto, 2002). La epidemia de SIDA que se había propagado por el mundo había tenido sus primeros casos en la Amazonia en 1986 (Alecrim, 2001). Nuevamente, la cercanía con “los blancos” vino de la mano de otras “enfermedades del sexo” (Unesco, 2014). Los estudios epidemiológicos muestran que los casos de VIH-Sida fueron avanzando sigilosamente en los pueblos indígenas de la Amazonía peruana (Portocarrero, 2015). Si bien la mayoría se concentra en las ciudades urbanas de Lima y Callao, Loreto ocupa el tercer lugar de

frecuencia de casos acumulados (Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, 2020).

En ese sentido, la aparición o introducción de nuevas o enfermedades conocidas se debió a la búsqueda de nuevos espacios y migraciones que facilitaban su (re)emergencia (Gómez, 2001). Además, como se ha detallado, las enfermedades también pueden ser endémicas; es decir, afectan de forma permanente o en determinados periodos a una región. Estos hechos evidencian que las epidemias y, en general, las enfermedades no solo están instaladas en los cuerpos, sino también en los territorios. En el caso de la pandemia del COVID-19, esta ha delimitado geográficamente la capacidad del Estado de responder ante una crisis de salud en hechos como qué tan temprano se reconoce el riesgo de la enfermedad o la accesibilidad a la atención médica. Si bien se determinaron prácticas comunes de distanciamiento social y aislamiento para reducir los casos confirmados y las tasas de mortalidad, las especificidades locales de estructuras económicas, la gobernanza y culturales permiten, pero también limitan el control de la pandemia (Lam Chung, Xu y Zhang, 2020). De tal modo, la pandemia propone una geografía de la enfermedad que nos toca a todos; sin embargo, las consecuencias y pérdidas de esta debe verse en términos de las desigualdades y las respuestas, a veces fallidas, de la gobernanza de los territorios.

1.2.3. Estudios sobre experiencias de COVID-19

La literatura reciente acerca de las experiencias de COVID-19 tienen como punto de partida los conceptos de la fenomenología planteados por Merleau-Ponty. La literatura describe las maneras en que el nuevo virus construye a los sujetos y despierta autocuestionamientos sobre ellos mismos y su relación con sus cuerpos. Las experiencias más predominantes se centran en dos temáticas. Por un lado, están los estudios de casos desde la perspectiva de quienes han estado enfermos de COVID-19, ya sea hospitalizados y/o aislados en casa. Por otro lado, se abordan los conflictos y resignificaciones del cuerpo ante las experiencias de cuidado que supone evitar contagiarse del coronavirus. Dentro del otro grupo de estudios no menos importantes están las experiencias del personal de salud de COVID-19: las jornadas de cuidado de las enfermeras (Monjazebi et. al, 2021; Villar, Nashwan, Mathew et. al, 2019), personal que ha trabajado con limitado equipo protector (Iheduru-Anderson,

2020) y personal del área de UCI (Abdelsattar et. al, 2020; Sahoo et.al, 2020). Dado que la literatura sobre el tema sigue siendo reciente, es importante resaltar el momento en que estas fueron escritas, debido a que las circunstancias y los conocimientos sobre el coronavirus han ido variando en este corto periodo de tiempo.

En las primeras investigaciones de experiencias de contagiados, se destacan estudios de enfoque cualitativo para explorar las experiencias vividas de personas diagnosticadas con COVID-19 y el respectivo impacto en sus vidas. En Dinamarca, Missel, Bernild, Christensen, Dagyarán y Berg (2021a), realizaron dos estudios entre marzo y abril del 2020, cuando no existían indicios de una vacuna para la enfermedad y la metodología usada a fin de evitar contagios fue por teléfono. En el primer estudio, al inicio de sus trayectorias de enfermedad, los participantes narraron que no podían confiar en su cuerpo, ya que percibían que este no actuaba normal. Al ser admitidos en un hospital, su cuerpo fue objetivado al ser pesado, medido, observado y monitoreado. A pesar de las limitadas interacciones con el personal, la experiencia de recibir antibióticos, monitoreo de oxígeno y la revisión de sus signos vitales los hizo sentirse cuidados. Sin embargo, el hecho de ser cuerpos enfermos significaba la posibilidad de ser vistos como tóxicos o peligrosos y que nadie quisiera acercarse a ti. Después de haberse curado, sus cuerpos eran los testigos de la enfermedad y se sentían nerviosos por el incremento de conciencia en y de su cuerpo. Eso derivó a un proceso de aprender a confiar, reconectarse y tomar el control tanto con su cuerpo y sus sensaciones, sobre todo seguridad de que estaban bien. En la vuelta a la sociedad, el cuerpo de alguien que ha estado enfermo de COVID-19 está marcado: eran percibidos como sospechosos, sus cuerpos eran símbolos de temor (Missel et. al, 2021a). En el segundo estudio, en el curso de la enfermedad, se describe que el nuevo coronavirus no es solo un virus, sino una amenaza a la existencia: afrontar su mortalidad era confrontar su vulnerabilidad. No obstante, las relaciones ordinarias de los participantes fueron también partes claves de las narrativas que expresan sentir el cuidado, atención y amor durante la enfermedad. Incluso, llegaron hasta el punto de estar tan sorprendidos por su red de cuidado que no sabían cómo iban a pagarles después de tanta atención. Esta red de cuidado participó en el proceso de curación, asumiendo la corresponsabilidad del enfermo. Cabe resaltar que, durante el relato del aislamiento, se centraba en la idea de no poder tocar y un *skin hunger* por la ausencia de esta intimidad (Missel, Bernild, Christensen, Dagyarán y Berg, 2021b).

En estos aspectos de casos de contagios, un término relevante ha sido el *long-COVID*: la condición de las personas enfermas por COVID-19 que no se recuperan por completo después de unas semanas o incluso no logran recuperarse del todo⁵. Esta puede afectar a cualquier persona que haya tenido COVID-19, incluso si tuvo síntomas leves o no tuvo ningún síntoma (Cirruzzo, 2021). En los recientes estudios cualitativos de experiencias *long-covid*, para muchos participantes, esa fue la primera vez que tuvieron la oportunidad de contar sus historias. Por un lado, Kingstone et. al (2020) señala que los participantes a menudo lidiaban con sus síntomas solos, a la espera de que estos no empeoren. Si buscaban soporte, acudían a páginas o grupos en línea. Por otra parte, describieron haber tenido dificultades en encontrar a un doctor “correcto” que creyera y validara que sus síntomas. Por lo que, los participantes vivían con miedo e incertidumbre, sentían que los síntomas persistentes los habían cambiado y ya no eran quienes solían ser. Por otro lado, Taylor et. al (2021) aborda las experiencias de doctores como pacientes del *long-COVID*. Los participantes concuerdan en la impredecibilidad de sus síntomas y la búsqueda de consejos en línea para darles sentido. A pesar de ser doctores, estaban decepcionados por el desinterés de los doctores a quienes consultaban, pero pudieron adquirir consejos de colegas y amigos. Además, a pesar de no haber un tratamiento específico basado en evidencias, optaron usar medicinas complementarias como suplementos o acupuntura.

Cabe agregar que además de estudios de personas contagiadas en general, también existen estudios cualitativos de casos de contagios específicos: diagnósticos de personas negras (Aliyu, Travers, Norful, Clarke y Schroede, 2021) y pacientes de COVID-19 admitidos en Camas de Cuidado Intensivo (Norouzadeh et. al, 2021; Sahoo et. al, 2020). Estos estudios coinciden en que, si bien habían estado acostumbrados a condiciones médicas complejas, estas no eran punto de comparación para el COVID-19. En general, los estudios mencionados hasta este punto concuerdan en que la mayoría experimentaba mucha soledad a causa del aislamiento, pero también miedo de contagiar a otros antes de la hospitalización y después del alta. Incluso después del COVID-19, aún creían que los síntomas volverían y, por otro lado, los demás aún los consideraban portadores del virus.

⁵ La duración o la severidad del *long-COVID* todavía no es clara, pero las personas que luchan con estos síntomas persistentes se autodenominan *long-haulers*.

Además de tales investigaciones, en el plano artístico, algunos peruanos han plasmado sus experiencias e historias personales a lo largo de la pandemia. El retablista ayacuchano Edilberto Jiménez (2021) publicó el libro *Nuevo coronavirus y buen gobierno* con dibujos y testimonios sobre la crisis sanitaria. Asimismo, Santiago Yahuarcani expuso “El COVID-19 pelea contra los Abuelos”⁶, una pintura que surge de la experiencia personal de enfermedad de Santiago (Paredes, 20 de febrero de 2021). En otro trabajo más reciente, Yahuarcani (2021) narra su experiencia de los primeros meses de la pandemia en Pebas con fotografías y pinturas. En estas se representan temas sobre el desgaste emocional de la amenaza del COVID-19, el abandono del Estado a los pueblos indígenas y la protección ante la enfermedad.

Por otro lado, como se mencionó, las experiencias de COVID-19 ante la amenaza del contagio, se enmarcan en la política de cuidado de prácticas de aislamiento y distanciamiento. En “The locked-down body”, Carel (2020) desarrolla el cuerpo a partir de la experiencia del aislamiento con énfasis en los cambios de nuestras vidas y hábitos. Aclara que a lo largo de nuestras vidas tendremos situaciones o eventos desestabilizantes a modo de experiencias de ruptura. Sin interés de minimizar estas, la pandemia dio un giro a la vida de todos, en diferentes grados de acuerdo al contexto, que hizo de los cuerpos un lugar de preocupación. Con estos cambios, la ahora “nueva normalidad” supuso notar la plasticidad entre lo que se define como normal y lo que no. Esto afecta el sentido de nuestras experiencias de “encierro” porque manifiesta nuestra capacidad limitada de control y nuestro disgusto por admitir que somos imperfectos, vulnerables y dependientes de otros. De igual modo, sobre la base de que la política local-global ineludiblemente comienza y termina en y con los cuerpos, en el capítulo “Conflicted Bodies”, Purnell (2021) explora autoetnográficamente la primera ola del COVID-19 (primavera-verano de 2020) en el Reino Unido respondiendo la pregunta “¿cómo se siente el COVID-19?”. Respecto a la negación del contacto como medida sanitaria, esta negación sensorial a partir de las políticas de distanciamiento social han sido procesos de (re/des)encarnación individual y colectivamente. Sin embargo, algunos cuerpos pueden seguir adelante, mientras otros sienten el peso de la pandemia. Asimismo, con la llegada de la pandemia, los cuerpos que perdieron el contacto fueron literal, visceral y

⁶ Se representa al coronavirus como un monstruo con látigos. Contra este, están peleando el dueño chuchuwasi, la toronja, el ajo sachá, el jengibre disparando flechas. Las figuras en la parte inferior son los abuelos uitoto defendiendo a las personas para que los espíritus dominen al COVID-19.

violentamente separados (Purnell, 2021, p. 143). La experiencia vivida de la pandemia retorna con fuerza a nuestros cuerpos. Este aspecto de los procesos de (re/des) encarnación muestran quienes somos. Es decir, en este redescubrimiento forzoso del cuerpo, ontológica y existencialmente queda claro que nuestras relaciones con otros hacen quienes somos.

En relación con la experiencia del tacto, Dahiya (2020) aborda la reorientación de los sentidos ante la amenaza del contagio. Nuestra corporalidad se ha construido a través del miedo y la prohibición desde aspectos mínimos como no tocarnos la cara o desinfectarnos constantemente. Cabe aclarar que el contagio es un efecto inevitable de vivir con virus, ya que son las entidades más abundantes. De tal manera, el contagio siempre está rodeándonos. Esta idea cuestiona pensar la respuesta de defensa del cuerpo como inmunidad, sino como comunidad. En la experiencia “visceral” del cuerpo, el COVID-19 es un virus y una relación. Así, a partir de este miedo al contacto, hemos sido conscientes de nuestra materialidad y vulnerabilidad (Dahiya, 2020). En esa misma línea, en “Rastros humanos en las superficies del mundo”, Butler (2020) escribe sobre las huellas y rastros de las personas que van dejando a su paso. Este ensayo se escribió cuando todavía la información acerca del COVID-19 era difusa y se sostenía que una forma de contagio importante era a partir de las superficies. Aunque ahora se ha mostrado que esta no es una forma principal, la discusión de la autora plantea analizar los objetos como productos sociales, constituidos por relaciones sociales, que nos conectan unos con otros. En ese sentido, a pesar de decir que alguien “tiene el virus”, el COVID-19 no pertenece a un cuerpo, llega, entra y se marcha. El punto a visibilizar aquí, en este tránsito del virus, es quiénes son las vidas más amenazadas.

1.2.4. Estudios sobre el COVID-19 en pueblos indígenas amazónicos

Esta última sección, presenta estudios más específicos situados en la Amazonía que aborden los conceptos del COVID-19 y el cuerpo. Por un lado, el primer grupo de estudios corresponde a las primeras publicaciones hechas a finales del 2020 e inicios del 2021. En el departamento de Amazonas, a pesar de la adopción de medidas de aislamiento al inicio de la pandemia, hubo una alta tasa de contagio awajún. Específicamente, en Condorcanqui, Cardenas y Reymundo (2021) recopilan las narrativas de dos líderes awajún sobre la proliferación del COVID-19 a través de

un diálogo llamadas telefónicas y audios de WhatsApp durante el mes de junio. Desde que hubo conocimiento acerca del virus, se cerraron las fronteras y se solicitó la atención del Gobierno, ya que sino “a dónde vamos a llevar a nuestros muertos”. Dentro de estos relatos se destaca que, a pesar de las precauciones, hasta la última comunidad fronteriza tenía contagiados. El punto crítico es que, si bien existía un discurso de medidas de prevención y protección estatal, paradójicamente, el Gobierno fue quien trajo el virus a través del reparto de bonos de programas sociales. Ante la falta de intervención estatal en los territorios, se recurrió al uso de plantas medicinales.

En el caso de Brasil, Azevedo et. al (2021) analizan las narrativas de antropólogos indígenas de Manaus respecto a sus lecturas sobre el coronavirus y los diversos tratamientos, sobre todo los de plantas medicinales. Se señala que el chamán cumple un rol importante para la prevención, protección y curación de enfermedades. Describen que las enfermedades circulan entre los diferentes niveles del cosmos y a veces estas alcanzan el nivel donde viven las personas. Algunas son más fáciles de luchar en comparación con otras que no se ubican en el campo del conocimiento indígena. Visto de ese modo y acorde a lo peligroso del COVID-19, había el reto de encontrar la fórmula para combatir el virus. A pesar de los efectos positivos de las ceremonias de curación, el virus no moría del todo y dejaba secuelas. Más que eliminar al virus, se decía que se lo enviaba de regreso por donde vino. La recuperación de la salud es paulatina, ya que la persona que estuvo contagiada ya no es normal, se siente “muerta por dentro”. Cabe agregar que quienes se curaron con las infusiones de hierbas evitaron ir al hospital. El hecho de evitar el hospital era importante porque podía significar no regresar a sus hogares.

A raíz de conversaciones a lo largo de la cuarentena con los Urarinas del río Chambira, Fabiano y Nuribe (2020) exploran acerca del *kurunavirus*, su origen y propagación, desde la perspectiva del mito urarina de la creación de las enfermedades. Como en otros casos, la experiencia de las epidemias se asocia a lo lejano, lo distante: la enfermedad viene de lejos. Hubo un aprendizaje de esta que no partió de la difusión estatal, sino de los cuentos y la experiencia propia. Esta falta de comunicación sirvió para alimentar rumores de los contagios y el miedo. No obstante, sabían que debían enfrentarse al virus haciendo uso de sus recursos y conocimientos. Respecto al mito de la creación de las enfermedades, esta es una historia de muerte y venganza que explica el origen de distintas enfermedades como el sarampión, la

gripe, la diarrea, etc. Ante estas enfermedades y el aumento de contagios de un nuevo virus, la respuesta urarina no depende de esperar a alguien más, sino a organizarse para enfrentar la emergencia sanitaria.

Anda y Trujillo (2021) abordan las narraciones sobre experiencias vividas de cómo una familia indígena de la comuna kichwa 5 de Agosto para hacer frente a la enfermedad por COVID-19. Estos relatos presentan reflexiones acerca de los saberes para el tratamiento de epidemias, al igual que la experiencia histórica de enfermedades pasadas. El hecho de haber tolerado la pandemia se sostuvo en un panorama de cuidado sobre la base del rol de la conservación del bosque amazónico y su control por parte de las familias y comunidades indígenas. Las medicinas, recursos naturales y saberes para sobrevivir a enfermedades fueron elementos conformaron una protección acumulativa. Si la enfermedad que enfrenta al cuerpo fracasa, se debe a la posición ventajosa lograda a través de tales defensas. En ese sentido, las dinámicas de experimentación dependen de si es un cuerpo que ha acumulado experiencias o si carece de estas.

En las notas etnográficas en el territorio waorani durante los primeros dos meses de cuarentena en Ecuador, Bravo-Díaz (2020) describe las estrategias interpretativas y de salud preventiva frente a la pandemia. Una de estas fue la repetición de relatos acerca de epidemias pasadas, sobre todo de las enfermedades “importadas”. La reactivación de la memoria principal fue acerca de la epidemia del polio, debido a su gravedad. Sin embargo, una diferencia marcada que puso en tensión el contacto fue la incapacidad de los blancos de controlar el coronavirus. Respecto a la salud, sus prácticas corporales se caracterizan por ser un esfuerzo colectivo. Estas están conformadas por el cuidado diario, experiencias ecológicas y ritos intergeneracionales a fin de hacer circular la vitalidad. Por otro lado, en vista del sentido colectivo, las dolencias individuales se convierten en amenazas porque “si se mueren los ancianos nos quedaremos sin fuerza” (Bravo-Díaz, 2020, p. 31).

En la cuenca de Madre de Dios, Reymundo (2021) reflexiona sobre la situación de la minería del oro en la comunidad nativa de San José de Karene de indígenas arakbut y la pandemia como un momento oportuno para la reconfiguración de las relaciones de la comunidad. La primera reacción consistió en establecer un cerco epidemiológico por acuerdo comunal. En consecuencia de la caída de la actividad

minera, se expulsó a los invitados y se priorizó el trabajo indígena. El último registro de contagios de COVID-19 a finales de julio señala 70 personas enfermas, solo una mujer adulta de gravedad. En vista de su fortaleza para resistir el virus, los arakbut señalan que “sus cuerpos eran fuertes porque habían sido alimentados de pequeños con productos del bosque, a diferencia de los cuerpos hechos en su totalidad con comida de ciudad” (Reymundo, 2021. p. 183). Esto quiere decir que los alimentos de la chacra marcados por las relaciones de convivialidad fueron altamente valorados para la protección de sus cuerpos.

Por otro lado, el segundo grupo de estudios relacionados a la pandemia del COVID-19 publicados hasta inicios del 2022 aborda en específico a la población kukama kukamiria. En primer lugar, la entrevista de Berjón y Cadenas (2022) a Rusbel Yahuarcani destaca que el COVID-19 ataca a las personas al penetrar sus cuerpos a través de los ojos. Esta personificación de la enfermedad no es exclusiva del COVID, sino de otras epidemias como el sarampión. La idea de que las enfermedades son personas también se muestra en la fiebre, la cual es externa al cuerpo y ataca al mínimo descuido. En segundo lugar, Campanera (2022) describe que en las conversaciones telefónicas que realizó se percibía la extrañeza de hablar de cuarentena en las comunidades cuando estas no recibieron alimentos o atención sanitaria. Se identifica que, debido a los desplazamientos desde las comunidades ribereñas a la ciudad de Nauta para el cobro del subsidio mensual del programa social Juntos, el virus llegó a las comunidades. Respecto a la madre del virus, este tema no era comentado entre ellos, pero se dice que este invadía y se apropiaba de todo el cuerpo. Además, los cuidados de enfermos suponen una responsabilidad con la salud de los parientes que requiere de contacto y proximidad corporal. En tercer lugar, Fernandes Moreira (2022) argumenta que los pueblos indígenas kukama tienen una larga trayectoria de más de quinientos años resistiendo amenazas; por ejemplo, huyendo del sarampión, viruela y viruela negra, gracias a las alianzas que mantienen con diversas categorías de seres humanos y no humanos. Para protegerse del COVID-19, los kukama han utilizado la medicina tradicional enseñada por los *papatuas* o abuelos. Asimismo, supone una posición contra el Estado, el cual no se preocupa por los *papatuas*, puesto que las víctimas de COVID-19 eran llevadas a fosas comunes sin la posibilidad de una despedida adecuada. En cuarto lugar, Ulfe y Vergara (2021) analizan las experiencias de cuidado de la comunidad kukama de

Cuninico en las que se parte del autocuidado y el cuidado de otros transmitidos por redes de parentesco y sus propios cuerpos. Son conocimientos situados y autorizados, pero no reconocidos por el Estado debido a la relación y concepción de este último sobre los pueblos indígenas. En quinto lugar, Rivas y Murayari (2022) mencionan que diferentes epidemias que involucran el calor y el frío o la viruela se personifican como personas foráneas. El término *aikua* se refiere al saber o conocimiento de alguien: una persona, usualmente bruja, puede provocar y comunicarse con seres para causar una enfermedad. Así, por donde pasen o deambulan las enfermedades, las personas se enferman; por lo que los indígenas decidían aislarse en el monte hasta que estas se marchen.

En síntesis, la revisión de la literatura expone la ruta del COVID-19 en vista de las respuestas estatales de vigilancia, contención y acciones preventivas frente al riesgo de aumento de contagios. Sin embargo, estas fueron insuficientes para lidiar con el COVID-19 en poblaciones vulnerables como los pueblos indígenas. La historia epidemiológica de estos últimos muestra la introducción de nuevas enfermedades por parte de extranjeros desde hace siglos y tales enfermedades no solo se entienden situadas en cuerpos de individuos, sino territorialmente. Respecto a los aportes de los estudios de experiencias, estos enfocan al cuerpo como punto central de preocupaciones y reflexión a partir de los cambios de hábitos y prácticas de cuidado frente a la enfermedad. Sobresale la vulnerabilidad ante la ausencia de control, así como la importancia de las relaciones sociales para articular los cuidados. En el campo de los recientes estudios en la Amazonía se describen, las iniciativas de diversos pueblos indígenas para evitar los contagios, la relación del Estado y el virus, la centralidad de los saberes para cuidarse y tratar la enfermedad e, igualmente, el peso de las memorias, respecto a epidemias anteriores, para dar sentido a este nuevo contexto.

1.3. Marco teórico

1.3.1. Antropología de lo ordinario

Para estudiar la sociabilidad amazónica, Overing y Passes (2000) resaltan la *convivial intimacy* como un rasgo característico de esta y así proponen pensar en una antropología del día a día. Si bien se podría presuponer que lo cotidiano no tiene demasiado importancia o incluso ser calificado de insignificante, en una etnografía de

lo ordinario, en lugar de prestar atención a una estructura, el foco se centra en las estéticas de las virtudes y en la vida afectiva. En lugar de aspirar a escapar de la vida cotidiana, Veena Das (2012) sugiere pensar lo ético como una dimensión de la vida cotidiana, a la cual se accede al comprendernos como sujetos morales. Así, este trabajo parte de observar las sensibilidades de lo cotidiano tal como lo cuidado, en consideración de su rasgo de ubicuidad en la vida. Visto así, el potencial de la antropología permite aproximarse a estudiar los pequeños aspectos de la vida como punto de partida para pensar la sociabilidad amazónica.

En línea con el estudio de lo ordinario ante eventos extraordinarios, Povinelli (2011) desarrolla el concepto de cuasi-eventos al considerar la forma en que eventos extraordinarios como una crisis se incorporan en las rutinas cotidianas o viceversa. A diferencia de los eventos que tienen un cierto “ser objetivo”, los cuasi eventos nunca alcanzan del todo el status de haber ocurrido o tomado lugar: suceden, pero no suceden (Povinelli, 2011, p. 13). Cabe agregar que este concepto no pierde de vista examinar cómo los cuasi eventos se desarrollan dentro de ciertas vidas y no en otras (Das, 2015), dado que lo ordinario para unos, no es lo mismo para otros. La noción de que algo pasa; pero, nada ha sucedido es pertinente para pensar en la incertidumbre alrededor de la pandemia y, sobre todo, cómo las personas experimentan los eventos que componen sus vidas.

Narrativas

Construir narrativas puede ser entendido como un proceso de dar sentido a las experiencias propias. La narrativa es una forma de representar la experiencia y contarla desde una posición en el presente, lo cual suma nuevas reflexiones o preguntas. Sin embargo, también permite proyectarse en tanto a actividades o experiencias a futuro (Good, 1994). Por eso, son vistas no sólo como ejercicios de interpretación, sino también de autointerpretación (Baumesiter y Newman, 1994). Por ejemplo, uno no solo piensa en los sucesos, eventos, personas, sino en sí mismo. De acuerdo con Behar (1990), desde un enfoque práctico, el punto de partida narrativo se centra en el actor. En lugar de mirar solamente que lo social incide y moldea nuestras vidas, esto permitirá observar la forma en que el actor hace una historia culturalmente significativa, cómo se produce la historia en acción, así como las reflexiones retrospectivas del actor. En ese sentido, posibilita ver el mapeo subjetivo

de la experiencia que se encuentra entre líneas de los relatos oficiales. Aunque una narrativa corresponda a un solo actor, esta puede ser representativa del colectivo, puesto que están situadas en un contexto y, por ende, no están construidas en solitario. Por el contrario, se entrecruzan con voces de otros actores (Ricoeur, 2006).

La praxis cotidiana ordena el pasado, presente y futuro en términos mutuos (Ricoeur, 1983). De tal modo, un último aspecto clave en las narrativas es prestar atención al momento en que se construyen. Esto se debe a que quienes cuentan su propia experiencia, tienden a involucrarse en un marco de referencia temporal que evoca a la misma, pero también la memoria, anticipación e imaginación (Ochs, 2006). Este proceso de poner lo vivido en palabras implica una resignificación de tales hechos. Además, no es reproducir una experiencia intacta, sino que resuena con los entendimientos y sensibilidades previas sobre los hechos (Ochs, 2006).

Los aportes de Ricoeur para entender este concepto dan un enfoque relevante para las experiencias en general, pero sobre todo de personas que han estado enfermas e incluso ante una alta probabilidad de contagio en el caso del COVID-19. Estas dan cuenta de las visiones de los sujetos sobre su vida y la enfermedad. Resalta los sentires sobre qué es lo significativo para las personas ante una crisis, lo cual da pie a profundizar en el cuidado. Acercarse a las narrativas de las personas muestra el dar forma a lo informe y hasta hace poco también desconocido; además que, al mismo tiempo, devuelve una visión sobre nosotros mismos (Missel, 2020). En ese sentido, narrar resulta significativo cuando se tiene un contexto imprevisto, como lo es la pandemia, que despierta la necesidad de dar significados a eventos relacionados a esta. Además, estas dan cuenta de que no solo actuamos en y sobre el mundo, sino que reflexionamos sobre tales acciones y nuestros pensamientos. Puede que, en medio de las experiencias, somos miopes y no podemos encontrarles sentido; sin embargo, con el tiempo, narrar “doméstica” sucesos inesperados de la vida proporcionando esquemas culturales para interpretarlos (Bruner, 2002).

Enfermedad

A fin de aclarar el concepto de enfermedad, Kleinmann (1988) traza una distinción entre *illness* y *disease*. Por un lado, el primer término denota la experiencia vivida de la enfermedad como aflicción. Esto incluye no solo la experiencia de la persona que enferma, sino también de la propia red social del sujeto quien también

percibe, convive y responde ante esta. Como experiencia, incluye categorizar, explicar y valorar el sentido común de las personas correspondiente a cómo comprendemos y tratamos la enfermedad. Por otro lado, desde una perspectiva biomédica, el segundo término se refiere a la enfermedad como alteración de la estructura biológica o de su funcionamiento. Por último, un tercer término que agrega es el de *sickness*, el cual aborda la comprensión de la enfermedad en relación con el contexto macro.

Sobre esta distinción *illness-disease*, Scheper-Hughes y Lock (1987) notan que, si bien ayudó a distinguir los conceptos en el lenguaje tanto para los médicos como los científicos sociales; una desventaja inesperada fue que los aspectos de la enfermedad como *disease* se asumían solo del dominio de la medicina. Por lo tanto, se medicalizó e individualizó esta dimensión de la enfermedad. Así, la propuesta de estudio de la enfermedad debe partir de reconocer las carencias del lenguaje al discutir, por ejemplo, las formas en que la sociedad está inscrita en el cuerpo. Precisamente, en sociedades no occidentales, existen epistemologías alternativas a las dualistas. Para estos casos, los autores sugieren analizar que las relaciones sociales son un factor clave para entender tanto la salud, como la enfermedad, puesto que el cuerpo depende y es vulnerable a las relaciones.

En línea con dicha crítica, Mol (2002) menciona que, por un largo tiempo, las ciencias sociales se enfocaron en la aflicción como experiencia en su agenda de investigación y dejaron el campo de la enfermedad a la biomedicina. Sin embargo, luego, criticaron que la realidad de esta última no era solo lo que decían los médicos. La enfermedad puede estar dentro del cuerpo, pero estos están cargados de significados. Sobre la base de esta idea, esta puede ser entendida a partir de lo que las personas hacen la práctica. La autora discute que la distinción señalada al inicio no es útil. La desventaja principal de ambos conceptos como temas separados es que se sostiene en la idea de que las interpretaciones son sólo perspectivas de la enfermedad, pero esta última queda en el campo de lo desconocido. Entonces, propone quebrar esa separación ya que sostiene que existen formas de hablar etnográficamente de los cuerpos. En sus palabras, “la realidad del día a día, la vida que vivimos, también es un asunto carnoso” (Mol, 2002, p. 27). Visto así, la enfermedad es parte de las relaciones sociales e, incluso, es una forma de relación social. Desde esta aproximación, no es solo un hecho clínico en un sentido biomédico, sino que es una realidad construida.

En relación con las narrativas, Good (1994) desarrolla el rol de la narrativa en la construcción de la enfermedad y en dar forma a la experiencia correspondiente. Mayormente, las historias son las primeras puertas para conocer acerca de las enfermedades, ya sea por experiencia de enfermos, familiares, médicos, etc. Aunque no es un texto cerrado definitivamente, una enfermedad tiene una estructura narrativa compuesta por varios relatos. Cabe destacar que las historias no solo son un medio de objetivación y comunicación de la enfermedad, sino que determinan la manera de experimentar y que esté disponible para otras personas. Si bien se menciona que la experiencia supera a la descripción, las reflexiones sobre las experiencias también revelan nuevas dimensiones de estas: lo sensorial y afectivo puede organizarse y proyectarse. Además, convertir las enfermedades en narrativas despierta respuestas en sus lectores y oyentes. Visto así, recordar las experiencias de enfermedad en el caso del COVID-19 significa acceder a esas memorias.

1.3.2. Enfoque de corporalidad

La enfermedad del COVID-19 y sus implicancias en la vida pueden pensarse desde un enfoque centrado en la corporalidad. Antes que nada, se consideran los aportes de la fenomenología que rompen con el dualismo cartesiano de mente y cuerpo. La fenomenología de la percepción de Merleau-Ponty (1999) propone que la percepción no es un resultado, sino que esta remite a la consciencia de la experiencia; es decir, la consciencia del cuerpo. Para el autor, esta última construye, ordena y edifica el mundo. En ese sentido, dado que el mundo antecede cualquier análisis, el cuerpo da significado al mundo percibido con las experiencias, cuyas verdades nos embargan incluso antes de conocer el sentido de estas. Sin embargo, al mirar un objeto significa “hundirse en el mismo, y porque los objetos forman un sistema en el que no puede mostrarse uno sin que oculte a otros” (Merleau-Ponty, 1999, p. 87). Así, el mundo se nos aparece como fragmentos, cuyas partes vamos armando, en vista también de las relaciones que establecemos con otras personas. Como menciona el autor, “el mundo fenomenológico es, no ser puro, sino el sentido que se transparenta en la intersección de mis experiencias y en la intersección de mis experiencias con las del otro, por el engranaje de unas con otras; es inseparable” (Merleau-Ponty, 1999, p. 19). En resumen, los puntos relevantes que aporta esta perspectiva es que el mundo no es algo posible, sino es lo que percibimos, lo que conocemos, lo que vivimos inagotablemente que se refleja en las experiencias. No obstante, en la segunda parte,

se añaden las limitaciones de esta propuesta en el contexto amazónico desde el perspectivismo, las nociones de humanidad y la inestabilidad y fabricación de cuerpos (Viveiros de Castro, 1979; Taylor, 1998; Vilaça, 2009; Vilaça, 2000; Descola, 2012; Belaunde, 2018). Estas últimas propuestas serán las ideas determinantes para un enfoque de corporalidad en la Amazonía.

Experiencias

En vista de que el mundo es lo que nos es revelado por nuestros sentidos y en la vida cotidiana, la percepción nos permite redescubrir el mundo en el vivimos, pero que siempre somos propensos a olvidar (Merleau-Ponty, 2004). Sobre la base de las ideas de Merleau-Ponty que el cuerpo juega un rol fundamental en la experiencia, “nos entendemos no como teniendo sino como siendo cuerpos” (Carman, 1999, p. 208). De tal modo, la experiencia permite redescubrir el mundo y la forma de nuestra existencia; es decir, redescubrir esta relación del sujeto encarnado. El cuerpo no es un objeto estudiado en relación con la cultura, sino que este es sujeto de la cultura (Csordas, 1990). Esta corporalidad se sostiene en que, así como estamos en el mundo, él también está en nosotros. Reconocer al cuerpo en términos de las experiencias define que nuestra relación con el mundo es con y mediante el cuerpo; es decir, es sujeto de sensaciones y experiencias, así como el medio para la expresión de emociones y estados de ser. Cabe agregar que estas alteraciones de la experiencia presuponen un mundo de vida socialmente organizado, en la medida de que es una experiencia cultural con aspectos sensoriales y afectivos (Good, 1994).

En vista de esto, el nuevo coronavirus presenta un desafío único y al mismo tiempo una oportunidad de redefinición de la experiencia en tanto lo que significa tener un cuerpo y ser un cuerpo en medio de una pandemia. Sobre todo, pensar en cómo afectamos o podemos ser afectados por otros toma relevancia al procesar la experiencia vivida de la pandemia.

Para poder entender esta experiencia, primero es importante discutir los conceptos de salud y enfermedad, ya que estos son valores centrales de la sociedad. De acuerdo con Turner (2000), estos términos son fundamentales para dar sentido a la vida y la muerte en la concepción de “una buena vida” que presupone nociones sobre “lo normal”. Por esta razón, estos conceptos tienden a ser puestos en discusión y son fluidos. En vista de que estos conceptos se trasladan al campo del cuerpo,

Scheper-Hughes y Lock (1987) examinan críticamente que el cuerpo saludable representa un modelo de integridad; mientras que el cuerpo enfermo significa la desarmonía, el conflicto y la desintegración.

En esta misma línea, Kleinman (1988) añade que las experiencias de enfermedad denotan más de un significado, ya sean reales o potenciales. A veces la realidad social está tan organizada en nuestras rutinas que no analizamos los significados de la enfermedad más allá de la estructura social. En un nivel cotidiano, como señala Mol (2002), estos conceptos aparecen como parte del conocimiento incrustado de las personas y, por ende, no necesariamente se verbaliza y varía de acuerdo al contexto social. Entender que las nociones de cuerpos sanos y enfermos no son categorías estables y están en cuestionamiento profundiza observar el panorama de la desestabilización de estas ideas ante la aparición de una nueva enfermedad. El coronavirus destaca la ambigüedad al intentar clasificar un cuerpo ante una situación desconocida en las que lo que predomina es la sospecha.

Para quien está enfermo, como para otros actores alrededor, la enfermedad se experimenta como presente en el cuerpo. Sin embargo, más que solo un objeto físico, el cuerpo puede ser comprendido como una parte esencial de la persona y agente de la experiencia de la enfermedad. Considerando al cuerpo como fuente de la experiencia, esta se encuentra en el cuerpo vivido y en cómo genera cambios en la vida de la persona (Good, 1994). En ese sentido, "los acontecimientos del cuerpo se convierten en los acontecimientos del día" (Merleau-Ponty, 1999, p. 104). Cada experiencia personal arma una historia más amplia sobre la enfermedad en términos culturales, en vista de su contexto (Good, 1994).

Respecto al último punto, es necesario agregar que la experiencia no se limita a un plano individual, sino que también abarca lo colectivo. En las aproximaciones teóricas y epistemológicas de Scheper-Hughes y Lock (1987), señalan que el cuerpo social hace referencia a la representación del cuerpo como símbolo para pensar la sociedad y sus relaciones. En ese sentido, la enfermedad no solo es considerada una experiencia física, sino una experiencia social. El cuerpo no es un contenedor cerrado invadido por un virus, sino abierto y conectado al mundo que lo rodea (Freund, McGuire y Podhurst, 2003). La enfermedad no es un evento aislado, ni un conflicto

desafortunado con la naturaleza, es una forma de comunicación (Scheper-Hughes y Lock, 1987).

Cuerpo y Amazonía

Vilaça (2009) argumenta que mientras el enfoque fenomenología se centra en el concepto de lo humano como individuo, la data amazónica supone tomar como punto de partida una noción extendida del ser humano, la cual involucra una variedad de seres, así como la posición de estos en un complejo juego de perspectivas.

En sociedades amerindias, mencionar el tema de la corporalidad está estrechamente ligado a la definición y construcción de la persona. Seeger, Da Matta y Viveiros de Castro (2019) sostienen que “el cuerpo, afirmado o negado, pintado o perforado, recluso o devorado, tiende siempre a ocupar una posición central en la visión que las sociedades indígenas tienen de la naturaleza del ser humano” (p. 295). Cabe resaltar que el cuerpo físico no es la totalidad del cuerpo, pero tampoco este último lo es de la persona. La persona se define en distintos niveles ordenados internamente y el cuerpo es la arena de estas transformaciones. En ese sentido el punto central de la corporalidad amazónica rompe con una visión del cuerpo biológico, físico, preexistente a su fabricación (Belaunde, 2018).

En los estudios de parentesco desde la década de los 1990 se resaltó las nociones de cuerpo y consustancialidad como productos de lo social y la cultura (Vilaça, 2002). Esto niega que haya relaciones predeterminadas biológicamente, sino una producción continua a través del compartir, especialmente, los alimentos y el cuidado mutuo. En el proceso de fabricación, el cuerpo incorpora pensamientos que no provienen sólo de experiencias pasadas, sino que este crece en acción. Así, en el proceso de ‘hacer’ gente, este conocimiento se expresa no de manera acumulativa, sino en la conducta.

El perspectivismo niega que las personas estén pre constituidas; en cambio se constituyen a partir de sus relaciones a lo largo de la vida (Viveiros de Castro, 2002). Cabe agregar que las cosmologías indígenas amazónicas sostienen la multiplicidad de realidades y de puntos de vista. Por lo tanto, el cuerpo es el “sitio de perspectivas” porque permite actuar, percibir y ser percibido por los demás (Belaunde, 2018, p. 53). Además, la fabricación del cuerpo humano (y de la persona) se traza a partir de una

negatividad: la negación de las posibilidades del cuerpo "no humano" (Viveiros de Castro, 1979; Descola, 2012). Dependiendo de las circunstancias, se aplican restricciones al cuerpo cuando este está en un estado vulnerable como lo son los ataques de espíritus malignos, la menarquia, el post-parto y las enfermedades (McCallum, 2001). Sobre la base de estas ideas, se puede profundizar en temas como la enfermedad. En el estudio etnográfico sobre los wari, Vilaça (2000) nota que las enfermedades son incompatibles con el modelo dicotómico cartesiano cuerpo / alma. En este caso, esta se entiende como un proceso de transformación corporal que suele explicarse como un ataque al alma por parte de un animal. Así, para los wari, si el cuerpo adquiere los atributos de la especie agresora, el alma se encontraba en la casa de los animales. En esta discusión sobre la enfermedad, ya sea un recién nacido o una persona adulta, esta corresponde a uno de esos momentos en los que el cuerpo humano puede rehacerse y asumir otra forma (Vilaça, 2002, p. 361).

Sin embargo, sobre esta noción amplia de humanidad, es necesario señalar que la literatura sobre grupos amazónicos ha enfatizado los procesos de hacer cuerpos, lo cual supone la noción de transformación, sin dar la debida importancia a los procesos de transformación de estos cuerpos crónicamente inestables. Así, el enfoque etnográfico se ha restringido a solo el aspecto de lo humano (Vilaça, 2005). Las personas son crónicamente inestables y partibles porque están siempre divididas entre donantes o fabricantes; es decir, existe un estado de no realización intrínseca (Taylor, 1998). En ese sentido, cualquier totalización del cuerpo es imposible (Vilaça, 2005, p. 458). Si bien en el enfoque fenomenológico del cuerpo se postula que el cuerpo existe como suma de las percepciones, ya que este es la fuente de toda percepción, desde el perspectivismo amazónico, las diferentes perspectivas no cuadran, ni son complementarios o equivalentes. Por ende, hace falta describir los mundos habitados por estos cuerpos inestables, en constante proceso de ser afectados por otros sujetos y objetos (Vilaça, 2009).

1.3.3. Enfoque relacional del cuidado

El cuidado es central en la vida; sin embargo, los estudios sobre el cuidado revelan que es un concepto cambiante e inestable. Dado que la perspectiva teórica resulta confusa, como categoría empírica, las formas y relaciones de cuidado deben analizarse en relación con otras categorías teóricas (Thomas, 1993). De igual modo,

escribir sobre el cuidado significa necesitar hacer malabares con el lenguaje y adaptarlo. Esto no significa que la parte difícil de escribir sea no encontrar qué palabras usar, sino lidiar con los límites del lenguaje, ya que finalmente el cuidado no es siempre verbal (Mol, Moser y Pols, 2015).

Entendidos como sujetos interdependientes y vulnerables, nuestra dependencia nos pone en relación con los demás (Butler 2004; Herring 2013). Como somos dependientes unos de otros, necesitamos cuidados. En el curso de la vida, existen cambios cruciales respecto al individuo y sus relaciones: nacimiento, infancia, juventud, fase de reproducción, maternidad, edad y muerte que involucran cambios en los derechos, prerrogativas, responsabilidades, tareas y necesidades frente a otros (Elder, 2001). Como se ha comentado, habrá momentos en los que nuestra dependencia sería más obvia, como lo suele ser ante una enfermedad o a finales de nuestras vidas; sin embargo, siempre necesitaremos de cuidados.

Cabe agregar que esta visión sobre el cuidado en el curso de la vida también puede ser cuestionada a partir de las actividades de cuidado por individuos concretos. Además, es relevante notar que no todos proporcionan cuidados de acuerdo con las expectativas generales debido a limitaciones, dificultades, complicaciones o incluso por decisión activa en los casos de desatención o abandono (Drotbohm y Alber, 2015). Según Thelen (2015), otra de las dificultades para investigar cómo se crean vínculos significativos a través del cuidado es la dicotomía dominante del cuidado “cálido y real” de los parientes versus el cuidado “sustituto” de instituciones u otros. En ese sentido, la autora propone que, antes de observar los tipos de relaciones, las prácticas sean el punto de partida del análisis de las relaciones significativas. Esta propuesta del cuidado abre la oportunidad de considerar resultados inesperados ante las experiencias de cuidado en un marco temporal de expectativas y decisiones frente a una pandemia.

De igual modo, para comprender el cuidado, Daly (2021) señala que este se sitúa en la intersección de la necesidad, las relaciones/actores, recursos y valores, de acuerdo a los escenarios contextuales. A fin de romper las concepciones individualistas del cuidado, las relaciones conectan a los involucrados en brindar y/o recibir atención, además de reconocer la agencia de los actores. Esto último supone prestar atención a las dinámicas de hombres y mujeres desde una perspectiva de

género a sus experiencias cotidianas de cuidado. Además, los recursos son materiales e inmateriales: trabajo, dinero, tiempo y emociones. Por último, los valores incluyen las cuestiones morales sobre el ideal(es) de cuidado. Cada uno de estos elementos que intervienen en cuidar enmarcan lo que se denomina sistema de cuidado que organiza la vida de los sujetos, según el escenario. Como se ha descrito, al observar los cuidados, no solo basta con analizarlos materialmente, sino en términos morales y afectivos. En palabras de Pérez y Artiaga (2014), “¿cómo hablar de cuidados sin tener en cuenta las emociones, los deberes morales, los procesos de interacción social y de formación subjetiva, la intimidad y la corporeidad de estas relaciones?” (pp. 102-103).

Un último punto en la discusión sobre este concepto es que el vivir feliz “para siempre” no es el horizonte. El “para siempre” no existe y el camino está lleno de tensiones y problemas ante el cual el cuidado estará atento para aligerarlo e, incluso si falla, para seguir intentándolo (Mol, Moser y Pols, 2015). Ante los cambios como los que ha traído una pandemia, el cuidado se distingue por adaptarse a esta situación cambiante y tensa sobre nuestros cuerpos y, en general, nuestras vidas.

Vulnerabilidad

En contraste con una mirada individualista, Butler (2004) propone que la vulnerabilidad es una condición humana fundamental, lo cual da lugar al reconocimiento de la dependencia. Reconocernos vulnerables significa dar cuenta que nos pone en relación unos con otros. En vista de la fragilidad de los sujetos, el estado de vulnerabilidad es la condición esencial de todos los seres humanos y los ponen en relación (Cavarero, 2016). Básicamente, ser humano es ser vulnerable y reconocer este rasgo nos recuerda nuestra dependencia de las demás personas. Esto deja de lado los supuestos del cuidado como un acto altruista e individualista y nos recuerda dos aspectos: hemos dependido del cuidado y existe una gran probabilidad de que, en distintos momentos de nuestras vidas, todos seamos dependientes (Dodds, 2007). Es decir, se propone reconocer y aceptar nuestra vulnerabilidad.

Existen eventos a lo largo de nuestras vidas sobre los cuales no tenemos control. La pandemia es el ejemplo más claro de eso. Por ello, Fineman (2013) recuerda que como seres situados vivimos siempre frente a un presente y circunstancias variadas, a nivel individual y colectivo. Específicamente, la

vulnerabilidad puede entenderse en tres planos: nuestra naturaleza corporal, nuestra incapacidad de tomar decisiones autónomas y nuestro estado emocional (Herring, 2016). Sin embargo, al mismo tiempo, contamos con recursos para lidiar con tales situaciones constantemente a lo largo de nuestras vidas y también ante eventos críticos como lo es una pandemia. En este caso, a través de las experiencias, este enfoque permitirá analizar los recursos que fueron puestos en práctica durante los momentos más críticos de la pandemia, sobre todo, orientados en la prevención, el tratamiento, la curación y la recuperación de las personas.

En relación con el cuerpo, este tiende a ser imaginado y representado como inmutable ante el mundo. Sin embargo, presenta *profundas fugas* y cambia constantemente (Shildrick, 1997). Nuestro cuerpo en la mañana no es el mismo que nuestro cuerpo horas después. Butler (2004) agrega que el cuerpo implica mortalidad, vulnerabilidad y agencia. La piel y la carne nos exponen a lo ajeno, al tacto, la violencia y así los cuerpos nos ponen en riesgo o nos hacen agentes de todo esto. En vista de este último punto, la facilidad de contagio del coronavirus puede ser abordado en tanto a la vulnerabilidad de nuestros cuerpos ante un agente desconocido, pero también a la capacidad de nuestros cuerpos de portarlos y expandir su contagio a terceros. En resumen, somos vulnerables, pero también tenemos la capacidad de hacer vulnerables a otros.

Cabe recordar que, nuestros cuerpos no son solo humanos porque dentro de ellos habitan organismos no humanos, que incluso nos ayudan a mantener nuestros procesos corporales, y externamente interactúan con el ambiente (Chau y Herring, 2007). Esta idea es clave porque, dado que los virus son los organismos más comunes en la Tierra, convivimos con ellos constantemente. Sin embargo, el paso de un nuevo virus por el cuerpo deja detrás cuerpos enfermos. Finalmente, la vulnerabilidad humana no puede determinarse de antemano, sino que debe encontrarse en cada caso (Han y Das, 2015, p. 17).

Convivialidad y afecto

Patricia Clough (2010) identifica que el giro afectivo consiste en estudiar el afecto como eje principal desde diversas líneas disciplinarias e interdisciplinarias. En esta lectura, se abandona la visión cartesiana del cuerpo. Así, Clough refuerza la idea del afecto en tanto se enfatiza al cuerpo en su capacidad de afectar y ser afectado En

las ciencias sociales, para Surrallés (2009), la afectividad es una cualidad sensitiva de la experiencia. A diferencia de la percepción, la afectividad corresponde a la relación sensorial de la experiencia personal de un sujeto con las demás cosas. Por lo tanto, la afectividad impregna cada parte del tejido social.

Debido a que las ontologías amerindias quiebran con la división de naturaleza - cultura (Descola, 2004; Viveiros de Castro, 2002), se abre un nuevo campo para el análisis de este concepto. Overing y Passes (2000) sugieren que el término apropiado para traducir la sociabilidad o colectividad amazónica para pensar las relaciones amistosas o íntimas en la convivialidad. Cabe acotar que el significado del término se acerca más a la palabra convivir en español. Al contrario de las nociones modernas de la sociedad, la sociabilidad amazónica no puede ser entendida sin el afecto, especialmente, el *convivial affect* en la cotidianidad, las relaciones íntimas y prácticas de vida comunitaria. En palabras de Espinosa, “buscan acercarse a la socialidad humana y a las relaciones entre hombres y mujeres privilegiando la experiencia cotidiana y la expresión de sentimientos” (2007, p. 191).

En lugar de examinar la sociabilidad en términos de paz y armonía o solo de conflicto, Santos-Granero (2000) sugiere observar los procesos sociales en los que la convivialidad es tanto construida como destruida. Reconoce que, en sociedades amerindias, existe un compromiso por buscar un ideal de convivialidad, ya que estos no son concebidos como inalcanzables. Sin embargo, el mismo hecho de aproximarse a estos ideales también trae consigo la posibilidad de su propia destrucción. Aunque sostener la convivialidad suele superponerse a los conflictos, dado que la convivialidad amerindia es muy intensa, su ruptura genera igualmente emociones opuestas o sentimientos negativos, lo cual impide a las personas vivir juntas. De tal manera, estos rasgos de la convivialidad son cruciales para estudiar momentos de conflictos y de inestabilidad ante la introducción de una nueva enfermedad como el COVID-19 y las reacciones de las relaciones sociales cotidianas en términos afectivos frente a estas alteraciones.

1.4. Diseño metodológico

Desde un enfoque etnográfico, el presente diseño de la investigación propone una metodología cualitativa⁷. Este se desarrollará acorde a los tres ejes temáticos anteriormente mencionados: narrativas circulantes sobre el COVID-19, construcción de significados de cuerpos a partir de las experiencias de cuidado, la respuesta de los lazos de convivialidad a las tensiones de los cuerpos sanos y enfermos. Así, iniciaré con la descripción general de estos ejes. Posteriormente, presentaré las fuentes probables y técnicas para el trabajo de campo, con la respectiva descripción de este último. Finalmente, introduciré algunos aspectos éticos considerados en esta investigación.

En primer lugar, el primer eje temático se centra en las narrativas alrededor del COVID-19 que circulan en la comunidad. Esto supone comprender las formas y medios en que la información del coronavirus se difundió inicialmente, pero también la manera en que estas se fueron transformando o modificando a lo largo de la pandemia y en relación a los conocimientos o experiencias previas indígenas sobre enfermedades, epidemias e incluso pandemias anteriores. En segundo lugar, el segundo eje se enfoca en las experiencias de cuidado tanto a modo de prevención, a partir del contagio y finalmente la recuperación. Los cuidados desarrollados en la pandemia ante un nuevo virus darán cuenta de los significados sobre los cuerpos. En esta parte, dadas las características del contagio y la enfermedad, estas serán puntos para profundizar a fin de entender el cuerpo ante situaciones que lo desestabilizan o lo ponen en riesgo. Por último, los cuidados no solo dependen de una persona individualmente que se cuide a sí misma. Por eso, el tercer eje presta atención a los lazos de convivialidad que se articulan desde la red de cuidado de una persona. En vista de las tensiones de la enfermedad y de la imposibilidad de distinguir fácilmente un cuerpo sano o enfermo, se profundizará en estas categorías para comprender la ambigüedad del cuerpo en un contexto de pandemia y cómo estas definen las respuestas de las relaciones de convivialidad.

⁷ En el Anexo 1, se muestra un resumen de lugares y fuentes en general con las respectivas técnicas que se utilizarán para recoger la información en relación con la pregunta principal y las secundarias de la investigación.

1.4.1. Sujetos de estudio

En relación con las fuentes estimadas, primeramente, dentro de la comunidad, se encuentran diversos actores entre las autoridades, agentes comunitarios, como parteras, promotores de salud y de derechos humanos, además de los moradores adultos y ancianos. Asimismo, respecto al acceso a servicios de salud, los más próximos son el tópico de Nueva Santa Rosa, el módulo de salud de Cuninico y el centro de salud de Maypuco. En esta investigación, las fuentes primarias de la investigación son tres casos de personas que han sido contagiadas por COVID-19, así como quienes han cuidado de dichas personas, sabios, agentes comunitarios, autoridades de la comunidad y, por último, el personal del tópico y el módulo de salud de Cuninico.

Casos de contagios

En la comunidad, la y los moradores recalcan que hubo un alto número de contagios. Así, esta característica es clave para la identificación de los sujetos de estudio principales. Respecto a los criterios, consideré que fuesen tres casos de contagios principales sobre la base de un muestreo no probabilístico; específicamente, por conveniencia. Los casos seleccionados corresponden a personas que hayan sido sintomáticas, ya que se evidencia la presencia de la enfermedad fácilmente. Preferentemente, se buscó que haya alguna muestra de confirmación, además de la sintomatología, como una prueba rápida. La muestra de los casos es variada entre hombres y mujeres, asimismo el rango de edad previsto abarca jóvenes y adultos (18-60 años).

Asimismo, un aspecto importante del contagio del coronavirus es que los síntomas y consecuencias de la enfermedad son distintos dependiendo de la persona. El grado de severidad de los contagios puede haber sido desde leves a severos⁸. En la presente muestra, se buscó optar por variedad de severidad de los contagios a fin de indagar y hacer comparaciones sobre las variadas perspectivas acerca de las experiencias de la enfermedad. Los casos habían sido atendidos tanto en sus casas o también haber sido derivados a un centro de salud. Cabe acotar que, debido a las

⁸ Quienes tienen más riesgos de presentar síntomas peligrosos son los adultos mayores y las personas que tienen otros problemas de salud como afecciones cardíacas o pulmonares, un sistema inmunitario debilitado, obesidad o diabetes.

reincidencias de contagios, posiblemente algunos se hayan contagiado más de una vez. Además, el último rasgo a considerar fue su disposición para participar en la investigación de forma voluntaria.

Cabe agregar que, aunque se enfatizan tres casos principales, dentro sus respectivas redes de cuidados, aparecieron otros casos de contagios igualmente relevantes, acorde a los criterios, por lo cual también fueron considerados secundariamente. Es decir, en el marco de los tres primeros casos identificados, se añadieron otros casos sobresalientes quienes también eran parte de la red de cuidados.

Cuidadores de los casos de contagio

Como parte de los objetivos de investigación, se propone exponer los significados sobre el cuerpo desde las experiencias de cuidado y la respuesta de las relaciones de convivencia. En ese sentido, consideré relevante conocer los sentidos que los cuidadores le atribuyen a los cuerpos de los casos señalados y en general a la enfermedad. Dichos cuidadores son quienes han estado presentes a lo largo de la pandemia en la vida de estas personas y, principalmente, durante el contagio y sus síntomas. Además, las y los cuidadores también pudieron haber tenido el doble rol de enfermo y cuidador. Por ende, las narrativas y acciones de ellos también forman parte de las experiencias de los contagiados. En términos relacionales, los significados del cuerpo de estos últimos se vinculan con los de los demás no solo en términos de las relaciones existentes entre ellos territorialmente. En ese sentido, propuse entrevistar entre dos a cuatro cuidadores por cada caso principal.

Autoridades comunales, agentes comunitarios y sabios

En primer lugar, dentro de la comunidad, la junta directiva está conformada por el apu, vice apu, secretario, tesoreros y vocales quienes se encargan de las gestiones para el bienestar de esta y sus moradores. En este caso, se priorizaron las entrevistas con las autoridades principales: apu y vice apu. En segundo lugar, los promotores de salud o agentes comunitarios de salud, formados en Santa Rita de Castilla, tienen la función de incrementar el control de la salud de la población desde hace varias décadas. En tercer lugar, los sabios son las figuras de expertos quienes conocen la historia, los saberes y tradiciones de la comunidad. Estas suelen ser personas adultas o adultas mayores, también llamados “ancianos”. En el caso de la comunidad, se

conversó con la partera, el primer apu y el ex-chamán. Dado los roles de las figuras comunales mencionadas poseedoras de conocimiento, su visión acerca de la enfermedad y de las formas de respuesta ante el virus permitirán comprender las narrativas circulantes sobre el COVID-19 en el propio contexto de la comunidad en cuestión.

Personal de salud

En atenciones de salud, la comunidad de Nueva Santa Rosa cuenta con un tópico y el segundo punto más cercano es el módulo de salud de Cuninico. Por lo tanto, el personal de salud fue relevante porque brindan información a la comunidad sobre el COVID-19, las recomendaciones de cuidado para prevenir los contagios y la atención a quienes han estado enfermos. Además, permitió conocer los registros de casos de contagios, además de fallecidos o traslados a otros servicios de salud.

1.4.2. Técnicas de recojo de información

Entrevista a profundidad

Se realizó una serie de entrevistas a profundidad correspondientes a los tres casos de contagios⁹ por COVID-19. Si bien el criterio de selección de casos es de contagiados, la experiencia por abordar no solo se centra en el momento del contagio, sino aborda las prácticas previas de cuidado y prevención, así como las posteriores de recuperación y rehabilitación. En ese sentido, en estas entrevistas la información se fue construyendo paso a paso, puesto que la convivencia con la pandemia ha sido prolongada. Por eso, realicé un mínimo tres de estas a cada una de las personas. Lo beneficioso de estas entrevistas es que podían explayarse en sus respuestas, así que se buscó crear una atmósfera tranquila y cómoda.

Entrevistas semiestructuradas

Las entrevistas semiestructuradas estuvieron dirigidas a los y las cuidadoras¹⁰ que hayan acompañado a los casos contagiados. Dependiendo del caso, podrían ser familiares, convivientes, amigos, entre otros. Estas entrevistas son importantes porque las experiencias de cuidado abarcan a quienes son próximos o cercanos a los casos.

⁹ Ver Anexo 2.

¹⁰ Ver Anexo 3.

De tal modo, el objetivo era conocer las percepciones, sentires y acciones de los demás actores que conforman el sistema de cuidado, así como profundizar en las nociones acerca de la enfermedad, sobre todo, desde el caso de cuidar a una persona enferma de COVID-19. Cabe agregar que dichas personas podían haberse contagiado antes, al mismo tiempo o después que el caso en cuestión. Por otra parte, estas entrevistas también serán aplicadas a las autoridades, sabios¹¹ y al personal de salud¹² en relación con la enfermedad, experiencias de epidemias anteriores y sobre el cuidado del cuerpo enfermo. Se calculó realizar aproximadamente dos entrevistas para los cuidadores y una para los demás actores. La flexibilidad de las preguntas de este tipo de entrevista dio espacio a que puedan explayarse.

Observación participante

Durante los meses de trabajo de campo, se frecuentaron espacios de encuentro como las asambleas, canchas de fútbol, tiendas, colegios, reuniones y la vereda principal. También se hicieron visitas al módulo de salud y el tópico para conocer sus recursos (personal, medicina, medidas y materiales de bioseguridad), registros y documentación relevante sobre la pandemia, así como conocer la interacción cotidiana del personal con la población. Estos espacios eran importantes para comprender los cuidados desde el inicio de la pandemia y sus respectivos cambios en el tiempo hasta mi visita, sobre todo, relacionado a las medidas de distanciamiento, uso de mascarillas, información sobre el COVID-19, entre otros. En el caso de que estas medidas no estuviesen presentes, se solicitaba algún registro fotográfico. En particular, además de visitar el tramo del oleoducto más cercano a la comunidad, mi visita coincidió con un evento importante: la campaña de vacunación de la primera dosis contra el COVID-19.

Para los casos de estudio y demás actores frecuentaba sus casas y chacras con el fin de observar la distribución interior y habitaciones en las que se aislaron enfermos. Asimismo, se prestó atención a quienes visitaron la comunidad, como profesores, personal de DIRESA, ingenieros, representantes de ONG, personal del campamento del oleoducto a fin de recoger miradas y cuidados desde perspectivas

¹¹ Ver Anexo 4.

¹² Ver Anexo 5.

de otros foráneos. De esta manera, se pudo triangular las observaciones con las versiones de los moradores y los actores externos.

Líneas del tiempo

En consistencia con las entrevistas dirigidas a los casos de contagios, las autoridades y sabios, propuse complementarlas con la realización de líneas de tiempo¹³. Esta técnica facilita organizar visualmente la memoria de las participantes en torno a acontecimientos, eventos y situaciones que se relacionen con la pandemia del COVID-19. Específicamente, la línea posibilita una narración biográfica breve sobre los acontecimientos importantes desde el punto de vista de los casos mencionados. Dado que la línea de tiempo de por sí es un ejercicio de automirarse al 'hacer memoria', se espera que esta técnica conlleva una reflexión sobre sus experiencias en un marco temporal amplio de más de un año. En ese sentido, permitió ordenar y narrar las experiencias de cuidados desde sus cotidianidades a lo largo de la pandemia y también construir la línea del tiempo general de la comunidad en torno al virus. Por ejemplo, sitúa las primeras noticias sobre el virus, las acciones de prevención, la llegada del virus a la comunidad y así.

Mapas corporales

Para complementar los estudios de caso, igualmente, propuse realizar mapas corporales¹⁴. A partir de esa técnica, es posible analizar cómo la experiencia de enfermedad ha moldeado las narrativas y significados en torno al cuerpo. El propósito de estos es estimular "la emergencia de significados y discursos encarnados en un cuerpo protagonista de la biografía del sujeto" (Silva, Barrientos y Espinoza-Tapia, 2013, p. 166). De tal modo, se representa de las propias personas y una geografía de las experiencias corporales. La forma en la que se inicia esta técnica es a través de la consigna de dibujar símbolos, palabras o mensajes que representen sus cuerpos y vivencias en sus experiencias como cuerpos contagiados. En este caso, los entrevistados usaban su propio cuerpo para señalar y narrar sus experiencias.

¹³ Ver Anexo 6.

¹⁴ Ver Anexo 7.

Conversaciones informales

En el trabajo de campo, a pesar de que las técnicas principales han sido descritas líneas arriba, el diálogo con los casos y su círculo cercano también se dio en conversaciones informales. Además, a través de estas, pude conocer y entablar confianza con ellos y ellas. Este tipo de conversaciones en el campo permiten abordar temas de manera sencilla, ya que no prescinde de espacios formales de interacción, lo cual fue útil para mapear a los actores relevantes. Cabe decir que a pesar de su carácter 'informal', esto no implica que no se pueda conectar con las temáticas de interés que planteo, sino que pueden ser introducidas en estas.

1.4.3. Plan de análisis

Respecto al plan de análisis, de acuerdo con Le Compte y Schensul (1999), la codificación involucra organizar la data en categorías relacionadas a los conceptos y preguntas de investigación a modo de que puedan ser usadas como soporte del análisis y la interpretación. Si bien esta reducción y transformación de data está presente a lo largo de la investigación, estas se intensificaron cuando se finalizó el recojo de información. Así, el proceso de análisis requirió codificación y categorización de tal información.

Para el presente trabajo, se tomaron en cuenta dos procesos analíticos complementarios: deducción e inducción. Según LeCompte y Schensul (1999), el primero se refiere que, a partir de la teoría y categorías conceptuales preestablecidas, se ordenarán los datos. En un proceso de arriba hacia abajo, la data recogida se acomoda a los conceptos del marco teórico y la literatura revisada, así como las preguntas de investigación. Este proceso deductivo será un primer punto de partida para organizar los ejes temáticos de la investigación que, luego, será complementado con la revisión de la información del trabajo de campo. De tal manera, en el segundo proceso de inducción, considerando la propuesta de *La teoría fundamentada*, la teoría deriva de la organización y análisis de los datos recopilados durante el proceso de investigación (Strauss y Corbin, 2002). Es decir, la lógica de este proceso es partir de los datos. Al examinarlos y agruparlos, emergieron de estos las categorías conceptuales, así como las relaciones y tendencias, para dar sentido a la data. Estos no fueron pasos necesariamente secuenciales, sino que fue un ida y vuelta constante.

1.5. Estrategia operativa

Si bien la concepción del trabajo de campo como inmersión integral que implica viajar a un lugar distante donde se entablan relaciones cara a cara por un tiempo prolongado ha sido criticada en las últimas décadas, la pandemia ha supuesto mucha más presión sobre las ideas y expectativas del campo. El supuesto de que la 'diferencia' se encuentra en el exterior (en el 'campo'), con su carácter de localidad, que ha estado arraigado al sentido común de la antropología (Gupta y Ferguson, 1997). No obstante, el desplazamiento como estrategia no implica un traslado simplemente físico. Más aun considerando los fenómenos globales y los medios digitales, se refuerza que el campo no es una unidad estática y se construye en base al fenómeno de desterritorializado. Este hace referencia al extrañamiento al problematizar incluso lo que nos es 'cercano'. Restrepo (2016) señala que la habilidad de asombro sobre hechos que suelen pasar desapercibidos no es debido a estar ocultos o ser extraordinarios, sino que estos están a la vista de forma ordinaria, cotidiana y familiar.

El campo siempre está en construcción y, por ende, toma formas distintas en el transcurso de una investigación. Según Guber (2004), el campo es "un referente empírico, la porción de lo real que se desea conocer, el mundo natural y social en el cual se desenvuelven los grupos humanos que lo construyen" (p. 47). De tal modo, se construye a partir de la relación investigador-sujetos constantemente. Además, si la antropología no adaptara sus prácticas de trabajo de campo a las exigencias de las nuevas circunstancias no sería antropología, ni lo que la caracteriza (Amid, 2000). En lugar de sobre determinar el campo, la etnografía anima a descubrir nuevas direcciones y metodologías. Si bien extrañarse es fundamental en cualquier labor etnográfica, desde nuestras ubicaciones actuales en pandemia es necesario recordarlo y explorar más maneras posibles de 'estar allí'.

1.5.1. Comunidades kukama kukamiria en el Bajo Marañón

En líneas generales, a partir de la migración histórica de los tupí desde el noroeste brasileño, existen comunidades kukama kukamiria a lo largo de los ríos Marañón, Huallaga, Ucayali, Amazonas, Samiria, Itaya, Nanay y sus tributarios en el Perú (Vallejos, 2014). Estas pertenecen a la familia lingüística tupí guaraní. Durante el siglo XX, debido a las relaciones establecidas con la sociedad blanco-mestiza, se

les denominó “nativos invisibles” por una aparente aculturación que externamente los hacía ver similares a los ribereños blancos o mestizos (Stocks, 1981). Esta similitud se identifica en el uso de ropa, utensilios de cocina, medicina, hablar castellano, entre otros (Stocks, 1983). Es decir, los rasgos culturales estereotípicamente identificados como indígenas no eran visibles y hace difícil distinguirlos, por lo que se los describía en términos de camuflaje e invisibilidad. Además, según Stocks (1981) dicha invisibilidad era una práctica de defensa ante las presiones discriminatorias de la sociedad blanco-mestiza. Sin embargo, estos criterios mencionados para definir lo indígena resultan en un listado reduccionista. De acuerdo con Berjón y Cadenas (2014), dichos aspectos similares a los ribereños también forman parte de su identidad kukama; es decir, no son excluyentes. El hecho de que incorporen elementos “extraños” de vestimentas, idioma, televisión o gasolina es con el propósito de continuar viviendo como indígenas kukama.

En ese sentido, Gow (2003) propone analizar la literatura etnográfica sobre la categoría “ex-Cocama”. Para el autor, el fenómeno ex-Cocama no supone un colapso de la identidad indígena, sino que esta misma debe entenderse a partir de las transformaciones históricas. Así, si bien los kukama contemporáneos no son como sus antepasados ni tampoco son extranjeros, la vida kukama contemporánea sigue la lógica de continuas transformaciones (Gow, 2003, p. 70). De igual modo, Campanera (2012) sostiene que la complejidad identitaria se expresa actualmente en vista de los procesos del movimiento indígena a nivel regional y estatal en torno a la recuperación y dignificación de ser indígena. Por ejemplo, en el bajo Marañón, la autora describe que algunas comunidades señalan haberse alejado de su identidad kukama, debido a los cambios en sus formas de vida, por una más neutral en términos de ciudadanía; es decir, campesina, ribereña, mestiza o peruana; mientras que otras comunidades optan por una reivindicación de una ciudadanía indígena con derechos y garantías.

Además de desarrollar actividades para su autoconsumo, debido a la intensa relación con los espacios acuáticos, son expertos en la pesca, caza y la navegación (Rivas, 2004). Santos Granero (1990) añade que, a pesar de la centralidad de la autosubsistencia para la economía, también hay una tendencia a orientarse al mercado. En cuanto a su cosmovisión, el agua es un elemento clave tanto como parte de su universo mítico, como de su identidad de pueblo ribereño (Urteaga, Segura y Sánchez, 2019). Los ríos son espacios vitales en los cuales habitan seres espirituales

que entablan relaciones con los kukama, por lo que dotan a sus actividades cotidianas, como la pesca, de nociones de integridad y sociabilidad (Fernandes Moreira y Ramírez, 2019). Asimismo, en la cosmología kukama se describen tres mundos que se interrelacionan permanentemente: cielo, tierra y mundo subacuático (Berjón y Cadenas, 2014). Las diferencias entre estos recaen en las condiciones de vida como el tiempo, la comida y el olor. En relación con la convivencia entre estos seres, pueden ser relaciones pacíficas o de rivalidad. Entre los seres acuáticos, se destaca la figura del *yacuruna* o el espíritu del agua, con quién los kukama tienen un intenso vínculo (Berjón y Cadenas, 2014).

Respecto al cuerpo, para los kukama, el cuerpo humano está compuesto por tres partes: la cabeza, el tronco y las piernas (Rivas, 2011). Según Berjón y Cadenas (2011), es importante tomar en consideración principalmente dos ideas relacionadas con la sangre: la fuerza y el calor. Debido a que la sangre es el líquido que recorre el cuerpo, la fuerza está contenida en ella. La temperatura de esta debe mantenerse ni muy fría, ni muy caliente. En caso de que se caliente, la sangre tiende a derramarse y el hecho de derramar sangre se asocia a estar enfermo. Ante esto, se utilizan remedios para enfriar el cuerpo. Sin embargo, para engendrar hijos sí se necesita que la sangre esté caliente, ya que el calor también significa fuerza. En este punto, se menciona que mientras las mujeres tienen más hijos, su sangre se va debilitando y les provoca dolores de cabeza. En el caso del cuidado del cuerpo debido al embarazo y parto, Rivas (1994) describe el acercamiento de las mujeres kukama con el medio ambiente respecto al uso de recursos naturales no solo de modo curativo, sino preventivo frente a futuras complicaciones de salud. Estos cuidados se aplican tanto a las mujeres como a sus familias.

De igual manera, de acuerdo con Rivas y Murayari (2021), la enfermedad, *aikua*, significa “el saber o conocimiento de alguien”; es decir, hace referencia a quien conoce, sabe provocar y comunicarse con entes de la naturaleza para causar una enfermedad o inducir el mal. En los relatos indígenas se asocian las enfermedades a ciertas figuras: misioneros, españoles, dioses o chamanes. Considerando que las epidemias han sido asociadas a los foráneos, para los kukama la enfermedad es un personaje extraño, una bruja, que simulando ser algún familiar intenta sorprender a los demás. Si se identificaba una epidemia, esta se explicaba por brujería y la familia se protegía reclusándose al monte por cierto tiempo. De no haber enfermedad,

regresaban. En general, las epidemias generan un terror y miedo latente en los pueblos indígenas. Debido a que el cuerpo está siempre en construcción, un cuerpo poco atendido o cuidado está en peligro porque facilita que espíritus depredadores capturen su alma y se lo lleven con ellos o se lo coman; es decir, la muerte (Berjón y Cadenas, 2014). Una figura importante es el chamán que es el mediador entre la salud y la enfermedad o la vida y la muerte (Ochoa, 2002). Además, este también es relevante porque permite diagnosticar e identificar quién ha causado el daño, así como purificar y proteger el cuerpo ante amenazas externas (Rivas, 2011).

En relación con la relevancia de las enfermedades, Rivas (2011) identifica ocho grandes momentos del ciclo de vida cocama. Uno de estos corresponde a la enfermedad y la muerte. Se cataloga a una persona gravemente enferma cuando ha perdido dos características de la vida: la palabra y el caminar. Cabe notar que los términos utilizados para describir a esta persona están relacionados con el mal, *aitse*, el cual es consecuencia del trabajo de un chamán. Algunos signos corporales como el dolor de cabeza, la fiebre o la pérdida de apetito anticipan la enfermedad. Igualmente, las interpretaciones del cielo y algunos sueños anuncian la enfermedad o la muerte de una persona. Respecto a la curación, toda enfermedad es curada de dos maneras. Por un lado, la palabra o el canto del chamán cura por el interior. Por otro lado, las aplicaciones de emplastes, ahumados, baños, alimentos, bebidas, olores, humeadas o pastillas son tratamientos por el exterior. En caso estos remedios no sean suficientes, la autora señala que la persona acudirá a un chamán. Si este último identifica que la enfermedad es grave, se procederá a aislar a la persona enferma en su casa. Además, quien se encargue de cuidar al enfermo deberá atender que el enfermo tome las medicinas o los tratamientos necesarios en vista de la enfermedad. Un aspecto relevante entre la relación del chamán y el enfermo es que el primero le brinda elementos para comprender su enfermedad. En ese sentido, además de sentir la enfermedad, esta es ubicada en la vida del sujeto y reinterpretada. Por último, dependiendo de la gravedad de la enfermedad, se realiza una ceremonia de integración de la persona a la sociedad a fin de evitar que esta se repita nuevamente.

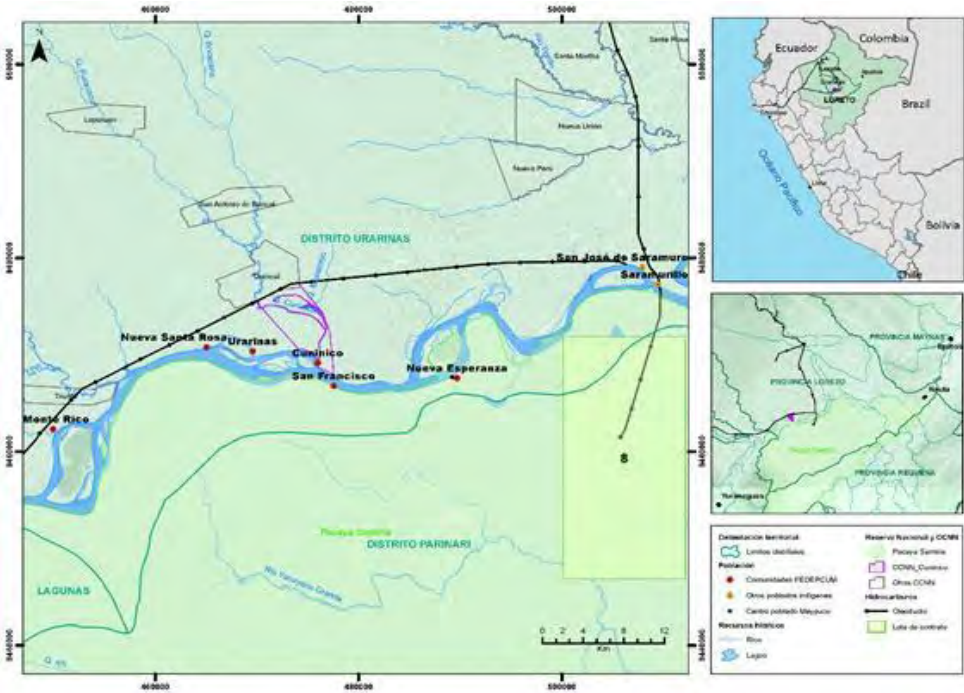
En el Bajo Marañón, un aspecto importante de su historia reciente está relacionado a la contaminación petrolera. De acuerdo con Okamoto (2011), en la cuenca baja del Amazonas, a pesar de que la explotación de hidrocarburos se ubica en la década de 1920, la primera etapa del gobierno militar conformó el 'primer boom

petrolero' a partir de los principales descubrimientos de petróleo en Loreto por parte de Petroperú y Occidental Petroleum Co. (OXY). Esto incrementó el interés y las expectativas por la extracción y, en 1971, se inició el arribo de las empresas petroleras (Agüero, 1994; Santos-Granero y Barclay, 2002). No obstante, para la década de los 90 's, comenzaron a presentarse problemas de contaminación y conflictos respecto al Lote 8 y al Lote IAB (Okamoto, 2011). Asimismo, en los informes de esta década se describe el deterioro de la tubería del oleoducto Norperuano y los accidentes ligados a esta (Urteaga et. al, 2019).

En 1994, un derrame de petróleo de 30.000 barriles de crudo en el río Marañón se hizo público y, luego, otro derrame en 1996 (La Torre López, 1998). Si bien las comunidades kukamas del Bajo Marañón habían sido afectadas, recién en el año 2000 comenzaron a organizarse. Esto se debe a que las secuelas de un derrame de petróleo en octubre de 2000, causado por una fuga de 5000 barriles de crudo, fueron un punto de ruptura para el establecimiento de asociaciones kukamas contra la contaminación constante por parte de las empresas petroleras, además de la necesidad de titulación de tierras. No obstante, una vez más, en el 2010 hubo otro derrame por parte de PlusPetrol de aproximadamente entre 300-400 barriles de petróleo que tiñó las aguas del Marañón desde la comunidad de San Juan de Saramuro hasta la ciudad de Nauta (Okamoto, 2011).

En el 2014, se reportó un derrame del Tramo I del oleoducto de Petroperú a la altura de la quebrada de Cuninico. Petroperú informó que el derrame había sido de 2 358 galones, aunque posteriormente la sentencia del Tribunal Constitucional señala que fueron alrededor de 2 600 barriles. En consecuencia, en el 2015, los jefes de las comunidades nativas de Cuninico, Nueva Esperanza, Nueva Santa Rosa y San Francisco, que conforman la FEDEPCUM, interpusieron una demanda a PetroPerú y al Estado por no haber atendido la salud de las personas afectadas por el derrame de petróleo (Amnistía Internacional, 2017). En septiembre de 2015, el Organismo de Evaluación y Fiscalización Ambiental (OEFA) responsabiliza a PetroPerú al reconocer, por primera vez, que el derrame de fue a causa de la falta de mantenimiento del Oleoducto Norperuano. Finalmente, en el Tribunal Constitucional, esta resultó en un fallo favorable para las comunidades que consistió en la cuantificación de daños ocasionados para la remediación y compensación respectiva (García, 2021).

Figura 1. Mapa de comunidades de la FEDEPCUM



Fuente: Elaboración por Karla Vergara Rodríguez (Ulfe y Vergara, 2021).

Es así que, en la cuenca del Marañón, los procesos extractivos estatales y de inversiones privadas alrededor del petróleo provocaron cambios notables en las actividades de las comunidades y acceso a recursos naturales en relación con la pesca y el agua (Delgado y Martínez, 2020; Grados y Pacheco, 2019). En la cuenca del Marañón, el día a día de las comunidades tiene una relación estrecha con el agua, la cual fue perjudicada por la escasez de agua limpia (Delgado y Martínez, 2020). Los derrames y fugas de crudos u otros residuos tienden a extenderse a través de los ríos o lluvias que destruyen los ecosistemas terrestres y acuáticos: los suelos aptos para agricultura envenenados, agua impropia para uso doméstico y sin pescado, la principal fuente de proteína de la región (Dourojeanni, 2013). A esto se le suma, la situación de salud y bienestar de las comunidades afectadas por la exposición y contaminación por metales pesados que se muestran en malestares como “calambres, cólicos estomacales, dolor en el vientre, ardor al orinar, alergias y/o manchas en la piel acompañadas de comezón y abortos espontáneos” (Amnistía Internacional, 2017, p. 13). Además de las complicaciones en la salud reproductiva, se menciona la aparición de nuevas dolencias como diarreas, vómitos y alergias a partir de vivir en un entorno contaminado. Como La Torre López (1998) señala, a pesar

del aspecto del caudal de los ríos que diluye los efluentes contaminantes, en época de lluvias, los caudales crecen y se producen los rebalses que impide que las aguas contaminadas fluyan. Respecto al acceso de servicios de salud en la zona, el centro de asistencia más cercano se encuentra en Maypuco, además que, en el 2017, la Diresa Loreto construyó un módulo de atención en salud en la comunidad de Cuninico que ha sido criticado por sus carencias de medicamentos y personal especializado (Delgado y Martínez, 2020).

Por otro lado, en la región de Loreto, la industria petrolera también ha creado dependencia al trabajo asalariado y al flujo de efectivo monetario en varias comunidades. En relación con las consecuencias económicas de los derrames, estos han impedido mantener otras fuentes de sustento; por ejemplo, la pesca. Además, aunque hubo accesos a recursos económicos de forma sostenida debido a la industria, no se mejoraron las condiciones de vida de la población (Delgado y Martínez, 2020).

Recientemente, respecto al COVID-19, Rivas y Murayari (2021) mencionan que la geografía de la región de Loreto es clave para la transmisión del coronavirus. Los poblados se encuentran ubicados a las riberas del río, interconectados con los mercados de las urbes para la facilidad de circulación de las personas. En este tipo de espacio hay dos estaciones: época seca y la creciente del río. Así, la cuarentena coincidió con la época de máxima creciente del río; es decir, cuando predominan las lluvias e insectos. Esto tuvo como consecuencia la prevalencia de enfermedades como influenza, malaria, dengue, diarrea, dolor de estómago, etc. En el caso de la gripe, debido a la similitud de síntomas y la imposibilidad de realizarse una prueba rápida de COVID-19, había dificultades en definir si uno estaba solamente resfriado o se había contagiado de COVID-19. Además, ante la paralización de la economía en la ciudad, los autores describen que las personas acudieron masivamente a zonas rurales para obtener medios de subsistencia, pero también transportando la infección a las comunidades. El control de los puertos de las comunidades en vista del negocio o intercambio de productos dependía de la organización de cada cuenca.

Cabe agregar que, antes del COVID-19, había brotes de dengue en Loreto que continuarían, al mismo tiempo, con la pandemia. Según la alerta epidemiológica del 27 de octubre del 2020 del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control

de Enfermedades del Ministerio de Salud, en el 2020, Loreto fue uno de los tres departamentos con mayor tasa de incidencia de casos reportados de dengue con un total de 803.36 casos por 100.000 habitantes. Como se ha mencionado, los casos de dengue se presentan de manera estacional. El incremento de temperatura, así como el aumento de lluvias, favorecen a los criaderos de mosquitos.

En vista de la situación crítica de la contaminación y con la emergencia sanitaria del COVID-19, así como en otros casos de pueblos indígenas, el Estado actuó de forma ineficaz y llegó tardíamente a esta zona: los casos de contagio han sido casi totales en la población y también las reincidencias. Ante esto, se identifica que las prácticas comunitarias de (auto)cuidado de estas comunidades kukama Kukamiria han sido maneras de resistir y sobrevivir; por ejemplo, el uso de plantas medicinales para prevenir y aliviar los síntomas de la COVID-19 (Ulfe y Vergara, 2021).

1.5.2. Comunidad Nativa Nueva Santa Rosa

La presente investigación se sitúa en la CCNN Nueva Santa Rosa, la cual es parte de la Federación de Pueblos Cocamas Unidos del Maraón (FEDEPCUM). Respecto a la historia de Nueva Santa Rosa, esta se ubica al margen izquierdo del río Maraón en el distrito de Urarinas, departamento de Loreto. Esta colinda por el sur con el río Maraón, por el este con la Comunidad Nativa de Urarinas y por el oeste con la quebrada Sábalo-Yacu. Su fecha de fundación como Nueva Santa Rosa es el 30 de agosto de 1997.

Figura 2. Letrero de la comunidad nativa Nueva Santa Rosa



Fuente: Elaboración propia

Sin embargo, la historia de la comunidad comprende que esta se fundó tiempo atrás como Santa Rosa el 30 de agosto de 1965 cuando se ubicaba en el margen derecho del río Marañón. Según el acta de fundación, 10 moradores habitaban Santa Rosa y había tres autoridades: teniente gobernador, agente municipal, presidente de APAFA. Esta se desplazó en dos ocasiones antes debido a que, afectada por las lluvias y el incremento del caudal del río, se desbarrancó. La primera vez fue en 1978 en su ubicación mencionada al lado derecho y la segunda vez fue en 1997 cuando estaba en “la isla”; es decir, en la porción de tierra en el medio del Marañón. A partir de la última reubicación, se decidió por asamblea tramitar con el municipio el nuevo terreno de la comunidad para el pueblo que culminó con un acta de entrega del terreno.

En 1970, se creó la escuela mixta de primaria N° 11862, con la primera profesora Carmen Meléndez Bandalés, contratada por los padres de familia. En 1971, el Ministerio de Educación contrató al profesor Nestor Eloy Pizango Paisua y así trabajaron muchos más profesores en Santa Rosa. En el 2002, se construyó la pista

peatonal principal y en el 2003 se construyó el colegio de material noble. Para el 2007, las autoridades solicitaron postes de concreto al municipio, pero finalmente se hicieron solo de madera. A esa fecha, había una población total de 215 habitantes que se distribuían en 43 familias y 57 moradores. Asimismo, la organización de las autoridades incluía al apu, teniente gobernador, madre indígena, agente municipal, presidente de APAFA y presidenta de Vaso de Leche. Además de la escuela primaria, recientemente la comunidad también tiene escuela inicial y secundaria.

El 28 de diciembre de 2010 se dispone el reconocimiento la inscripción de Nueva Santa Rosa en el Registro Nacional Desconcentrado de Comunidades Indígenas. El 14 de noviembre de 2013, el ex-apu Pablo solicitó que se cumpla el pago por la servidumbre petrolera que hacía uso del territorio de la comunidad debido al oleoducto norperuano, en vista del cumplimiento del derecho de pueblos indígena a beneficiarse de las ganancias que reporten la explotación y el uso de los recursos naturales de sus territorios respaldado por el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo. Dicha solicitud fue dirigida a las autoridades del Gobierno Regional de Loreto, el Municipio Provincial de Loreto Nauta, el Municipio Distrital Urarinas, el Ministerio de Energía y Minas y al Directorio de Perupetro. El 29 de diciembre del 2016 obtuvo su título de propiedad como comunidad nativa con extensión de 74 ha. 5276.28 m² de tierras aptas para cultivo en Limpio - tierras de protección.

Como se mencionó, ante el derrame de 2 358 galones de petróleo del 2014 cerca de la quebrada de Cuninico, a la altura del kilómetro 41+833 del Tramo I del oleoducto, los apus de Cuninico, Nueva Esperanza, Nueva Santa Rosa y San Francisco interpusieron una demanda contra PetroPerú y diversos organismos del Estado. Sin embargo, es importante notar que, en el 2017, se continuaron reportando derrames de petróleo en la zona cercana a Nueva Santa Rosa: un derrame a la altura del kilómetro 59 del Oleoducto Norperuano cerca de la comunidad nativa Nueva Alianza y dos nuevos derrames de petróleo a la altura del kilómetro 50 del Tramo I del Oleoducto Norperuano en la Nueva Santa Rosa.

De igual modo, en septiembre de 2019, como producto de las afectaciones, se implementó un plan de atención en salud con un presupuesto de 2 530 570 millones de soles para Cuninico, Nueva Santa Rosa, San Francisco y Nueva Esperanza como

parte de la Micro Red de Salud Maypuco. Este tiene el objetivo de realizar vigilancia epidemiológica y vigilancia sanitaria en las comunidades. Por este motivo, Nueva Santa Rosa cuenta con un tópico de salud desde octubre de 2019. Sin embargo, la duración del plan de salud comprende solo 2 años; es decir, hasta octubre de 2021.

A partir del 2020, en cumplimiento de la sentencia del Tribunal Constitucional que declara fundada la demanda, está en proceso la valoración de daños y reparación a las comunidades afectadas. Las casas cuentan con tanques para recolectar agua de lluvia para beber, cocinar y lavar. Al día de hoy, de acuerdo con el censo poblacional del 2021, Nueva Santa Rosa, tiene 279 habitantes que conforman 59 familias-casas, cuyas actividades principales son la agricultura y la pesca.

Figura 3. Morador preparándose para salir en su bote



Fuente: Elaboración propia

En general, a pesar de los retos metodológicos de la investigación en este tema dentro de un contexto de pandemia, es necesario una profunda revisión de los aspectos que han vivido las personas y, sobre todo, de quienes se han visto más afectados con el objetivo de obtener un adecuado conocimiento de las experiencias de cuidado de la enfermedad.

Inicialmente, debido a la pandemia de la COVID-19, el trabajo de campo se diseñó para un desarrollo de manera remota y digital, con la posibilidad de que pueda complementarse con un campo presencial dependiendo del contexto de contagio y de vacunación de las comunidades, durante agosto y septiembre del 2021. Sin embargo, a partir de coordinaciones previas con la FEDEPCUM y la comunidad en específico realizadas por vía telefónica, se acordó mi ingreso. Cabe resaltar que mi primera aproximación al campo parte de mi trabajo como asistente del proyecto de investigación “Una distancia social equívoca: cercanía y cuidado frente al COVID-19 en los pueblos indígenas del bajo Marañón”¹⁵, con fondos de FONDECYT/PROCIENCIAS de CONCYTEC administrado a través del Centro de Investigaciones Sociológicas, Económicas, Políticas y Antropológicas (CISEPA) de la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP). Por lo tanto, las referencias de investigadoras y terceras personas que han desarrollado trabajo de campo en la zona y el trabajo de campo que realizaré para la investigación señalada facilitaron entablar relaciones con la comunidad.

El trabajo de campo tuvo dos entradas importantes. Primero, a inicios de septiembre, se visitó brevemente la comunidad de Cuninico debido a las atenciones que brinda el módulo de salud, las cuales incluyen también a Nueva Santa Rosa. Después de haber entrevistado al personal del módulo, hice mi entrada a la comunidad central de mi investigación, Nueva Santa Rosa, hasta el mes de octubre. En ambas comunidades, previo a la autorización, mi entrada fue presentada y discutida, en el primer caso, en una reunión entre autoridades y, en el segundo caso, entre los moradores de la comunidad. Cabe explicar que el término “moradores” corresponde a la forma en que se nombran a sí mismos los habitantes de la comunidad. Posteriormente, esta fue aceptada. Asimismo, en ambos ingresos, expuse a las autoridades y moradores mis objetivos de investigación, metodología y cronograma. Los primeros días de campo fueron relevantes para mapear a los sujetos principales, también y su red de cuidados. El contacto con las autoridades, sabios, agente comunitario dependió de su disponibilidad, aunque se prefirió entrevistar al apu al

¹⁵ Este es un proyecto que busca comprender cómo las medidas de aislamiento y distanciamiento social dispuestas por el Estado se llevaron a cabo en las comunidades nativas de la cuenca baja del río Marañón, y las prácticas que estas emplearon para prevenir y atender la enfermedad producida por la Covid-19. Específicamente, se sitúa en las comunidades integrantes de FEDEPCUM, que han participado en el proceso judicial por servidumbre del Oleoducto Norperuano.

último para poder recoger algunos temas sobre la pandemia que sobresalieron entre los moradores.

Sin embargo, a pesar que el diseño fue replanteado para un campo presencial, se mantuvieron algunos aspectos del campo remoto para acceder a actores que ya no residían en la comunidad, a quienes habían tenido una larga experiencia de trabajo en la zona con población kukama kukamiria, así como mantener contacto con los actores con quienes se entablaron vínculos. En relación con dichas estrategias del trabajo de campo, estas toman en consideración las siguientes reflexiones. Por una parte, Norman (1999) reflexiona sobre las llamadas telefónicas de y desde el campo: *phoning the field*. Desde su experiencia de estar en la vida de sus informantes desde llamadas telefónicas, aunque suene contradictorio, es posible estar cerca y mantener la distancia. Por otra parte, Gómez (2017) nos recuerda que el “arsenal metodológico” está en constante renovación. El autor advierte que es peligroso pensar que los métodos ya son fórmulas establecidas. Estos son partes claves del diseño metodológico porque; además de ser la forma de diálogo con los sujetos de estudio y la forma de transitar en el campo; estos son el soporte para el tipo de preguntas que podemos hacer; al mismo tiempo que el alcance y profundidad respecto a las respuestas (Gómez, 2017). De tal modo, los métodos moldearán no solo la aproximación, sino la relación con las personas que estudiamos. En ese sentido, más aún ante los retos metodológicos en la pandemia, conviene evaluar los aspectos señalados y mirar creativamente posibilidades para el campo de investigación.

Por lo que, la estrategia para contactar actores principalmente fue a través de llamadas telefónicas, mensajes por chat y correos, a partir de la primera aproximación al campo. Para el trabajo de campo, las entrevistas serán programadas acorde con la disponibilidad de los entrevistados en acceder a estas, sincrónica y/o asincrónicamente. Las conversaciones por aplicativos de chat como WhatsApp¹⁶ habilitan la comunicación no solo a través de textos, sino de audios, imágenes o videos. En este punto, es importante respetar y ser comprensiva con los tiempos y ritmos de las personas ante una situación sanitaria muy difícil. La posibilidad de

¹⁶ En relación con el uso de aplicaciones, Gómez y Harindranath (2019) resaltan la importancia de WhatsApp comprendida como una tecnología de vida porque, precisamente, organiza aspectos diversos de la cotidianidad, lo cual muestra la centralidad de la aplicación en la vida de las personas. Cabe resaltar que el uso de esta app debe ser situado y contextualizado.

realizar videollamadas cortas para quienes no se encontraban en una ciudad fue casi nula debido a la poca la conectividad a Internet. Así, durante el trabajo de campo, habrá un acercamiento crítico a las posibilidades tecnológicas, así como experimentación metodológica en relación a otras maneras de “estar presente”.

1.5.3. Notas de reflexiones éticas

Para concluir, pienso que es fundamental reflexionar sobre mi presencia en el campo como investigadora. Como he mencionado, la cuestión del ‘estar allí’ del antropólogo parte de las relaciones que construimos y los efectos de estas. Es necesario reconocer que mi presencia como ‘extraña’ o ‘invasiva’ irrumpió en la vida de los sujetos de estudio. En paralelo al análisis que haré para esta investigación, yo también fui analizada y leída por los otros sujetos. Por eso, me presenté tanto a mi misma como a mi tema y objetivos de investigación desde un inicio. Además, la particularidad de la etnografía es que la herramienta de la investigación es el propio investigador. En ese sentido, reconozco que fui una intermediaria a base de mis interpretaciones sobre los hechos durante el campo. Por eso, reitero la importancia de la reflexividad en el sentido también de ser consciente y autocuestionarme mis propios presupuestos sobre el tema. En este último punto, la pandemia ha llegado a tocar cada parte de nuestras vidas y ha tenido efectos diversos en estas. Así, reconozco que mi experiencia en pandemia también impulsó estas intrigas señaladas en mi problema de investigación.

Sobre las consideraciones éticas, la presente investigación siguió los principios éticos del reglamento del Comité de Ética de Investigación de la Pontificia Universidad Católica del Perú: responsabilidad, integridad científica, justicia, beneficencia y respeto por las personas. Previo a iniciar el trabajo de campo, se informó al presidente de la comunidad el tema y objetivos de investigación, al igual que el cronograma previsto para esta. Cabe agregar que mi entrada al campo fue posterior a la de dos estudiantes de la Universidad Nacional de la Amazonía (UNAP) Peruana, quienes también integraban el proyecto de investigación “Una distancia social equívoca: cercanía y cuidado frente al COVID-19 en los pueblos indígenas del bajo Marañón”. Estos últimos no tuvieron problemas de contagio de la COVID-19, por lo que dicha experiencia facilitó la decisión de realizar el trabajo de campo presencial, en lugar de remoto y digital. De este modo, en la segunda entrada de los estudiantes

de la UNAP acordamos viajar juntos a la zona y, luego, proceder a las comunidades asignadas a cada uno.

Después de obtener el permiso de la comunidad, el siguiente paso fue coordinar mi presentación ante las participantes con el mismo propósito de informar. De esta manera, estableceré contacto con los casos de contagios y los demás cuidadores interesados en participar, así como los otros sujetos mencionados. El consentimiento informado y la voluntariedad fueron determinantes para proceder en la investigación, además de que se garantizara el anonimato de los informantes en caso así lo deseen. En relación con el uso de imágenes, se usaron los criterios éticos descritos. De igual modo, en vista del gran número de contagios y reincidencias en estas comunidades, un aspecto más a considerar al estudiar casos de personas que han estado contagiados en algún momento de la pandemia es esta situación de vulnerabilidad, además de la mencionada relación tensa con el Estado por los derrames de petróleo.

Como se ha reiterado, en esta línea de respeto a los informantes, se grabó las entrevistas en las cuales se haya dado autorización previa y, de no sentirse cómodos durante las entrevistas, se dio la posibilidad de suspenderla. Por último, el compromiso académico de esta investigación abarca no solo aportar en la discusión académica. Sino, también se piensa en el compromiso ético entre la investigadora y las y los sujetos de estudio. En ese sentido, el cierre de esta investigación incluye la devolución de la información recogida.

1.5.4. Balance acerca del trabajo de campo

El trabajo de campo se realizó durante la primera semana de Septiembre hasta mediados de Octubre de 2021. En la primera entrada a Cuninico, Galo Vásquez, el presidente de la FEDEDCUMP, fue quien me dio la bienvenida a la comunidad. En la reunión de presentación con las autoridades mi rol como estudiante de la PUCP fue relevante, ya que conocían a investigadores e investigadoras de la universidad. En una de las intervenciones, se señaló que yo era de la universidad, no de la Diresa, del Estado. Eran estos últimos con quienes ellos debían tener cuidado. Durante mis visitas al módulo de salud y conversaciones con las técnicas en enfermería mostraron su disposición en conversar conmigo y sus sentires como personal de salud en la

pandemia. Una de las conversaciones fue clave para posteriormente situar uno de los casos de Nueva Santa Rosa que había sido trasladado y atendido en el módulo, así podía comparar las historias sobre dicho caso desde ambas comunidades.

En coordinaciones telefónicas con el apu, se acordó que me quedaría con una de las familias de la comunidad quien tenía un hospedaje para visitantes. Después de que mi llegada fue anunciada por el megáfono de la comunidad, se convocó a una reunión para el día siguiente. Durante mi presentación, dado que esta no era la primera vez que investigadores han visitado la comunidad, en las intervenciones, los moradores hacían preguntas acerca del beneficio que obtendría la comunidad con mi investigación. Esto último en vista de sus cuestionamientos a la falta de medicinas, atenciones y personal de salud debido a la ausencia estatal. Por ejemplo, me solicitaron apoyo para que se priorice la vacunación contra el COVID-19. Por otra parte, ante la explicación de que mi tema estaba centrado en la pandemia, también surgían dudas si abordaría el tema del derrame. Esto se debía a que la mayoría de visitantes externos, no solo de investigadores, principalmente habían acudido por dicho tema. En vista del proceso de demanda de las cuatro comunidades y la desconfianza ante acciones que puedan perjudicarlos, también hubo preguntas de si yo o la universidad teníamos alguna relación con la DIRESA o el Estado que fueron aclaradas. En este punto, nuevamente, es importante destacar que el hecho que venía referenciada por investigadoras que las autoridades conocían por trabajos de campo previos ayudó a disipar un poco esa desconfianza que aparecía de vez en cuando durante mi campo. Por último, al cierre, se hacía énfasis en que esperaban que hiciera un buen trabajo y un buen informe a fin de hacer llegar la información y la voz de la comunidad al Estado.

En los primeros días en Nueva Santa Rosa aproveché para conocer la comunidad y que los y las moradores se familiarizaran con mi presencia. Así, algunos de estos se acercaron a conversar conmigo preguntándome quién era y qué estaba haciendo allí. A la par que visitaba el tópico, el técnico en enfermería quien era nato de la comunidad me ayudó a ubicar a las autoridades, promotores de salud, partera, (ex)chamán, así que con él también trabajamos un croquis de la comunidad. En estas primeras conversaciones identifiqué los 3 principales casos de contagios, quienes se mostraron abiertos a compartir sus historias. Cabe notar que si bien me había presentado como estudiante de antropología que realizaría entrevistas con cierto

grupo de la población acorde a mi metodología, algunos moradores me asumieron un rol más de encuestadora, con quien se conversaría una vez. En ese sentido, el hecho de establecer relaciones con las personas antes, conocerlos y generar más confianza fue un poco confuso para algunos. Sin embargo, se habituaron a mi presencia con el paso de los días en la medida de que me invitaban nuevamente a visitar sus casas y conversar. Particularmente, los momentos en que compartíamos comida, íbamos a la chacra, veíamos los partidos o las horas de descanso del trabajo en la tarde teníamos la oportunidad de conocernos cómodamente. Por otra parte, hubo algunas personas cuyos horarios de tiempo libre eran pocos o se movilizaban a otras ciudades, de tal modo que mi interacción con ellos fue reducida. En resumen, registré tres casos de estudio que reunían entre 7 u 8 personas por caso. Asimismo, pude concretar las entrevistas planificadas con los demás actores, salvo con uno de los promotores de salud que se encontraba ocupado fuera de la comunidad, en un espacio con poco acceso telefónico.

Algunos de los espacios relevantes que pude observar fueron la dinámica de las asambleas y los partidos de fútbol como espacios de reunión de los moradores. De igual modo, las interacciones que tuve con personas externas que visitaron la comunidad, las cuales no había tenido previstas en la metodología, me permitió recoger más puntos de vista acerca de los cuidados actualmente en la comunidad. Respecto a momentos importantes de mi campo, si bien se comentaba que faltaba poco para la vacunación, esta no tenía fecha fija, pero coincidió con mi estancia. Este fue un momento en que varios temas que había recopilado hasta la fecha sobre la vacunación se concentran. Pude observar el desenvolvimiento de la presencia de la Diresa, la asistencia de personas a vacunarse y los comentarios circulantes en el mismo tópico. Por otro lado, en las conversaciones que tuve con un morador acerca del derrame, este me describió la ruta que seguía del oleoducto hasta el río. Al ser una ruta que él conocía, le pregunté si podría llevarme para conocer el oleoducto a lo cual él accedió. De tal forma, este recorrido me ayudó a dar forma a las descripciones que me narraban los moradores sobre el derrame y los efectos de este en su comunidad.

Por último, a finales de mi estadía, la familia que me hospedaba me invitó a acompañarlos al aniversario de Cuninico, evento al cual casi toda la comunidad asistió. Dicho día pude observar la dinámica de la celebración de un aniversario y

también las relaciones entre las comunidades. En ese sentido, el trabajo de campo fue una experiencia llena de aprendizajes que superaron las expectativas y presupuestos acerca de las historias y vivencias alrededor de la pandemia.



CAPÍTULO II: Historias de casos de estudio

2.1. Historias en pandemia

Antes de presentar cada uno de los casos, es importante mencionar la forma de acercamiento que tuve con las y los moradores para conocer sus historias y experiencias. En primer lugar, presté atención a los horarios y ritmos diarios, sobre todo las horas de trabajo en la chacra o pesca, los horarios de cocina y el tiempo libre o de descanso. De este modo, era más fácil encontrar a las personas con quienes me interesaba trabajar. De no encontrarlas, algún otro miembro de la casa o vecino me ayudaba a saber en qué horario debía volver.

En segundo lugar, un aspecto importante fue poder generar confianza. Si bien me había presentado ante las autoridades y algunos moradores, en el transcurso de las primeras dos semanas de campo, tuve que construir mi identidad como estudiante. Como mencioné anteriormente, ante las figuras de extraños en general salta la desconfianza de tener un vínculo o ser parte de la DIRESA o el Estado. Es así que a pesar de que cada vez que conocía a una nueva persona me presentaba, la pregunta de mi identidad podía volver a aparecer cotidianamente. En ese sentido, uno de los indicadores de la confianza que se iba generando en los vínculos con los moradores partía de desligarme de dicha asociación. Pero también esto se hizo notorio con las interacciones en su cotidianidad: invitaciones a visitarlos seguido, la introducción de temas delicados de sus vidas por parte de los entrevistados, como la pérdida de seres queridos a lo largo de sus vidas, o incluso que explícitamente me decían que estaban confiando en mí en poder contar sus historias. Así, las conversaciones antes de las entrevistas permitieron que el diálogo sea más abierto y fluido. Asimismo, las conversaciones informales fueron importantes puesto que añadieron y visibilizaron temas que no necesariamente estaban previstos a abordar y que los actores consideraron relevantes de compartir conmigo para comprender sus historias. Es decir, permitieron sumar y complejizar los temas abordados en las entrevistas, así que estas fueron igualmente valiosas que las demás técnicas. Además, algunos me preguntaban con quienes había estado conversando porque estaban interesados en saber los avances de mi trabajo de campo. Al comentarles a quienes había conversado también daban nuevos comentarios de dichos casos que sumaban a las descripciones de estos. Algunos colaboradores buscaron fotografías, certificados o

documentos suyos, ya sea durante la misma conversación o los tenían preparadas al saber que iba a entrevistarlos.

Sin embargo, cabe notar que las relaciones con los informantes fueron diversas, algunas más cercanas que otras. En los casos principales de contagio y su círculo más cercano pude profundizar más debido a las visitas continuas, pero con algunos otros, en la medida que se expandía la red de cuidado o debido a sus ocupaciones, fue más difícil interactuar constantemente, así que dichas entrevistas fueron más cortas.

En tercer lugar, para los mapas corporales se había previsto utilizar hojas para hacer las anotaciones sobre sus experiencias. Sin embargo, las personas se sentían más cómodas utilizando su propio cuerpo para narrar sus síntomas y los cuidados que requerían, además que los lugares donde nos reuníamos podían variar entre estar en la casa, la chacra, los alrededores de la cancha de fútbol o sentarnos en las bancas afuera de las casas. Por otra parte, por ejemplo, algunas de las mujeres que tenían niños pequeños, cuidaban de estos mientras conversábamos, estaban cocinando o haciendo actividades domésticas. Por lo que, era más sencillo adaptar la técnica de forma que yo anotaba sus comentarios y, luego, los ordenaba para revisarlos juntos. Esta adaptación también se realizó con las líneas de tiempo.

En cuarto lugar, en las entrevistas, si bien había quienes rápidamente mencionaban fechas en sus narraciones, a veces había dificultades en el hacer memoria para ubicar las fechas exactas o aproximadas de eventos, ya sea de la comunidad o personales. Me daban algunas, pero reconocían no estar seguros. De tal modo, la línea del tiempo general de la comunidad parte de comparar varios de estos fragmentos para aproximarse a las fechas probables, sumado la revisión de cierta documentación que comprobaba las afirmaciones.

Sobre el formato de la entrevista, si bien se había previsto que fuera individual hubo tres modificaciones que quiero resaltar. Por un lado, al preguntarle si podía entrevistar a una de las informantes, una de sus reacciones inmediatas después de aceptar fue el sugerirme llamar a su esposo, ya que “él sabía más de ese tema [la pandemia]” por ser una autoridad. No obstante, le respondí que estaba interesada en hablar con ella primero y le aclaré que no había respuestas correctas a mis preguntas, sino que estaba interesada en conocer su historia. Estos comentarios disminuyeron

sus preocupaciones sobre sus respuestas y fue así que primero conversamos las dos, además que le aseguré que, luego, podía hablar con su esposo. Por otro lado, en otras oportunidades, hubo intervenciones de terceros durante las entrevistas. Por ejemplo, en una entrevista que tuve con otro de mis informantes, su pareja también estaba presente. A pesar de que ella no se mostraba interesada en participar en la entrevista, había momentos en los que le murmuraba algunas respuestas al informante cuando se demoraba en recordar algunos hechos o intervenía brevemente y luego se retiraba. En algunos otros casos, el informante llamaba a su pareja para que lo ayudara a recordar las fechas, ya que decía que ella tenía buena memoria o la pareja se unía a la entrevista en cierto punto de ésta por sí sola porque quería responder también. Cabe agregar que, posterior a dichas entrevistas, se pudo entrevistar y conversar con dos de las mujeres mencionadas individualmente. Finalmente, hubo una ocasión en la que entrevisté a una pareja al mismo tiempo. El motivo fue que ambos querían narrar no solo su historia personal, sino también la familiar. Esto fue provechoso porque la entrevista cambió más a una conversación entre los tres con un ritmo más dinámico, en la cual no había uno que acaparara las respuestas, sino que sus comentarios y memorias sumaban para ambos lados.

La aproximación a estas historias ha sido una intersección entre narraciones, observaciones del día a día, registros, su cotidianidad y experiencias que me invitaron a conocer. En estas abundan sus impresiones, relatos, sentires y reflexiones sobre la pandemia, los cuales dan forma a sus vivencias alrededor del COVID-19. En estas sobresale sobre todo el querer ser escuchados y que sus historias lleguen a más personas.

2.2. Casos de estudio

Tal como se describió en la metodología, esta investigación se realizó entre los meses de septiembre y octubre de 2021 bajo diferentes formas de presencialidad. Esta consta de 3 estudios de casos para los cuales identifiqué 3 casos de contagios significativos. Los primeros días del trabajo de campo el foco estuvo en conocer las ideas claves de la comunidad sobre la pandemia a fin de mapear a actores relevantes en tanto los criterios de gravedad de síntomas, género, edad, reincidencia en contagio, traslado a otros puestos de salud. Si bien inicialmente se supuso que habría un actor central para cada caso de estudio, al conocer las historias familiares de las redes de

cuidado, en las que también abundan los contagios, se identificó también casos de contagios secundarios relevantes. Cabe destacar que cada uno de los casos identificados corresponden a diferentes grupos familiares. Considerando que en comunidades indígenas los vecinos suelen ser parientes, se buscó diversificar las perspectivas con diferentes grupos.

Cuadro 1. Resumen de casos principales

Informante	Género	Edad	Lugar de nacimiento	Identidad	Ocupación	Educación/Formación
Julio	Hombre	71	Nauta	kukama	Agricultura y pesca	1° de primaria y servicio militar
Rómulo	Hombre	60	Iquitos	kukama	Agricultura, pesca, caza y administrar un hospedaje	4° de secundaria y ex- agente comunitario
Alicia Q.	Mujer	30	Santa Rosa	kukama	Casa y tienda	1° de secundaria

Fuente: Elaboración propia

Una complicación durante el mapeo en su fase inicial fue la ausencia de un caso de contagio de una mujer grave en tanto las conversaciones siempre apuntaban a moradores masculinos con sintomatología severa: Julio y Rómulo. Estos hechos también eran reforzados por el dato de que el COVID-19 afecta más a hombres que a mujeres. Según la Sala Situacional de fallecidos, a la fecha del 29 de octubre de 2021, el 63.77% corresponde a hombres y el 36.23% a mujeres, con un alto índice en los mayores de 60 años (Ministerio de Salud, s.f.-c). No obstante, nuevamente, indagar en las historias familiares amplió la narrativa centrada en actores masculinos y finalmente pude establecer el tercer caso femenino: Alicia Q..

De tal forma, se logró trabajar con una diversidad de casos de contagios. Un primer punto a señalar es que había 3 versiones sobre los casos principales dependiendo de los actores: desde el propio caso, desde la red de cuidado y desde los demás moradores de la comunidad y externos a esta. Cada uno de los tres actores afirmaba haberse enfermado de COVID-19 en vista de la sintomatología que desarrollaron que los hizo sentir al borde de la muerte. Julio y Alicia Q. fueron atendidos en casa, a excepción de Rómulo quien fue trasladado al módulo de salud

de Cuninico. Como mencioné, dado que los dos primeros son los más recordados, no había muchos comentarios por parte de los moradores acerca del caso de Alicia Q., más allá de su red.

Comparando los datos generales, Julio y Rómulo entran en el grupo de edad de adultos mayores, mientras que Alicia Q. corresponde al rango de adulta. Las edades no son solo relevantes por la relación de estas con las complicaciones en la sintomatología, sino porque estas dan un indicio sobre las redes de cuidado. Es así que, para los casos de adultos mayores, estos tenían más posibilidades de atenciones por parte de sus hijos que eran adultos, sobre todo, de quienes residen en la comunidad. Un aspecto que destaca en la red de cuidado de Rómulo es que su hijo también es el técnico de enfermería del tópico. En cambio, tener hijos menores suponía otras relaciones de cuidado. Además, ambos nacieron en ciudades; Nauta e Iquitos, respectivamente, y han vivido en otros lugares antes de establecerse en Nueva Santa Rosa, por el contrario, Alicia Q. es nata de Santa Rosa y siempre ha vivido ahí.

En su formación, ninguno llegó a completar sus estudios; sin embargo, algunos tuvieron otros tipos de formación. Julio estudió hasta primero de primaria y realizó servicio militar obligatorio por dos años. Rómulo estudió hasta cuarto de secundaria, pero no pudo terminar por temas económicos familiares; sin embargo, tuvo una larga trayectoria como promotor de salud. De forma similar, Alicia Q. no terminó sus estudios de secundaria debido a las dificultades de solventar los gastos, ya que no había secundaria en la comunidad durante esos años.

En tanto a nivel socioeconómico, Rómulo tiene un hospedaje que le permite tener ingresos y también se dedica a la venta de petróleo. Estas fuentes de ingreso han sido relevantes, ya que después de haberse enfermado de COVID-19, se siente más cansado y su ritmo de trabajo en la chacra decayó. Debido a que la comunidad cuenta con luz solo durante un horario en la noche, el hecho de contar con un generador de luz que puede prender en el día, en caso necesite, y cable también distingue a su casa. Otro elemento que refleja su condición económica es que haya cubierto los gastos de secundaria de su hijo en San José de Saramuro y, posteriormente, apoyarlo con sus estudios superiores. Además de las labores de la casa, Alicia Q. tiene una tienda que en comparación a las otras dos de la comunidad

es la más pequeña, pero el hecho de tener una tienda es significativo para ingresos monetarios regulares. En cambio, Julio principalmente se dedica a su chacra cultivando maíz, arroz, plátano y yuca.

Por último, todos se identifican como kukamas. Aunque admiten que conocen muy poco de la lengua, algunos señalan que sus padres sí. Cabe acotar que, actualmente, en la escuela de la comunidad se enseña kukama. Sin embargo, también notan el mestizaje en la comunidad en la medida de que no son “tan nativos” como otras comunidades río arriba. Es así que estas son las primeras historias en las que iré profundizando y son el punto de partida para conocer a muchos más actores que explicaré más adelante.

2.2.1. Caso Julio y Filida

Conocí a Julio una tarde de mis primeros días de campo. Había decidido ir a ver los partidos de la tarde y Julio se sentó en la banca al lado de la mía. Me saludó y conversamos comiendo maíz amarillo de su chacra. Al comentarle el motivo de mi llegada, me dijo que, si necesitaba algo, no dudara en ir a su casa a conversar. Julio nació en Nauta el 20 de agosto de 1950. En 1987, estuvo viviendo en la comunidad nativa de Nueva Esperanza por 9 años hasta que en 1996 se trasladó a Santa Rosa. Sus papás y abuelos que vivían en Nauta también eran kukama, hablaban la lengua. Recuerda que su abuelita le conversaba en kukama, todo era en kukama.

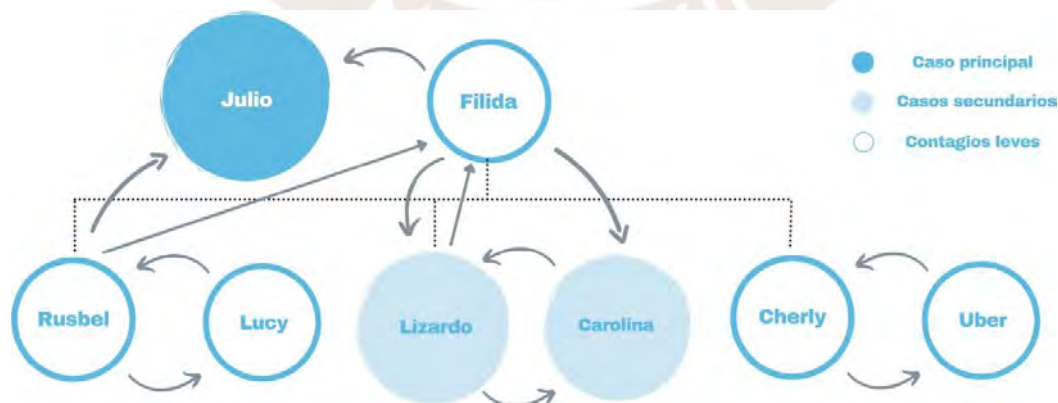
Desde hace 6 años, Julio y Filida, la partera, son pareja. Ella nació el 12 de febrero de 1949 en Nauta. Se identifica como kukama, aunque reconoce que tampoco sabe hablar, ni entiende la lengua. En sus recuerdos, sus abuelos de Nauta hablaban, pero su papá no aprendió. Filida no recibió educación, es iletrada debido a que cuando era una niña tuvo que asumir las labores de cuidado en casa. Su papá falleció cuando tenía 9 años, por lo que su mamá trabajaba para mantenerlos a ella y a sus hermanos. Su abuela les crio, pero, al ser la hermana mayor no la mandaban al colegio para ayudar a criar a su hermana menor. Ella llegó a Santa Rosa por su primer esposo y padre de sus 6 hijos, Francisco. Este último falleció a los 73 años y ella no volvió a Nauta. Después de que fallece y dado que se quedó sola porque todos sus hijos ya tenían familia, ella menciona entre bromas que “tenía vergüenza de ir a pedirle un plátano, tenía vergüenza de pedirle una leña, una pesca y de esa manera me he

obligado a tenerle a don Julio”. A sus 72 años, cree que su vejez ya no la quiere hacer andar, pero todavía trabaja en su chacra y realiza las labores de la casa. Es decir, ellos son la pareja de adultos mayores con más edad en la comunidad.

De acuerdo a lo recogido, cronológicamente él fue el segundo caso más severo después de Rómulo. “Yo ya estaba en el cementerio”, comenta Julio. Pensaba que era una enfermedad simple, pero, después de una garúa, comenzaron las complicaciones al punto que lo encontraron desmayado y moribundo en su camino de regreso del baño. La enfermera del tópic, Nativi, lo atendió y “lo levantó” con dos sueros que lo ayudaron a recuperarse.

En su red de cuidado destaca principalmente la figura de su pareja Filida, quien es la partera de la comunidad desde que tenía 32 años. Sus funciones como partera eran sobar para enderezar a los bebés cuando están mal acomodados y revisar si el pulso estaba agitado, lo cual era señal de que ya estaba lista para dar a luz. Esto lo aprendió de su cuñada quien también era partera; esta última le hacía andar por todas partes enseñándole las funciones. Por otro lado, la red se extiende a los hijos de Filida quienes la apoyaron cuando Julio enfermó, pero también cuando ella estuvo enferma y viceversa. Actualmente, cuatro de los hijos e hijas de Filida viven en Nueva Santa Rosa: Delmira, Rusbel, Cherly y Lizardo. Principalmente, sus hijos estuvieron pendientes tanto de ella como de Julio. Respecto Lizardo, se resalta que enfermó de gravedad y fue trasladado al centro de salud de Maypuco. Además, su pareja, Carolina, es otro de los pocos casos de mujeres que presentaron síntomas graves.

Gráfico 2. Caso Julio y Filida



Fuente: Elaboración propia

2.2.2. Caso Rómulo

En principio, la primera vez que escuché de este caso fue en mi visita a Cuninico, algunos moradores mencionaron que uno de los casos que trajo la enfermedad a Cuninico provino del traslado de un señor desde Nueva Santa Rosa: Rómulo. Por coincidencia, en las coordinaciones con el apu de la comunidad, se acordó que me hospedaría en la casa de Rómulo y Alicia C.. En su hospedaje también acudían otros visitantes externos como ingenieros, profesores y anteriormente personal de salud. Rómulo era identificado como el primer enfermo de gravedad en la comunidad, cuyo cuñado ISV, había sido el primer caso.

En ese sentido, a primera vista, este era un caso interesante de abordar dada la severidad con la que se describían los síntomas de Rómulo, no solo por él, sino por sus familiares y moradores de la comunidad. Sin embargo, tenía dudas sobre seguir este caso, ya que al mismo tiempo que todos en Nueva Santa Rosa afirmaban que estuvo enfermo por COVID-19, su hijo Paolo, quien también es técnico del tóxico, me decía que no había sido esa enfermedad, sino una neumonía y añadía que la prueba rápida de COVID-19 había sido negativa. Esta afirmación acerca de un diagnóstico de neumonía también fue reforzada por la enfermera del tóxico que lo atendió. En contraste, Rómulo decía que no se había hecho la prueba porque ese día se había ido a su chacra.

No obstante, considero que estas distintas versiones sobre si Rómulo estuvo enfermo de COVID-19 o no eran precisas para expresar la complejidad de identificar la enfermedad, la sospecha ante los síntomas y eran un buen ejemplo de las tensiones alrededor del caso.

Rómulo tiene 60 años y nació en Iquitos. Ha recorrido y vivido en diferentes lugares a lo largo de su vida. Durante una de las conversaciones en el almuerzo, salió el tema de que él también había sido promotor de salud desde 1977. ¿Cómo aprendió y se interesó por el tema de salud? Aprendió de su papá, mirando, observándolo poner ampollas, él repitió sus acciones y aprendió. Para él, era importante porque por esos años “ni hallabas un centro de salud”. Es así que uno solo compraba sus ampollas y, si las necesitas, te las aplicas. Por poner algunas ampollas, a veces también le daban propinas.

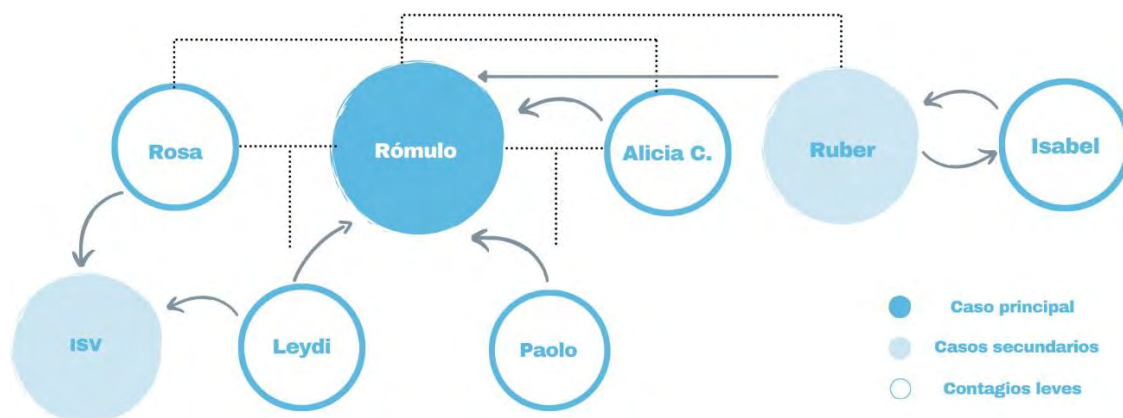
Cuando residía en el Centro Poblado Ramón Castilla, fue nombrado como promotor de salud oficialmente. En pocas palabras, él aceptó porque ya sabía. Luego, alrededor de 1991-1994, se fue al Bajo Amazonas, al distrito de Indiana, con los Médicos del Mundo, organización no gubernamental de carácter internacional que proporciona atención médica de emergencia y de largo plazo para poblaciones vulnerables. Por ejemplo, se capacitó en primeros auxilios para el manejo de la epidemia de cólera. Estas capacitaciones también eran auspiciadas por el Vicariato San José de Amazonas y el Ministerio de Salud. Recuerda haber salvado varias vidas acompañando a Médicos del Mundo en el Hospital San José de Indiana. Después, agrega que trabajó en la frontera con Colombia, Perú y Brasil. Aproximadamente, en 1999, decide quedarse permanentemente en Nueva Santa Rosa con su última pareja. Comentaba que él se capacitó en Santa Rita de Castilla asistiendo a talleres una vez al año, durante 4 años. En ese tiempo en Santa Rita estaban el padre Miguel Fuentes y la Madre Rosa. Finalmente, le ofrecieron trabajar en el hospital de Iquitos, pero declinó y cerró su etapa como promotor de salud, prefería vivir tranquilo. Es decir, dedicarse a su chacra y a su negocio de hospedaje. Recordando su trayectoria, orgullosamente, Rómulo me recalca, “sin estudio, solo con mirar he trabajado”.

Acabamos de almorzar y le pidió a su pareja, Alicia C., buscar sus certificados. Decía que algunos no le creían a veces que había sido promotor, entonces él quería mostrarme sus papeles, incluso antes de que yo le solicitase si aún los conservaba. Demoramos un tiempo en encontrarlos, al final, Rómulo también comenzó a buscar hasta dar con ellos en uno de los certificados que guardaban cuidadosamente en bolsas por la lluvia.

Retornando al tema de la pandemia, Rómulo me menciona que primero tuvo una gripe simple como cualquier gripe común por dos días. Pero una semana después en el mes de mayo, mientras garuaba, le agarró una fiebre intensa que, para él, ahí le comenzó el COVID-19. Cuatro días después, intentaron trasladarlo al centro de salud de Maypuco, pero le negaron la entrada y terminó en Cuninico. En Cuninico, le dijeron que tenía COVID-19 y, debido a complicaciones respiratorias, le indicaron que debían trasladarlo a Iquitos. Sin embargo, él y su familia se negaron. Permaneció en Cuninico por 8 días y, al presentar mejoría, regresó a Nueva Santa Rosa, pero volvía periódicamente por tres meses a hacerse chequeos.

En su red de cuidado, abunda la mención de sus hijas, hijos y su pareja, quienes lo acompañaron, ya sea en ciertos momentos o casi continuamente cuando estuvo enfermo. De sus hijos destacan Leydi y el técnico Paolo. Asimismo, la pareja de Leydi es el apu ISV, el primer caso de COVID-19 de la comunidad. Por otro lado, el hermano de Rómulo, Ruber quien también lo visitaba antes de que se agravasen sus síntomas es relevante, dado que señala haberse contagiado de COVID-19 en dos ocasiones y quien lo atendía fue su pareja, Isabel.

Gráfico 3. Caso Rómulo



Fuente: Elaboración propia

2.2.3. Caso Alicia Q.

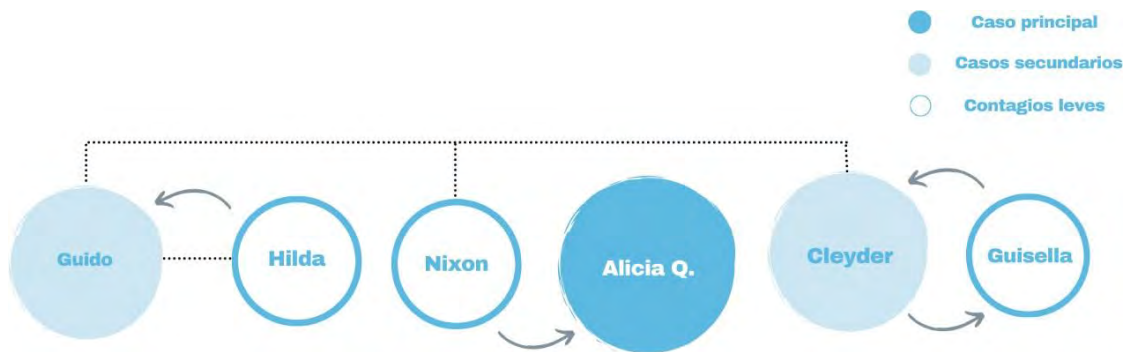
La primera vez que escuché de Alicia Q. fue por Hilda. Como mencioné, mapear un caso femenino grave o severo fue difícil porque la mayoría de mujeres aseguraba que sus síntomas fueron leves. Debido a que estaba dudosa de identificar un caso así, estaba trabajando con Guido. Él era el viceapu, pero su historia era interesante porque, además de describir una sintomatología grave, mencionaba haberse contagiado dos veces. Hilda y Guido son pareja. Ambos nacieron en Santa Teresa, pero él se mudó primero a Santa Rosa hace 24 años. En el 2010, se hacen pareja y ella se muda también a Nueva Santa Rosa. Actualmente, tienen 5 hijos. Cuando Guido enfermó de COVID-19, Hilda se encargó de cuidarlo, a pesar de que ella también estaba enferma debido a que sus síntomas fueron leves. Sin embargo, mientras entrevistaba a Hilda, mencionó que su cuñada Alicia Q. enfermó gravemente. Pasaron unos días en los que estaba avanzado los casos previos a la espera de definir el tercero y conocí a la hermana de Guido, Merly. Nuevamente ante la pregunta de los

casos graves en la comunidad se nombraba a Julio y Rómulo, pero curiosamente también a Alicia Q.. Al terminar de conversar, me señaló su casa y finalmente la conocí.

Alicia Q. nació el 10 de marzo de 1991. Ella ha crecido toda su vida en Santa Rosa. Su pareja es Nixon, también hermano de Guido, con quien tiene 3 hijos. En su casa ella se enfermó primero, cuenta que había estado con una fiebre en el mes de julio, luego, fue a Nauta a cobrar un bono del Estado y a su retorno cae enferma, después todos sus hijos y su esposo. Sin embargo, ellos se mejoraron y ella se agravó de forma que sentía que “se le quitaba la respiración”. Menciona que no recurrió a la posta ni a ningún centro de salud más que por paracetamol, ya que no había más medicinas y que con “puro caliente” se trataba; es decir, bebidas calientes y vaporizaciones. En su red de cuidados, Nixon se encargaba de preparar sus medicinas y su hija mayor fue quien se encargó de las tareas de la casa y cuidar de sus hermanos.

De igual modo, conocí a otra pareja de la familia, Cleyder y Guisella. Cleyder es el hermano de Guido. Ella tiene 24 años y nació en la comunidad de Urarinas, mientras que Cleyder nació en Santa Teresa, pero hace 20 años que vive en Nueva Santa Rosa. Ambos están juntos desde hace 8 años y tienen 4 hijos. Pese a que el estado de emergencia había iniciado el 15 de marzo de 2020, el 25 marzo ambos requirieron ir a la ciudad de Iquitos. Esto se debía a que ella estaba embarazada y fue al hospital a dar a luz. El 28 nace su última hija y, quince días después de las complicaciones que tuvieron para encontrar transporte, ambos retornaron a Nueva Santa Rosa. No señalan haber tenido restricciones al volver, así que fueron directamente a su casa. Sin embargo, en dicho mes de abril, Cleyder se enferma y una semana después ella y sus hijos. Cada uno se turnó en los cuidados: primero ella cuidó de él y después se invirtió la relación. La enfermera del tópico señala que además del apu, otro de los primeros casos fueron Cleyder y Guisella, aunque estos no son identificados en la narrativa general de la comunidad. Además, Guisella también identifica a Alicia y a Guido como algunos de los casos graves de la comunidad.

Gráfico 4. Caso Alicia Q.



Fuente: Elaboración propia

Es así que en los casos señalados las relaciones de cuidado de las parejas y, en general, de las familias van en varios sentidos dependiendo de la gravedad de los síntomas. El hecho de que todavía tienen hijos menores de edad puede no involucrarlos directamente en el cuidado de los casos enfermos, pero sí en las labores de la casa o en el cuidado de sus hermanos menores. Por otro lado, cuando los hijos son adultos, los cuidados tienden a orientarse hacia los padres. La relación entre los cuidados de los casos mencionados y demás actores de la comunidad se desarrollará a profundidad en los siguientes capítulos.

CAPÍTULO III: Entre la sospecha y el temor: narrativas sobre el COVID-19

Este capítulo se resume en un hacer memoria; memoria para entender los hechos recientes de la pandemia que activan los recuerdos y experiencias de las personas en relación a enfermedades pasadas. Es entender el transitar de “cosas que nunca se ha escuchado, ni ha visto ese tipo de enfermedad” a “saber más o menos como es” después de haberlo vivido. Son historias que transitan entre la sospecha y el temor de los hechos vividos. Byron Good (1994) menciona que la narrativa es una forma en la que la experiencia se representa y cuenta, en la cual los eventos tienen un orden coherente y significativo, en el que se describen las actividades y eventos junto con las experiencias asociadas a estas. Una de las principales reflexiones durante el trabajo de campo era no saltar a señalar contradicciones entre las diversas historias, sino analizar el porqué de las dificultades y complejidades que resultaban al intentar explicar cómo había llegado la enfermedad a Nueva Santa Rosa. Por lo que, este capítulo incluye varios testimonios y largas conversaciones e historias con los mayores y sabios de la comunidad.

A continuación, en primer lugar, se detallarán los recuerdos acerca de las enfermedades previas a la pandemia, desde las epidemias más antiguas, las enfermedades recurrentes hasta las consecuencias de la contaminación. Estos son el punto de referencia para contextualizar la aparición del COVID-19. En segundo lugar, se abordarán las narrativas sobre el COVID-19 desde los relatos acerca de lo complejo de su llegada a la comunidad. Finalmente, se comentará la ausencia de fallecidos como un aspecto clave para terminar de dar forma y sentido a las narrativas sobre el coronavirus.

3.1. Memorias de enfermedades

Las poblaciones indígenas tienen una larga historia de enfermedades que han llegado de lejos. Enfermedades peligrosas, contagiosas y foráneas atraviesan las memorias y experiencias de las y los moradores de Nueva Santa Rosa. Los recuerdos van desde grandes epidemias hasta el hecho de vivir en un ambiente contaminado. Ante las dificultades de acceso a servicios de salud, dichas enfermedades reiteran las prácticas kukamas de cuidados para protegerse a través del aislamiento, las medicinas vegetales, los medicamentos y las estrategias de las propias redes de cuidado. En ese sentido, las memorias y experiencias de dichas enfermedades son el

punto de partida y la base para comprender la llegada del COVID-19 que articulan las percepciones, los sentires, el lenguaje y las respuestas de la comunidad.

Antes de presentar las historias y experiencias de los moradores sobre las enfermedades, esta categoría puede comprenderse de distintas maneras. En *La vida secreta de las plantas*, acorde con el registro de plantas medicinales, Barclay y Tulumba (2008) sugieren clasificar las enfermedades (internas, superficiales, cálidas, entre otras), por su origen (daño natural, cutipa, saladera, etc.) o con el órgano o sistema que se ve afectado (p. 14). Por otro lado, Regan (1993) las agrupa según sus causas: manchan (susto), mal de aire (causado por las almas de los difuntos), mal de agua (causado por los espíritus del agua), mal del monte (causado por los poderes sobrenaturales de los animales o por los espíritus del monte), mal de gente (envidia), o embrujamiento como en accidentes, heridas y picaduras de víboras. Sin embargo, la forma en la que los y las moradores agrupan las enfermedades se resume en la siguiente cita:

Entre estas enfermedades siempre había la fiebre, el dengue y la malaria, son enfermedades que hasta ahora hay y el cólera se quedó como una enfermedad común, la viruela negra pasó, no sé si habrá hasta hoy, no creo. Muchas enfermedades más que hay por la zona [desde el petróleo] (Guido - Entrevista).

En primer lugar, están las enfermedades antiguas como la viruela negra que vivieron los abuelos y las nuevas generaciones aprenden sobre estas gracias a ellos. Considerando que para los kukama los sueños definen sus vidas en relación con el pasado y el presente (Tello, 2014), es interesante que durante la pandemia las personas en las comunidades decían que soñaban lo mismo que soñaban sus abuelos y antepasados con respecto a la viruela o el caucho. En segundo lugar, están las enfermedades que solían ser letales, pero que con el paso del tiempo se desarrollaron tratamientos y actualmente son escasas, como el cólera. En tercer lugar, las enfermedades recurrentes corresponden a las que son parte de la cotidianidad de las comunidades, que llegaron y nunca se fueron: fiebre, dengue, malaria, varicela, tosferina. Cabe especificar que la fiebre dista de su definición occidental. Esta proviene de fuera, es externa y ataca (Berjón y Cadenas, 2022). En cuarto lugar, los seres no humanos también provocan enfermedades. El término cutipar significa hacer daño o mal, lo cual puede ser producido por plantas, animales y a veces por otros seres no humanos (Tournon, 1990; Rivas, 2011). Esta palabra, proveniente del

quechua, significa entregar, devolver o intercambiar (Regan, 1993) y estar *kutipado* significa tener signos de debilidad, inmovilidad y melancolía debido a la intromisión del espíritu de un animal ante lo cual uno necesita ser purificado y expulsar lo que causa el daño, que puede haber involucrado brujería, lo cual se logra a través de *ikaros* que limpian a la persona a través de rituales (Yajahuanca, Diniz y Cabral, 2015). Sin embargo, estas se profundizarán más adelante para entender la relación del COVID-19 con el aire. En quinto lugar, se encuentran las enfermedades persecutoras a partir de los derrames de petróleo. Por último, Berjón y Cadenas (2022) presentan una idea clave sobre la fiebre que orienta estas nociones de enfermedad: las enfermedades son gente, son externos y están preparadas para atacar.

3.1.1. Las epidemias de la viruela negra, el cólera y otras enfermedades

“Nos han contado nuestros ancestros, mis padres, mis abuelos que había una enfermedad de la viruela negra igualito que ... mucho más fuerte que el COVID.” (ISV - Entrevista).

Según Cueto (2000), la viruela era una enfermedad muy temida desde la Colonia en los Andes por dos motivos: la alta mortalidad y las secuelas de desfiguración, ceguera e invalidez. Esta se transmite de persona a persona por gotas de saliva de la nariz o la boca. Los síntomas principales son la fiebre alta, catarro violento, dolor de cabeza y dificultad para mirar a la luz; luego, brotan manchas en la piel y finalmente costras amarillas que dejaban cicatrices por el resto de vida. En su forma común la viruela tenía una tasa de letalidad leve, pero la viruela mayor conocida como “viruela negra” tenía una letalidad entre 25 - 30 %. Además, era una enfermedad sin cura, ya sea uno moría o quedaba inmune. Durante las grandes epidemias de gripe, sarampión y viruela; los kukama de Lagunas morían a mares, de modo que se enterraban los cadáveres primero uno sobre otro (Rivas, 2011). Los cementerios eran pequeños y seguían dicha forma de entierro a fin de que los muertos sean menos atraídos por los vivos.

Pocos moradores de Nueva Santa Rosa recuerdan la viruela negra, era una enfermedad de la época de sus ancestros, de los padres de sus abuelos. Sin embargo, estos les contaron que fue una de las enfermedades más terribles de la zona. Preferían huir fuera de la comunidad y aislarse porque, si te agarraba, en 24 horas a más tardar te llevaba. De tal modo, la práctica de aislamiento es una práctica de salud en forma de prevención y protección.

Otra de las epidemias más relevantes fue el cólera, a inicios de la década de los 1990. En la Amazonía, se señala que la epidemia del cólera se extendió debido a los sistemas de eliminación de desechos precarios de arrojar desperdicios a los ríos y al agua contaminada utilizada para lavar, beber y cocinar (Cueto, 2000). Esta enfermedad producía calambres, vómitos, diarrea y, por lo tanto, el cuerpo se deshidrataba, se descomponía. En pocas horas, la deshidratación llevaba a un colapso circulatorio. Muchos enfermaron y fallecieron; en las memorias de los moradores, era recurrente mencionar que sus padres cayeron enfermos, algunos se recuperaron. El calambre al estómago te hacía toser, gritar, varios he visto que han muerto así. En 1990, a la edad de 8 años, ISV recuerda que murieron tres familiares suyos en Urarinas. Se infectaron tres personas en una semana: uno comenzó y falleció, al tercer día había otro enfermo y otra más había fallecido. En otras comunidades fue igual, era una enfermedad rápida. Guido narra que cuando era niño su mamá se enfermó rápidamente. A las 7:00 am presentaba el primer síntoma y 6 horas después estaba al borde de la muerte. A pesar de que no había un centro de salud cercano, un aspecto que ayudó a lidiar con la epidemia fue la presencia de promotores de salud. La parroquia de Santa Rita de Castilla iba a las comunidades y, en convenio con estas últimas, capacitaba promotores de salud y establecía un botiquín comunal. Es así que varios casos pudieron ser asistidos. Rómulo, quien fue promotor de salud durante la epidemia del cólera, menciona que logró salvar varias vidas diariamente aplicando suero intravenoso.

Cabe mencionar que, durante la epidemia, la utilización de terapias de rehidratación oral y la creatividad local para soluciones salinas disminuyeron la letalidad del cólera. Ante el incremento de diarrea infantil, los centros de salud y puestos sanitarios contaban con dichos tratamientos básicos (Cueto, 2000). Los moradores mencionan que combatían la enfermedad con ampollas, cortezas y remedios *vegetales* hasta encontrarle su remedio. Así, preparaban jarabe de limón hervido para cortar la diarrea y el vómito o tomaban sachas de ajo caliente para los calambres. Asimismo, recibieron el tratamiento de sobres de suero para rehidratación oral. Cuando estos se les acababan, ellos mismos preparaban un suero casero viendo las indicaciones del sobre.

“Hacíamos hervir el agua, le echábamos sal, azúcar y viendo la receta, las indicaciones. Viendo eso, nosotros mismos nos enseñábamos para preparar nuestros propios remedios.” (ISV - Entrevista)

“Mi mamá preparaba [suero casero], le turraba al arroz, le echaba un poquito de sal y azúcar, con eso para poder llegar al centro de salud. Turrar en olla. Yo estoy contando lo que le hizo a mi papá, le molía, le volvía a cocinar y ahí le echaba mi mamá un poco de sal, un poco de azúcar y quedaba medio dulce y saladito.” (Carolina - Entrevista)

En relación con enfermedades recurrentes cada cierto tiempo reaparecen se encuentra la malaria. Esta es causada por parásitos que se transmiten al ser humano por la picadura de mosquitos. Cuando crece el río, proliferan más los mosquitos y existe riesgo de contagios: “el agua trae las enfermedades”. A pesar de ser potencialmente peligrosa y contagiosa, las experiencias de contagio y cuidados, además de los medicamentos, resaltan los conocimientos de plantas medicinales para la cura definitiva de la enfermedad. La malaria se combatía con dosis de pastillas y remedio *vegetal*.

Pablo se contagió de malaria en 1980, cuando tenía 26 años. De joven, él trabajaba él había ido a trabajar en desbroce para PetroPerú. Sin embargo, lo mandaron a trabajar en la cocina del campamento, ya que como había hecho servicio militar, sabía cocinar. A pesar de que él quería hacer desbroce, su jefe le decía que o permanecía en la cocina o se iba porque cocinaba bien: no quemaba el arroz, cocinaba lo suficiente y daba buenas presas. Es así que él permanece meses ahí. En ese tiempo, señala que “PetroPerú no tenía un cuidado para la gente”. Esto se debe a que no había preocupación por que los trabajadores del campamento durmiesen con techo de hoja de aguaje, sin colchón, ni uniforme, solo entregaban bolsas y hachas. Peor aún era el agua provista para el campamento y es ahí donde Pablo se contagia. En 20 días, él estaba temblando fuertemente, tenía fiebre, estaba pálido, su intestino le quemaba, tenía presión alta y se sentía débil. Con ayuda de un sanitario lo sacaron del campamento. Después de regresar a su casa, su padre lo lleva en bote a ver a un ancestro, un abuelo, el viejito Pizango. Al comentarle que estaba con malaria, Pizango les dice que vuelvan mañana a las 6:00 am. Al día siguiente, tenía una olla con corteza de huacapú bien pelado y machacado como preparado. Lo cernió en una jarra y se lo dio. “Tomas este, no te va a dar esa enfermedad, así comas chancho, gallina”, le dijo. Pablo no creía en lo que le había dicho el abuelo, pero en el camino de regreso tal como le había dicho Pizango se purgó de los dos lados: vómito

y diarrea. Expulsaba negro, azul, sangre hasta quedarse vacío. Debilitado, se echó a su cama. A mediodía, se prepara su chapo de plátano bien raspado y con eso se ha quedado dormido, tranquilo. Para las 6:00 de la noche ya no tenía fiebre y podía andar. Con la corteza del huacapú, la enfermedad te deja para siempre. Con ese conocimiento que le enseñó el viejito, Pablo también prepara ese remedio y ha ayudado a otros a curarse de la malaria. Por ejemplo, cuando sus hijos regresaron temblando de trabajar por el Alto Marañón; machacaba, batía y sacaba el jugo de la corteza. Puedes tomar pastillas y ponerte ampollas, pero ese remedio evita que la malaria te dé nuevamente.

Algunos otros casos de malaria señalan las complicaciones de las recaídas de la malaria; sin embargo, nuevamente los conocimientos de plantas medicinales y tratamientos en centros de salud fueron factores claves en la recuperación de las personas.

“Tenía un hijo que tenía la malaria, acá en Nueva Alianza. Por la malaria le saco, cuando te da la malaria, pasa un momento y te sigue dando. Mi hijo vivía así. Le he mandado a Saramuro, de ahí ha venido acá enfermo. Le he dado una corteza que se llama el sachamanga. Con eso, señorita, un poquito le he combinado. Hasta el día de hoy, no se le siente la malaria.” (Segundo - Entrevista)

Por otro lado, el dengue también se transmite a través de la picadura de un mosquito infectado. Se describen los síntomas de fiebre, dolor de cabeza, dolor de cuerpo. Sin embargo, actualmente, los moradores no lo identifican como una enfermedad muy recurrente. A los 32 años, Alicia C. se contagió de dengue. Sintió un escalofrío similar a la malaria: “tu cuerpo se hace bien feo, paras bostezando, te tuerces, un rato te levanta la fiebre. Ese dolor no se le aguanta”. Similar al COVID-19, perdió el apetito, pero sí probaba el sabor de la comida. Así como ella, casi todos sus hijos tuvieron dengue. Para tratarse tomaba una pastilla para el dolor y *vegetales* como la malva. Con eso se han sanado.

Otras enfermedades comunes que afectan sobre todo a los niños son la tosferina y el sarampión o *quitamuro*. Al igual que los moradores quienes tuvieron estas enfermedades de niños, recientemente sus hijos también. Antes, en el tiempo de los padres de los moradores, “atacaban” más y se propagaban por el cuerpo hasta causar la muerte. Por ejemplo, en el sarampión, los síntomas son una pequeña fiebre, aparecen “pocochitas” en la piel; es decir, puntos rojos que parecen bultos pequeños.

Sin embargo, ahora si se enferman no se complican porque están protegidos por las vacunas y lo combaten con *vegetales* para refrescar el cuerpo. Ante casos de gripe o fiebre estacionales se tratan con medicinas vegetales y compraban pastillas en Maypuco o Nueva Alianza.

En ese tiempo, la comunidad aún no contaba con un tóxico. Las primeras reacciones ante enfermedades era atenderse en casa. La situación era muy difícil, más aún cuando no había suficiente dinero para ir a Maypuco a atenderse. Irse cuesta aproximadamente 2 galones y medio de combustible, más gastos de la ciudad como comida. Había quienes no contaban con la posibilidad de cubrir ese gasto. Las experiencias de atenciones en el sistema de salud se sintetizan en los siguientes testimonios:

“Si no hay la plata, no sanas.” (Rómulo - Conversación).

“El que tiene plata se a de atender.” (Isabel - Entrevista).

En el caso de Lucy, ella tenía que idear estrategias para cuidar de sus 3 hijos. Cuenta que a veces coincidía que un vecino iba a Maypuco y le pedía que la llevase. Ella ponía medio galón de gasolina y así salía más cómodo movilizarse. Asimismo, ya en Maypuco, otra de sus estrategias era hacer pasar consulta a todos sus hijos a fin de evitar requerir estar volviendo constantemente, ya que cuando uno sanaba, el otro caía. Así obtenía la medicina que necesitaría en un solo viaje. De igual modo, movilizarse para Maypuco o Iquitos también era complicado por la distancia, el tiempo y el trayecto. Hoy en día, el viaje a Maypuco demora 3 horas con motor, pero antes eran 5 horas a remo. Varios han muerto en el camino en casos de enfermedades de emergencia o embarazos fallidos.

Finalmente, según Rivas (2011), el peligro más mortal es la mordedura de una serpiente venenosa. Cuando uno se va de excursión al bosque, es recomendable fumar cigarrillos a modo de protección para ahuyentar a las serpientes venenosas como el cascabel, el jergón, la naca-naca; el loro machaco o el shushupe. Si se encuentra una, el hombre debe matarla inmediatamente para que en el futuro las serpientes le tengan miedo. Cualquier serpiente considera al hombre como su homólogo y su peor enemigo (p. 200), así que si lo muerde, debe eliminarla. En caso le muerda, Rivas añade que un familiar deberá recoger la liana sachajergón, el árbol serpiente y flagelar la parte afectada. Si el animal huye, se considera que hubo brujería

y la víbora se recluirá enroscándose en sí misma y se someterá a dieta hasta enflaquecer, así su veneno será más eficaz. Se le dará de beber jugo de caña mezclado con unas gotas de orina para detener la propagación del veneno. También, el chamán puede extraer el veneno chupándolo y enterrando la sangre bajo el ronco de sanango. En los pasos siguientes, la persona debe ser recluida en casa, aislada de su familia y la comunidad; el chamán debe darle tratamiento a la herida y ni el chamán ni los parientes pueden hacer ruido, reír o corretear. Sobre todo, se prohíbe la visita de una mujer embarazada, amamantando, una persona que ha tenido relaciones sexuales recientemente, puesto que sino se embravece el veneno (Rivas, 2011). Tampoco debe comer ají, pescado con muelas, carne; tomar ácido, masato fuerte, trago o acercarse al fuego (Barclay y Tulumba, 2008). De no seguir estas pautas, debido a los celos de la serpiente, el veneno se embravece. El peligro desaparece cuando la hinchazón y el dolor disminuye.

Durante la cuarentena, el 1 de abril del 2020 un jergón le pica al señor Rusbel. Él había salido a pescar acompañado de su hijo de 10 años. Estaba poniendo la red cuando de repente aparece el jergón y le pica en el brazo izquierdo y huye. Esto último es un indicador de brujería. A pesar de que solo estaba acompañado de su hijo, este logró pedir auxilio a los trabajadores del campamento de Petro Minas quienes le brindaron asistencia para transportarlo a Maypuco. Su hijo fue de regreso a la comunidad y le avisó a su esposa, Lucy. Ella inmediatamente fue a Maypuco. Rusbel estuvo ahí durante una semana, su brazo estaba muy hinchado, él sentía como una candela en su brazo. Lucy lo describe del tamaño de dos piernas. Estaba en observación tanto por su fiebre, la hinchazón y el veneno en su sangre. Ante la picadura de un jergón, las primeras 24 horas son vitales. Cuando la serpiente huyó, inmediatamente se esconde, se mete en un hueco y comienza a dietar. En esas 24 horas, si la persona vive, la serpiente muere; pero si la persona muere, la serpiente vive.

Para Lucy, toda esa semana fue complicada porque había toque de queda. En dos oportunidades, se encontró con policías. Recuerda que le dijeron “¿no sabes en qué estamos [estado de emergencia]?”. Ante esta situación, ella cuenta que tuvo su boca para defenderse y les respondió molesta “no sabes en qué estoy yo, no estoy andando por gusto”. También le sugirieron trasladarlo a Iquitos, pero ella no quería. Si de por sí estar en Maypuco era difícil, peor aún en una ciudad más grande como

lquitos con muchos más gastos. Él sí tendría todo gratis en el hospital, pero ella no. Rogaba que no le dieran la hoja de referencia y ella misma también lo atendía: le frotaba con yuca rallada y toronja madura asada. Sin embargo, con las atenciones que recibió en Maypuco, sumado a las medicinas vegetales que llevaba Lucy, Rusbel mejoró.

Cabe notar que, durante su estadía en Maypuco, Lucy estaba tentada de tomarle foto al brazo de su esposo con el fin de que cuando se recupere le pueda mostrar como se encontraba. Sin embargo, desistió porque pensaba que, si en el futuro le mostraba dicha foto a su esposo recuperado, la impresión de la imagen lo iba a hacer caer enfermo de nuevo. Al retornar a la comunidad, Rusbel tuvo que estar aislado 3 meses. Especialmente, no debían verlo mujeres embarazadas, lactantes o menstruantes, ni tampoco “personas de mal dormir” que se refiere a personas que han tenido relaciones sexuales recientemente. Se le aisló porque “él era veneno para quien lo viera”. Si lo ven, a él mismo y a esas personas les afecta porque “es como si [el jergón] te estuviera mordiendo”. Por ejemplo, una señora que vive casas más abajo, Hilda, estaba embarazada. Cuando ella caminaba por la vereda principal, él podía escuchar su voz y le comenzaba a arder la picadura, mientras que a ella le dolía la cabeza. Así, le dijeron a Hilda que cuando pase “camine calladita”. Por lo tanto, Rusbel se quedó en una habitación más atrás de su casa, por su chacra, para que pudiese reposar los 3 meses. Dormía solo en una hamaca en la huerta con los pollos. Se sentía extraño, su piel estaba brillante, su boca estaba amarga y veía luces. Solo Lucy iba, le llevaba la comida y le atendía. Para la fiesta de San Juan ya estaba recuperado. No obstante, su brazo ha quedado lesionado: su mano izquierda está más hinchada que la derecha y a veces le tiembla. Además, ahora dice que es un sabio con la lluvia. Cuando va a llover, siente que “[la serpiente] le muerde el brazo”.

Este caso es muy interesante por varios motivos. En primer lugar, la práctica del aislamiento cuando una persona está enferma es una práctica conocida por los kukama, sobre todo ante enfermedades graves hasta que la persona se restablezca. En segundo lugar, el traslado de pacientes a los hospitales de ciudades tiende a ser rechazado por los familiares, ya que esto afecta la red de cuidados. Los gastos que implica movilizarse a la ciudad son muy elevados para los parientes, así que se prioriza permanecer junto a quien está enfermo. Así, pueden cuidarlo en los momentos en que el enfermo más necesita de sus cuidados y no estar solo. En tercer lugar, para

tratamientos, es común alternar o complementar las atenciones brindadas desde centros de salud y los *vegetales*. En otras palabras, estas no se contraponen, sino que se puede hacer uso de ambas como convenga al caso.

3.1.2. “Las enfermedades nos persiguen”: las consecuencias de los derrames

“El derrame [de Cuninico] era en el kilómetro 41 833 m. Yo tengo grabado aquí en mi mente. No solo de ahí, sino en el 2017 otro derrame [en Nueva Santa Rosa] en el 51 755 m. Entonces nosotros territorialmente nosotros estamos [rodeados] arriba y abajo.” (Pablo - Entrevista)

Pablo, el primer apu de Nueva Santa Rosa, tiene grabado en su mente la ubicación de los derrames. En el 2014, recuerda que 300 metros antes de llegar al oleoducto podía sentir el olor del crudo. En ese entonces, informó a radio Ucamara y vinieron periodistas, camarógrafos y una serie de personas más a documentar el derrame. Llegaban al bajial donde estaba todo inundado de petróleo y ahí estaban los peces muertos. Critica que ni bien hubo el derrame, el mantenimiento a la tubería no fue automático, sino que pasó aproximadamente un mes. A inicios del mes de mayo, no sabían que había un derrame. Sin embargo, había rastros de la contaminación que alertaron a la población.

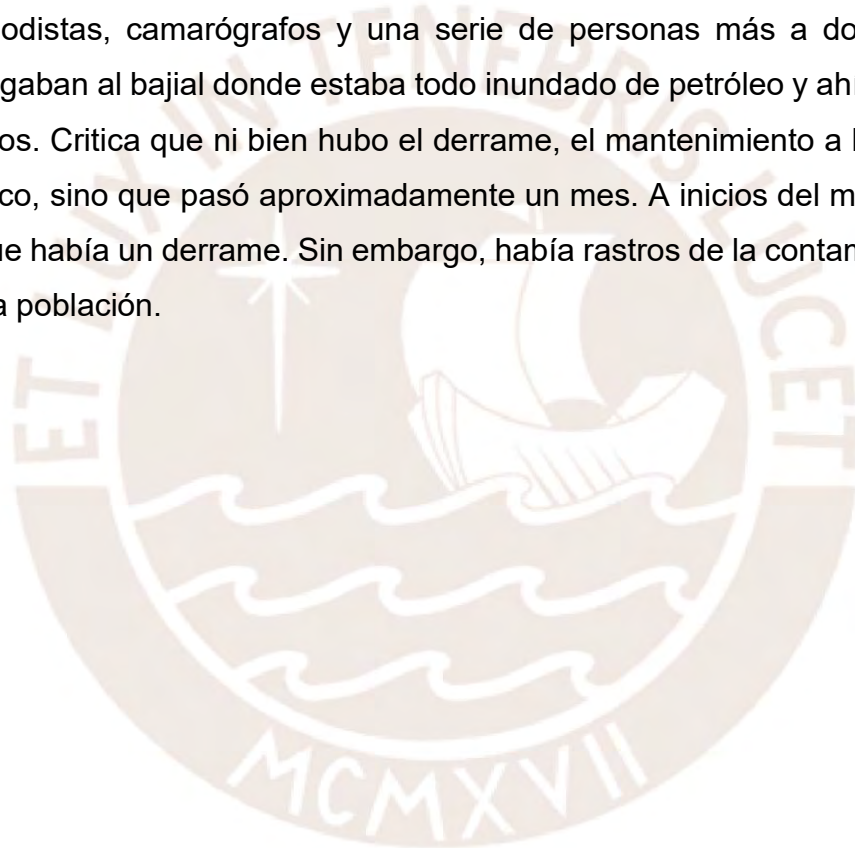


Figura 4. Trabajadores de roce y limpieza del Oleoducto Norperuano



Fuente: Elaboración propia

En los recuerdos de Pablo, al salir a pescar a la quebrada de la comunidad era sorprendente ver la cantidad de peces que caían como nunca antes; lizas, palometas, sábalos, acarahuazu. Pero, ¿por qué tantos peces? Habían sentido el petróleo y estaban huyendo. Entonces, agarraban los peces y los cocinaban. En el caldo los observaban; sin embargo, al probarlos sabía a puro petróleo. Primero, Pablo creía que era un error, que no había tapado bien la olla y se había colado el olor. Una semana después escuchan del derrame de Cuninico. El petróleo se dispersó. En consecuencia, “no había peces, los animales huían. Si baleabas a la panguana o la perdiz, [recolectabas] al motelo, su pecho y patas estaban negras. Se asaban y sabían a purito petróleo.” (Pablo - Conversación informal).

Figura 5. El caño en el tramo del Oleoducto Norperuano por donde bajaba el derrame de petróleo.



Fuente: Elaboración propia

Cuando el río está crecido, hay un *caño*¹⁷, que viene desde la zona del derrame por el oleoducto hasta la comunidad y desemboca en el Marañón. Dicen que a veces el agua baja brillante, pero uno tiene que recoger agua para tomar, así que se la hace asentar o hervir. Antes del derrame, Rubel aclara que se traía “cosa buena para comer”. Sin embargo, después del derrame, salías en canoa y con el remo movías la brea del petróleo crudo. Me preguntan, ¿por qué crees que se va la gente con sus canoas? Los pescados de las cochas ya no son alimento para ellos, tienen que ir a pescar al centro del río o a las quebradas lejanas Urituyacu, Yanayacu, Tipishca que no han sido afectadas por el derrame. Incluso así, no traen pescados en abundancia.

“Te vas un mes, quince días, traes a veces 10-15 kilos de carnicita. Pescado ni se haya. Ya no traes buenos peces. Te das cuenta, señorita, ahora. Más antes del derrame nosotros veíamos la vida.” (Rubel - Entrevista).

¹⁷ Corriente de agua o riachuelo pequeño que constituye el drenaje de lagos y zonas anegadas.

Esto último tuvo grandes implicancias para la comunidad que tenía a la pesca como una de sus actividades económicas principales. La pesca era una reserva que servía para el autoconsumo diario y para la venta. Con esas ganancias se costeaban otros alimentos, uniformes y artículos escolares para los hijos. Además, la dificultad de pescar perjudica la dieta de la población con consecuencias intergeneracionales en términos de anemia y desnutrición (Amnistía, 2017).

Por otra parte, se describe la tierra como “muerta”. Los plátanos crecen pequeños, se ponen colorados; no son los racimos enormes de siempre. Apenas dan 5 gajos. Los platanales solo dan un fruto y se pudren, incluso cuando se usan fertilizantes. Tienen que ir a la isla en medio del río para conseguir plátanos medianamente buenos. Igualmente, la yuca crece, pero se hace flaca y se pudre. Considerando la importancia del agua para los kukama y las relaciones que plantean con estos espacios y sus respectivos seres (Fernandes Moreira y Ramírez, 2019), los derrames han afectado el vínculo social entre los kukama y los seres no humanos como las madres de las cochas, las plantas y los animales (Cabel, 2002). Los daños de la contaminación continúan acumulándose en los años de tal forma que es imposible hacerse una idea para determinar y conmensurar las consecuencias en la experiencia de los moradores (Ulfe y Vergara, 2022). En ese sentido, el petróleo ha ido manchando cada vez más estas relaciones en Nueva Santa Rosa que se visibiliza en la descripción de su territorio como decadente y prácticamente muerto.

Los cambios en su territorio y su entorno a raíz de la contaminación se evidencian fácilmente en los perjuicios en su economía y las actividades de su cotidianidad. Como mencionan Grados y Pacheco (2016), el agua se considera un elemento que debe ser protegido porque es clave para el desarrollo de actividades: recolección, lavar ropa, cocinar, lavar utensilios, preparar masato, bañarse. ¿Qué sucedía entonces con el desarrollo de estas actividades a partir de la contaminación? Rubel recuerda que durante el tiempo del derrame a veces tenían sed, así que con el dorso de la mano separaban el petróleo del agua. En visitas anteriores les han tomado muestras de sangre y estas salían con plomo. Es importante recordar que la contaminación ambiental no solo tiene efectos agudos, sino también crónicos que pueden pasar desapercibidos por un mediano a largo plazo (Cabel, 2002). De dicha agua contaminada provenían los dolores de estómago que los hacía correr a Maypuco. Como se mencionó anteriormente, la mayoría de casas tienen tanques de

agua para recolectar agua de lluvia para beber, cocinar y lavar; sin embargo, durante el verano bajan al río a recoger agua en baldes. Asimismo, en las tardes, los moradores van al río a bañarse. De tal modo, la conciencia de habitar un ambiente contaminado no es un limitante total de sus actividades: intentan adaptarse a los cambios, pero la inmersión en la contaminación termina siendo el factor definitorio de su cotidianidad.

Como comunidades ribereñas, los kukama tienen una relación muy fuerte con el agua y, por ende, con los seres que habitan con quienes pueden trazar vínculos pacíficos o de rivalidad (Rivas, 2004; Berjón y Cadenas, 2014; Ramírez Colombier, 2015; Fernandes Moreira y Ramírez, 2019; Urteaga, Segura y Sánchez, 2019). En ese sentido, si el petróleo destruye espacios claves, como el río, ¿qué sucede con este conjunto de relaciones? En vista de que para los kukama las madres son seres protectores de plantas y animales (Regan, 2000); en la revisión de testimonios documentales, Cabel (2002) nota que la madre del petróleo es la culpable de la huida de las otras madres. A pesar de que el sentido de la madre gira principalmente en torno al cuidado, esta hace daño porque “la han sacado de donde pertenece, han abusado de ella” (p. 116). En el caso de Nueva Santa Rosa, las consecuencias de un ambiente contaminado se expresan en la salud de las y los moradores. Ante la huida o pérdida de las madres, no hay vida; en cambio, aparecen enfermedades.

Vivir tomando el agua y comiendo pescado después de la contaminación hizo que los moradores y, especialmente, los niños pequeños sufrieran enfermedades como diarrea, dolor de estómago, fiebre, vómito, comezones, manchas en la piel. Como se mencionó antes, las enfermedades vienen del agua y ahora las enfermedades “les persiguen”. En otras palabras, la contaminación se ha desbordado en cada aspecto de la vida de las personas como lo son la bebida y la comida. Es imposible no verse perseguido por dichas enfermedades cuando están en actos tan cotidianos como tomar agua, comer un pescado o bañarte en el río.

Vivimos en medio de dos derrames, uno aquí en Cuninico y el otro acá en Santa Rosa, en comunidad [Nueva] Alianza que colinda con Santa Rosa. Esa agua cuando crece, baja y cuando el agua merma, el agua sin que nadie pudiera el agua de Cuninico surca y desemboca en una quebrada que le dicen acá el Sábalo y esa agua baja por medio del agua. Otro por medio del pescado porque nosotros mayormente no vivíamos así. Nuestros hijos, de los que sucedió estas cosas, los muchachos se pusieron en ese tema con diarrea, vómito, fiebre y así. (Lucy - Entrevista).

“Mi niña hace unos meses que le salió unos granos horribles. se le empezó a hincharse su ojo, todo, según me dicen por la contaminación. Se ha bañado bien [en el río]. Unas ronchas insoportables, yo le frotaba con trago. De ahí no soportaba, no le dejaba fiebre, fiebre y no sé si te hará ver su manito que todito se ha enronchado y todita la cabeza. A nadie le dio eso. Lo llevó al centro de salud de Maypuco, ahí le dieron unos jarabes para eso y se empezó a secar. Se ha secado. Me decían que es el sarampión así le decía. No sé. Eso le picaba. Ella se rascaba.” (Hilda - Entrevista).

La falta de información sobre los efectos de vivir en un entorno contaminado y las crisis de salud y alimentación en comunidades afectadas se expresa en sentimientos de incertidumbre e inquietud (Delgado y Martínez, 2020). Las historias de las y los moradores de Nueva Santa Rosa son narradas con dolor y frustración, sobre todo en vista del futuro y los problemas que les espera a los hijos de los moradores. El siguiente testimonio es de Lucy. En diciembre de 2019, su hijo más pequeño de 7 años comió un pango de sardinas traídas de Cuninico. Las sardinas iban a ser para el día siguiente, pero su hijo las comió antes que toda la familia y esa noche despierta con malestares:

“A mi hijo le ha levantado en forma de unas ronchas, así bolas, todito su cuerpo. Se sobaba. “Mami, mami, no puedo dormir”. Es porque te has bañado ayer le decía. Quejaba, quería llorar, quejaba, ahí. “Duerma ya”, le riño y me levanto de mañanita, él se levanta también. Sus ojos diferentes, chinos, su oreja un lado grande. “A ver, ven hijo qué tienes”. “Eso no podía dormir, mami, por la comezón” y gracias a Dios que el tópico ya estaba viniendo, estaba en casa de un morador. “Mira, ¿qué tiene mi hijo?” Solamente pan hemos comido, el panguito estaba para comer el siguiente día”. Yo le he llevado al enfermero y “ese panetón que has comido, señora, eso es”. “¿Cómo va a ser, joven, si ese panetón ni lo hemos comido?”, “¿qué ha comido? Pango de sardinas que he venido a traer de Cuninico. Le han calateado, todito su barriga unas planchas, todito. Se han sacado su ropa, el joven que estaba atendiendo le ha tomado foto. ¿Dónde lo habrá mandado? Le han puesto 3 en 1, con esa ampolla le ha empezado a bajar todito y a los 3 días que le han puesto su vacuna ha empezado a bajar, descaraparse. Su cutis comenzó a levantarse y él se jalaba ese. Hasta el día de hoy se sigue pelando su mano. Su mano, su pie se pelan, pero no sé a qué se debe más. Solamente de lo que ha comido ese pango de sardinas se empezó todito su cuerpo a levantar unas ronchas.” (Lucy - Conversación).

En ese momento, Lucy no sabía qué tenía su hijo. Le contaron que las personas que toman bastante aguardiente tienen mal el hígado y se pelan, así como su hijo hasta ahora: “Tú eres un muchacho de 11 años y te estás pelando, todito te pelas. Su mano se queda bien *yuyito*. ¿Qué será de mi hijo que ha comido ese pescado? Ha quedado así. No era así mi hijo”. Por lo expuesto, la exposición al agua contaminada, ya sea directamente por el agua o a través de la comida, ha afectado gravemente a la

salud de los miembros más pequeños de la comunidad. La salud se ha complejizado y se presentan malestares desconocidos. Esto ha creado temor y desconfianza ante actividades que solían ser simples antes de la contaminación. En palabras de Pablo: “¿Hasta cuándo vendrá nuestro ambiente sano?”

Retornando al COVID-19, los moradores compararon sus experiencias con distintos componentes de las enfermedades descritas. Consideran que la epidemia del cólera es la más similar a la pandemia, ya que ambas han sido violentas en vista de la cantidad de fallecidos que han dejado. Específicamente, afirman que cuando no se accede a un tratamiento a tiempo para ambos casos, uno era víctima del cólera. En relación con los síntomas del COVID-19, la malaria también fue señalada como una de las más cercanas a estos por el dolor de cuerpo, dolor de cabeza, dolor de garganta, pérdida de apetito. Sin embargo, al reflexionar sobre sus experiencias recientes, la primera tiene síntomas específicos para reconocerla que eran la dificultad de respirar, sentir la garganta “raspada”, dolor de huesos, la pérdida del gusto y del olfato.

“Rubel: Es diferente de las enfermedades que había más antes. En las enfermedades que venían directamente a tus pulmones, [el COVID-19] te cerraba, no podías respirar, un dolor de hueso. No podías ni salir al sol, te hacía peor. Por eso, yo digo que es más fuerte que las enfermedades de más antes que había.

Isabel: Carraspera que no le resistía. Te dolía[n] los pulmones, parecía que tus pulmones se rompen” (Rubel e Isabel - Entrevista)

En ese sentido, el COVID-19 se suma a la lista de enfermedades endémicas familiares como el dengue y la malaria que permanecen en la zona. Si bien han disminuido, estas no han desaparecido totalmente como la viruela negra. Además, a partir del derrame, las enfermedades dejaron de ser simples. Se recuperaron del COVID-19, pero los malestares de la contaminación estaban antes de la pandemia y continúan en paralelo. En pocas palabras, el COVID-19 se suma a esta lista de enfermedades comunes. Llegó y se quedará en la zona, quizás para siempre como las demás.

“[El COVID-19] se parece, está caminando. Cuando ya no hay de haber, pero hay todavía [...] Es diferente porque no pierde todavía, sigue existiendo. Se pierde cuando ya no se sabe nada. Eso ha quedado para toda su vida quizás aquí.” (Alicia C. - Entrevista).

3.2. Nociones sobre el COVID-19: sobre la complejidad de la llegada de la enfermedad

Comprender las nociones del COVID-19 está ligado no solo a las características de la enfermedad, sino a las historias de la llegada de esta. Aunque en un primer momento se asumió que se trataba de una gripe fuerte, la complejización de los síntomas y ciertos casos en el contexto de la pandemia causó extrañeza, y posteriormente el arribo tardío de pruebas rápidas confirmó sus sospechas que el COVID-19 había estado en la comunidad. Así, en este proceso, estas historias sobre la llegada del COVID-19 significaron comprender lo que al principio se pensaba como una enfermedad familiar, pero que se tornó en extraña. Sin embargo, para septiembre de 2021, la experiencia de los moradores de más de año y medio en pandemia lo habían familiarizado nuevamente.

Al partir de tal momento de recopilación de estas historias, hubo un margen para que los propios moradores se repregunten sobre sus propias experiencias, cuyas principales ideas se muestran en las siguientes afirmaciones. Primero, la enfermedad ha sido vivida por la población de tal forma que las primeras afirmaciones acerca del COVID-19 dirigen la conversación al siguiente hecho: todos se han contagiado. Por ende, era recurrente ir relatando a la par sus propias experiencias estando enfermos. Segundo, se señala que el primer caso de la comunidad fue una de las autoridades, el apu. Tercero, el cómo entró el COVID-19 a la comunidad es una pregunta abierta. Aunque esta última tenga varias posibles respuestas, estas explicaciones siempre retornan a repreguntarse cómo llegó la enfermedad. Cuarto, dicha pregunta abierta intenta ser respondida a partir de dos elementos: el aire y la noche. Quinto, la ausencia de fallecidos es un hecho importante que influencia la mirada de la comunidad acerca de esta.

3.2.1. “Toditos nos hemos contagiado”

La mención del COVID-19 se sintetiza como una enfermedad vivida por los moradores. A modo de escenario bélico, esta enfermedad fuerte, peligrosa y violenta llegó a atacar la comunidad. Se menciona su aparición no en cualquier momento arbitrario, sino en momentos críticos de la zona de la comunidad; es decir, los tiempos después de derrames de petróleo. Abundaba el miedo y el temor ante las noticias de la ciudad donde la enfermedad te “agarra” y ya te está matando. Es decir, el peligro

se traducían en la mortalidad de la enfermedad. El mismo nombre de la enfermedad era algo que temer y se decía que esta no tenía cura.

La primera vez que varios escucharon acerca del COVID-19 en Nueva Santa Rosa está relacionado con las noticias, ya sea por la televisión, radio o celular. En este punto es importante resaltar que la comunidad cuenta con electricidad durante dos horas y media en la noche para utilizar o recargar aparatos electrónicos, salvo que cuente con un generador de electricidad personal. En caso no cuenten con televisión o cable en casa, es usual que las personas vayan a la tienda principal o visiten la casa de algún familiar. Quienes tuvieron más acceso a estos medios de comunicación, tenían mayor información de las noticias que circulaban sobre el tema. Respecto al origen de la aparición de la enfermedad, se hace referencia a que la enfermedad ha sido transmitida por personas de fuera; es decir, extranjeros de otro país. No obstante, para otros el origen permanece siendo desconocido. Pocos mencionan a China como el país donde se presentaron los primeros casos y menos aún a los murciélagos.

Inicialmente, no pensaban que iba a llegar tan rápido a la zona cuando se anunció el primer caso en Lima y luego en Iquitos. Sin embargo, esta se extendió rápidamente como una peste.

“Yo la primera vez que escuché rumores de esta enfermedad cuando viajé a la ciudad de Iquitos y escuchaba, miraba por la noticia [en la televisión] que hay una enfermedad que está golpeando. Ya ha entrado al Perú, está en Lima, ya hay un contagiado en Lima. De Lima pensábamos que no va a avanzar más, total. Sin embargo, ha entrado por Yurimaguas, ha entrado por Iquitos porque hay vuelos por avión, hay carros. Nos hemos dado cuenta. Yo estaba en la ciudad de Iquitos y llegó acá a mi casita y me doy con la sorpresa que de un día para otro no había 1, sino había 20. A toda la población asustaba.” (Rusbel - Entrevista).

Lucy recuerda con claridad que los periodistas anunciaban que el lunes 15 de marzo iniciaba la cuarentena, pero al ser la primera vez que escuchaba esa palabra, ella se preguntaba qué significaba cuarentena.

En ese sentido, la principal fuente de información fueron las noticias, tanto para los moradores como para la licenciada del tóxico Nativi. Dada su representación como externo, peligroso y contagioso; la primera reacción de la comunidad fue cerrarse y mantener vigilancia ante cualquier intento de ingreso de extraños. Era una enfermedad que requería cuidarse, a nivel personal, familiar y comunal. Para prevenir

contagiarse, se menciona el protocolo estatal que consiste en mantener la distancia: si se está muy cerca de una persona que quizás esté enferma, conversas con esta, uno puede infectarse. También se menciona evitar los saludos de mano o besos, usar mascarilla, lavarse las manos por lo menos 20 segundos, secarse las manos con papel toalla o una toalla limpia y utilizar alcohol. Aunque también se hace mención a la transmisión por objetos, sobre todo, las monedas, se indicaba que era una enfermedad que se transmitía de persona a persona. Entonces, quienes se contagian son quienes no se protegen siguiendo el protocolo y andan desprevenidos.

Sin embargo, además de la información difundida por noticias, las vivencias personales de los moradores van sumando a formular o confirmar las ideas alrededor de las formas de contagio, sobre todo, respecto a contagiarse de una persona a otra. De acuerdo con Rusbel, después de haberse contagiado, él analizó a partir de los que había escuchado y su experiencia, así comprobó que uno se contagia conversando cerca de una persona enferma.

Por ejemplo, yo en mi casa no queríamos salir. Aquí es casa nueva, por allá era mi casita. Yo le he cercado, había tenido miedo. Mi casita era bien cerradito, le he cercado bien las puertas, las ventanas, para que no saliera nadie y por equivocación a veces se quiere salir a mirar en las tardes lo que juegan. Ahí es donde saqué mi conclusión que por medio de una persona a otra persona. Yo me voy al campo a mirar lo que juegan, lo veo a un señor ahí mismo sentadito de esa manera triste con un malestar que se notaba y estornuda, así como estamos conversando, ahí ese rato pensó y saco la conclusión. Su síntoma de esta enfermedad es la tos, estornudo, dolor de garganta y pregunto y me alejo de él. Estábamos conversando y yo pensaba que en ese rato me va a tomar [la enfermedad]. A mi conclusión ya estoy jodido, me voy a contagiar con esa enfermedad. Ha pasado una semana, después de una semana recién he surcado el bote. No era al instante. De mi persona pasó a otra persona, a otra persona y así sucesivamente. (Rusbel - Entrevista).

El hecho de no saber que la enfermedad estaba en la comunidad fue complicado para esta. Por una parte, se señala que los moradores no sabían que estaban contagiados de COVID-19 en su momento, sino después cuando “han pasado la enfermedad”. Esto quiere decir que cuando llega la brigada de Diresa a hacer pruebas rápidas en el mes de septiembre y la mayoría tiene resultados positivos, se confirma que habían estado enfermos por COVID-19. En el podcast *Nuestras historias desde Cuninico* (2020), moradoras de Cuninico comparten la misma experiencia de vivir la enfermedad colectivamente sin saber que se trataba del COVID-19. Así como en Cuninico, en Nueva Santa Rosa la colectividad se presenta en la percepción del

contagio de la mayoría de los moradores la comunidad que se remarca no sólo en el sentido de “toditos nos hemos contagiado”, sino también en que todos se curaron, lo cual se profundizará en el siguiente capítulo.

Respecto al desconocimiento de la enfermedad, se comenta que fue favorable que no hubieran sabido que estaban contagiados desde un inicio, ya que posiblemente el hecho de saber podría haber causado alguna muerte. En este punto, es necesario recordar que el imaginario sobre el COVID-19 estaba fuertemente ligado al imaginario de la ciudad donde personas morían diariamente. De acuerdo con la enfermera, el no estar alarmados fue favorable para no automedicarse. Cabe recordar que la estrategia de respuesta estatal dirigida a pueblos indígenas fue tardía. Además de la prevención, el diagnóstico temprano de casos de COVID-19 era un tema importante en la dimensión sanitaria (Correa y Yeckting, 2020). Sin embargo, en el mes de marzo de 2020, primaba la ausencia de pruebas de diagnóstico, así como falta de difusión de información para un diagnóstico oportuno por parte del personal de salud. El 10 de mayo de 2020 se publica el Decreto Legislativo N° 1489 que, por primera vez, establece acciones para la protección de los pueblos indígenas u originarios en el marco de la emergencia sanitaria declarada por el COVID-19. Casi dos meses después de declarado el estado de emergencia los pueblos indígenas recién toman relevancia en las normativas estatales como producto de la demanda de los propios pueblos. Para Rómulo, la falta de pruebas rápidas hacía difícil la identificación de casos y era muestra de la ausencia de control respecto al número de contagios en la población. Durante la pandemia, se señaló la falta de registro que incluya las variables étnicas que significaron un subregistro de contagiados y víctimas indígenas (Lazo, 6 de julio de 2020); no obstante, este hecho está incluido dentro de la problemática general de escasez de estimaciones de la carga de enfermedades en áreas rurales en el Perú (Cabezas-Sánchez, 2014). A la fecha del 9 de diciembre de 2021, en el reporte de COVID-19 en Población Indígena Amazónica y Andino no existe registro de casos de contagios en Nueva Santa Rosa (Ministerio de Salud, s.f.-d), lo cual comprueba la deficiencia en las estadísticas de contagios en los casos de pueblos indígenas.

Por otra parte, hubo ciertos aspectos y eventos que permitían sospechar o estar casi seguros de estar contagiados. Primero, la sintomatología fue uno de los aspectos que permitía diferenciar al COVID-19 de otras enfermedades conocidas: dolencia de

cuerpo, dolor de espalda, dolor de cabeza, escalofríos, pérdida del gusto, pérdida de olfato, la nariz cerrada que se refiere a la dificultad de respirar. De tal manera, antes de realizarse la prueba rápida, sospechaban e intuían que se trataba de dicha enfermedad. Por ejemplo, Rusbel utilizaba el vinagre para identificar la pérdida del olfato. Si no olía el vinagre, para él era COVID-19. Segundo, el hecho de que la mayoría de los moradores se hayan enfermado también era otro factor para sospechar de la presencia del COVID-19. Tercero, previo a la llegada de las pruebas rápidas, la licenciada del tópicó había solicitado permiso para ir a la ciudad. Acudió a Cuninico un 4 de julio y tuvo la oportunidad de hacerse la prueba antes que la comunidad. En esta, ella da positivo, pero ya estaba en fase de recuperación. Le solicita autorización para viajar al doctor y este le responde “sí, Nati, ya tuviste el virus como todos, tuviste el COVID, pero ya no estaba latente” (Natividad – Entrevista). Al conversar con la licenciada, la primera reacción de uno de los moradores al enterarse de este dato es que toda la comunidad había estado enferma. Esto se debe a que casi todos acudieron al tópicó. Si ella se había contagiado, todos igualmente.

De igual modo, se menciona que las personas a quienes les afecta más la enfermedad son adultos mayores a partir de los 50 años. Asimismo, quienes tienen enfermedades como diabetes, triglicéridos altos, tuberculosis, o en general problemas con los pulmones. Sin embargo, dada la alta tasa de contagio, también algunos afirman que la enfermedad afecta a quienes estén más débiles en sus defensas, sin excepción de ser adultos. Guido cuenta que su papá de 63 años estuvo enfermo de COVID-19, pero dadas sus buenas defensas, solo estuvo enfermo por 4 días. En cambio, él siendo más joven estuvo casi 12 días echado en la cama. Es así que las personas adultas mayores, también llamadas “antiguos” o “veteranos”, a pesar de ser vistos como población en riesgo, son caracterizadas con mejores defensas que los jóvenes. Tener una buena defensa y, por ende, ser resistente ante las enfermedades significa haber tenido una alimentación sana, natural y baja en productos procesados sobre todo durante su infancia y adolescencia. Por ejemplo, en lugar de utilizar azúcar, ellos tomaban jugo molido de caña para endulzar sus bebidas. Comían su pango y chilcano; evitaban la gaseosa, el aderezo en las comidas, las bebidas frías.

El caso de Nueva Santa Rosa se diferencia de otros estudios realizados con personas que hayan estado contagiadas de COVID-19, los cuales sostienen la idea de un cuerpo marcado por la enfermedad; es decir, un cuerpo que es percibido con

sospecha y terror durante la enfermedad e incluso después de haberse recuperado (Missel et. al, 2021a). En este caso, entre los moradores, a pesar que sí hay certeza sobre el primer contagiado, como se señala que todos se enfermaron y, en su momento, no estaban seguros si estaban enfermos de COVID-19; estos factores hacen que no haya un cuerpo marcado. La mayoría experimentó la enfermedad desde grados leves hasta algunos severos. Entonces, la experiencia colectiva compartida anula posibles temores entre los moradores.

Un caso que resume esta idea es el de Segundo. Él es descrito por los demás como la persona que tuvo más cuidado que ninguna otra en no contagiarse. Él es el dueño de la tienda principal de la comunidad. Durante la pandemia, al inicio se negó a atender y cerró la tienda, luego, puso un letrero que prohibía el ingreso a la tienda. Los moradores mencionan que él tenía miedo, cuando acudían a comprar, hacían el pedido y por una ventana él les entregaba. Varios bromean que, como estaba encerrado en casa, durante ese tiempo solo veían la mano del señor Segundo al entregarles su bolsa. Sin embargo, a pesar de tantos cuidados, el virus entró a su casa. Se enfermaron sus hijos, su esposa y él también. Finalmente, con el resultado positivo de las pruebas rápidas, el miedo de contagiarse se fue.

3.2.2. Primer caso

Sobre la base de que casi todos los moradores se habían enfermado, con el propósito de entender la llegada de la enfermedad a la comunidad; en las conversaciones entabladas les pregunté a los moradores si habían identificado quién fue la primera persona en contagiarse. En las respuestas se reiteraba que el primer caso había sido una de sus autoridades: el apu ISV. Él nació en la comunidad aledaña de Urarinas y migró a Nueva Santa Rosa hace 10 años debido a que la ubicación de esta comunidad era más favorable para las actividades económicas por su cercanía al río. Señala que sus papás eran legítimos kukamas; él sabe un poco de la lengua, pero no tanto. Estudió hasta primaria completa en Urarinas. No había secundaria en la comunidad y sus padres no tenían la posibilidad de cubrir los gastos de asistir a una secundaria afuera. Desde el 2011, él vive en Nueva Santa Rosa y, actualmente, se dedica a la agricultura, pesca y a su negocio de venta de artículos de primera necesidad. Además, ocupó el cargo de apu de la comunidad desde octubre de 2019 hasta octubre de 2021.

En las primeras impresiones del apu sobre la pandemia recuerda que habían escuchado que el virus estaba por Lima, a partir de los casos de primeras personas contagiadas en el país. Luego, personas infectadas también llegaron a Iquitos y de esa manera se propagó por la zona, por ejemplo, en una de las comunidades próximas, Nueva Alianza.

Al preguntarle quién había sido el primer caso de la comunidad, aunque él no se había realizado una prueba, confirmaba que había sido el primer caso:

“Al principio, mi persona era la primera persona que he tenido esa enfermedad. Digo yo así que soy la primera persona que ha tenido esa enfermedad, mas no me han hecho mi prueba rápida y no podía constatar que ha sido esa enfermedad. Pero, yo pienso, digo así, que esa enfermedad me ha agarrado, yo he sido la primera persona que he tenido esa enfermedad.” (ISV - Entrevista)

El 13 de marzo él estaba en Iquitos y dos días después el expresidente Vizcarra anuncia la inmovilización. Por ese motivo, no había embarcaciones disponibles, salvo una de parte de la Marina con la que pudo retornar un par de días después. Durante el tiempo que estuvo en Iquitos, él afirma haber sentido malestares, dolor de cabeza, dolor de cuerpo, le costaba respirar. En el trayecto de viaje menciona que sus síntomas habían disminuido. Así, el 19 de marzo arriba a Nueva Santa Rosa y, una semana después, vuelve a caer enfermo por 15 días. Regresaron los malestares mencionados y cuando estos disminuyeron nuevamente perdió el olfato, el gusto por la comida. Por estos últimos síntomas, él cree que era esa enfermedad. Agrega que ha combatido al virus con pastillas, jarabes *vegetales* con cordoncillo, jengibre y tés calientes. Cuando mejoró, empezó a dar a los demás la receta que usó puesto que los moradores estaban contagiándose, a pesar de los acuerdos comunales de prevención y, principalmente, el cierre de la comunidad.

Leydi, su pareja, recuerda que cuando los moradores se enteraron de que ISV estaba enfermo, todos decían que era COVID-19. Tenían miedo y guardaban distancia de ellos, menciona que algunos lo culpaban de que por él había llegado el virus. Conversando con algunos moradores, se afirma que el apu había estado de viaje en Iquitos. El viceapu especifica que el motivo de su salida fue atender una llamada del Poder Judicial para atender la demanda con el Estado. Para esas fechas, se habían identificado los primeros casos en dicha ciudad de Iquitos y, al retorno del apu, él estaba medio enfermo en casa y los demás miembros de su casa se enfermaron

levemente. En ese momento había quienes pensaban que era una gripe cotidiana, de forma que no asumieron inmediatamente que era COVID-19. Dentro de este grupo también estaba el apu, pero al pasar el tiempo y la sospecha ante el aumento de casos en la comunidad también se decía que “él trajo eso [el coronavirus]”.

“Sí, sabíamos que el apu se había ido a la ciudad. Era un llamado que tenía una reunión, él se fue y en ese día que se iba a dar la cuarentena, que no había salida ni entrada para nada, él ha venido. Creo que él es quien ha traído la enfermedad, pero no nos dábamos cuenta. Ha llegado a la comunidad, no le veíamos ¿Por qué no sale? Dice que está enfermo, está con la fiebre. Pero poco, de repente ya está con esa enfermedad. Pasa 8 días, no se le veía porque siempre nosotros nos íbamos a jugar y él también se iba a jugar y no se le veía. 8, más de 10 días vemos que no sale. Le jodemos acá entre nosotros, nos fregamos, “Tú, creo que estás con esa enfermedad”. “No”, [tosía], [tosía]. De ahí sí hemos sabido, fulano está con la fiebre. No decíamos que era la enfermedad, total la enfermedad ya estaba acá y se regó totalmente acá, pero sí eso era la enfermedad. Todos hemos pasado recién con la brigada, ya estaban algunos sanándose, todos hemos tenido.” (Alex, agente comunitario de salud - Entrevista)

Con el fin de ampliar más la mirada acerca del primer caso, conversé con la licenciada Nativi, quien es una figura importante dado que ella fue la enfermera que más tiempo ha estado trabajando en la comunidad. Lo curioso de este relato es que no solo se identifica un primer caso, sino dos. Cuando le pregunté por teléfono si recordaba quién fue el primer caso, me respondió en tono de broma “¿no te lo comentaron?”. Nuevamente, se reitera que la salida del apu a Iquitos por motivo de una reunión. Su retorno fue visto con sospecha de haber traído la enfermedad, debido a los síntomas que presentaba, aunque este lo negaba. Es importante recordar que en este punto de la pandemia, todavía había muchas preguntas y dudas sobre la enfermedad. Efectivamente, él como autoridad fue el primero en regresar, pero luego retornaron dos personas más: Cleyder y Guisella. Como se había señalado, ambos acudieron a Iquitos porque Guisella iba a dar a luz. Ella requería una cesárea y, aunque estaba planificado que fuese en Maypuco, la trasladaron a Iquitos. Cuando regresan, el señor Cleyder presentaba fiebre, pero, si bien la licenciada sospechó de los síntomas, él negaba que fuese COVID-19 porque se habían hecho una prueba para ir a Iquitos.

“Encabezando el apu se había quedado en la última lancha que dieron. Después de eso cerraron las lanchas, no había movilidad. Él llegó de Iquitos después de la reunión, llegó algo agripado, con tos. Hicieron una reunión al día siguiente, él me dice. “Tú estás trayendo el COVID”, “No, señorita, ¿cómo dices?, ¿cómo crees?”. Como él era el apu,

era la persona, el único que llegaba. Después de él creo que después llegó una señora Guisella que la habíamos evacuado a la ciudad para una cesárea y ella va con esa referencia, pero de Maypuco la llevaron a Iquitos, pero también regresó a la comunidad. Recuerdo muy claramente a los días que estaba ella ahí, su esposo, el señor Cleyder, se va y me busca que estaba haciendo fiebre. Yo le digo “tú estás con COVID”. “No, señorita, nos hemos sacado nuestra prueba allá, por eso hemos ido. Por eso nos han mandado ya empezada la pandemia”. Yo recuerdo muy bien esos dos: el señor [apu] que llegó y estaba con gripe, malestar y el señor Cleyder que acudió por fiebre, que él acompañó a su pareja a Iquitos. Ellos dos son quiero suponer y después en son de broma decíamos al apu “tú has traído el virus”. “No” me dice “o tal vez sí, pero eso no pasa nada.” (Nativi, licenciada en enfermería - Entrevista)

Estos dos son los casos que ella más recuerda relacionados a personas que habían salido de la comunidad durante la pandemia. Retornando al caso del apu, la licenciada cuenta que eran buenos amigos. Por eso, cuando conversaban entre bromas si él había traído el virus, se detalla que, si bien lo negaba, también había un rastro de duda en él en dicho momento.

En relación con Cleyder, él también hace referencia a una persona, “un amigo”, que retornó de la ciudad con síntomas de fiebre que lo hacían la persona quien trajo la enfermedad a la comunidad. Cabe notar que no señala el nombre de la persona al referirse al apu, sino en general le denomina un amigo. Sin embargo, explica que antes de regresar a la comunidad de la ciudad se sentía algo enfermo. No le mencionó nada a su esposa porque tenía miedo a que no pudieran regresar. En el trayecto sintió escalofríos, dolor de hueso, dolor de cabeza y una tos seca. Al llegar cayó enfermo con fiebre, como mencionó la enfermera. Ahora afirma que “el que le habla ha tenido esta enfermedad”, pero para ese entonces era un tema que quedaba en la sospecha.

3.2.3. “Pero, ¿cómo ha entrado la enfermedad?”

Como se ha descrito hasta ahora, la narrativa acerca del COVID-19 sostiene dos puntos: todos se enfermaron y el primer caso fue el apu. Sin embargo, a pesar de que era fácil señalar el primer caso que “trajo el virus”, la pregunta que permanecía era cómo ha llegado dicha enfermedad a la comunidad. En otros términos, identificar el primer caso no anulaba la duda de la llegada y su componente foráneo. Esta dificultad en explicar su aparición se debe a que los y las moradoras resaltan que todos se cuidaban. Al escuchar de la cercanía de esta, las autoridades y la población se reunieron y acordaron medidas de seguridad el mismo día que retornó el apu, el 19 de marzo de 2020, como cerrar la comunidad, la conformación de un grupo de

vigilantes en el día y la noche para evitar el ingreso de botes o lanchas o que quienes retornaban de lejos debían hacer cuarentena por 15-20 días.

Sin embargo, sin que ellos se dieran cuenta, la enfermedad ya estaba dentro y arrasando. Entonces, la mayoría no puede explicarse cómo ha entrado la enfermedad si estaban cuidándose siguiendo dichas medidas.

“Decían que la gente que viene de otro país acá al Perú va a traer y a la vez que ha llegado acá ya contagia. De repente que uno está enfermo se va pueden ellos vienen, el médico a traer eso. Ellos vienen a traer eso. Se contagia. Otros hacían la cuarentena para que no se mueva [y] que no haya el contagio. Asimismo, llegó, aunque no llegaban personas extrañas porque prohibido eran las personas extrañas que lleguen acá a la comunidad.” (Nixon - Entrevista).

Ante estas preguntas de cómo entró, si todo estaba cerrado y nadie salía, es importante notar el énfasis que se hace a la figura del extraño. Históricamente, no solo el COVID-19, sino en general las enfermedades han venido de fuera. Así, los moradores afirman que el COVID-19 viene de afuera, es un “extraño” y lo traen personas foráneas. En un primer nivel, es una enfermedad que venía de otro país. En un segundo nivel, era una enfermedad que venía de las ciudades. En un tercer nivel, quien portaba una enfermedad era un extraño.

¿Qué complicaciones supone esto cuando no hubo un “extraño”, en términos de una persona que no pertenecía a la comunidad, sino que el primer caso fue uno de los moradores?, ¿cómo una enfermedad que engloba estas características de lo foráneo llega a través de un conocido morador de la comunidad? Nuevamente, para responder a cómo llegó esta enfermedad significó utilizar otros recursos locales, como el aire y la noche, y las experiencias relacionadas a estos antes y durante la pandemia.

3.2.4. Contagios: el aire y la noche

Además de la idea de que alguien ha llegado a la comunidad con la enfermedad, el aire es un elemento que aparece constantemente para dar explicaciones. Algunas versiones describen que el aire es un factor de contagio, puesto que si te acercas a la persona está enferma, por medio del aire, te pasa y te contamina. Si bien la primera impresión puede ser asociar esta afirmación a la transmisión a través del contacto cercano de persona a persona, existen otras versiones para profundizar en por qué se sostiene que el aire trajo la enfermedad a la

comunidad. La prueba de este hecho es que todos se enfermaron, a pesar de los cuidados de prohibir el ingreso de extraños.

“Muchos sabemos que la enfermedad viene a veces por el aire y está rodeado el espacio de enfermedad. Muchos pensábamos que alguien cuando llega a la comunidad está trayendo, así pensábamos. No dejábamos subir a personas foráneas que están trayendo la enfermedad. Pero, no era así, la enfermedad viene por el aire porque todito el pueblo estaba con la enfermedad, sin excepción, toditito estábamos enfermos.” (Uber - Entrevista)

“Eso era lo que tenían miedo la gente [de] que se contagien. Pero llegó, no se sabe. Yo digo [que] por medio del aire llegan las enfermedades. Por medio del aire puede llegarte porque puede ser que han traído. La gente se enfermó, pero no sabía cómo ha llegado. Primero el aire le puede traer a esa enfermedad.” (Nixon - Entrevista).

“Rubel: En ese tiempo, cuando sabíamos que la enfermedad está así, peligrosa, no dejábamos atracar lanchas, pero, de todas maneras, señorita, el aire.

Isabel: Porque aquí hacíamos vigilancia día y noche para que no atraquen embarcaciones de lejos. Ni así. Algunas personas hacían sus cuarentenas que venían de lejos, se ponían a la isla.

Rubel: Vete a estar 15 días aislado. De ahí recién venían, pero ni así, señorita, ni así nos hemos escapado.” (Rubel e Isabel - Entrevista)

Similar a los derrames, la llegada de la enfermedad significó un cambio en la comunidad. Por este motivo, algunos cercaban sus casas, puertas y ventanas cerradas. No solo a modo de no salir, sino que tampoco nada de afuera entre, especialmente, ya que el COVID-19 transita por el aire. Por ejemplo, Segundo escuchó que un humo se levanta y va contaminando, si te encuentra cuando estás andando puedes morirte, pero si te encuentra y tu casa está cerrada no. En algunas casas también con plástico se han cercado “así para que no entre” (Conversación informal). También existe otra versión en la que el aire, además de ser la causa de la llegada de la enfermedad, también empeora los síntomas. Si nadie salía, el aire lo trajo y, si uno salía, el aire lo empeoraba.

“[Nos hemos contagiado] por medio del aire porque nosotros no nos íbamos a ninguna parte porque la primera que nos dio cuando nadie salíamos de aquí sí me dio la fiebre. Me dio fiebre, me tomaba pastilla y cuando me fui de viaje, yo digo que el aire me ha hecho mal y eso me ha vuelto a dar más complicado. Por eso, digo que el aire de repente. No sé porque nosotros no nos íbamos de un lugar para otro cuando ha empezado la pandemia.” (Alicia C. - Entrevista).

Para profundizar en este concepto conversé con Aureliano. Él tiene 43 años y nació en Yurimaguas. Por motivos de trabajo llegó a Nueva Santa Rosa hace 15 años

y se quedó. Él solía ser el chamán de la comunidad, estuvo aprendiendo por 10 años hasta la edad de los 40. Describe que aprender a ser chamán fue difícil porque hay que dietar para tener la habilidad de saber los malestares de las personas y saber curarles.

“Tú tomas una purga, un[a] ayahuasca, tienes que dietar 15 días antes, por ahí tu chapito de plátano, no así cocinado, y esa es la purga para penetrarle a tu cuerpo y eso es lo que te da poder para que tú mires qué cosa tiene la persona. Le toco por acá, le toco por el estómago y ves que tiene. Cualquiera que no sabe, no puede saber qué cosa tiene esa persona. Eso es lo que hacíamos nosotros, como te digo, hemos dejado.” (Aureliano - Entrevista)

A pesar de que hace un año que dejó de realizar sus actividades debido a que se ha acercado al evangelio y dichas actividades no son permitidas, Aureliano me contó las funciones que tenía como chamán, así como los relatos de los seres que habitan en el agua y en el monte. Además, otra de las moradoras adultas, la señora Alicia C., también añadió relatos sobre estos seres. Cabe destacar que estas son tantas historias que han escuchado de parte de otras personas o que ellos mismos han visto.

Dentro de sus funciones como chamán, él podía curar el mal de aire, de agua y de montaña con los cigarros y plantas de la zona. Por ejemplo, cuando los niños tienen una infección o diarrea, a veces en el centro de salud no se le puede curar porque es por mal de aire. Él ha escuchado que los médicos mencionan que conversando se transmite el COVID-19, pero él duda de eso. En cambio, afirma que las enfermedades vienen por medio del aire y el agua. El mal de aire es cuando uno está andando y “choca con aire malo”. De acuerdo con Aureliano, por ejemplo, “una fiebre puede haber por allá y por acá no; y [en] eso viene el aire y les contagia a las demás personas”. Es decir, por medio del aire, el virus viene y te agarra. En el caso del mal de montaña, si uno se cruza con el aire de un demonio también te enfermas y puedes morir.

Según Tello (2014), la interconexión entre personas, animales y espíritus se debe a que todos son gente, por lo que es posible cruzar las fronteras entre sí; por ejemplo, un bebé cutipado se comporta como el animal que le hizo daño. Por eso, es importante ubicar los tipos de relaciones que se pueden establecer con estos. En el caso del mal de agua, se hace referencia al *yacuruna* es una persona en la parte de arriba y un pescado de abajo con cola. Viven en grandes ciudades en el fondo del río,

de forma similar a la gente de la tierra, puesto que son ex-humanos (Regan, 1993; Rivas, 2011; Huarag, 2014; Ramírez Colombier, 2015; Tello y Boyd, 2017). Si una persona desaparece sin motivo en el río y no la encuentra, dicha persona se encuentra viviendo con los *yacurunas*. Ramírez Colombier (2015) argumenta que la posibilidad de comunicarse con familiares desaparecidos dentro del río a partir de sueños ejemplifica una “historia sumergida”; es decir, la domesticación de un hecho doloroso. Sin embargo, también pueden cumplir el papel de Madre del Agua o espíritu protector (Ramírez Colombier, 2015). Por ejemplo, la Yacumama o Madre del Agua es una boa grande quien raras veces asoma su cabeza por el inmenso poder que tiene: protege a los animales acuáticos, pero también hace daño a quienes capturan demasiados peces (Regan, 1993; AIDSESEP, FORMABIAP y Fundación Telefónica, 2000). En el agua, “viven gentes que te pueden hacer bien o te pueden hacer mal, eso depende cómo nos comportamos en la tierra” (Tello y Boyd, 2017, p.11). Esto explica los desbarrancamientos que, como castigo por comportarse mal, los *yacuruna* quitan un poco de tierra con sus uñas largas. En este caso, Aureliano recuerda que, antes por esta zona del Marañón, los *yacurunas* o diablos del agua robaban hombres y mujeres. Estas mujeres son bonitas, de cabellos rubios y se presentan cuando uno está en el agua o viajando. Estos te pueden *chontear*; es decir, embrujar y te da dolor de barriga. Incluso en una oportunidad él vio una de espaldas cerca al agua, pero saltó y solo quedó un remolino.

Otro de los seres acuáticos son los bufeos colorados también llamados delfines. Alicia C. narra que estos se transformaban en personas y en las reuniones robaban a las chicas o chicos. Si eres mujer, se te presenta hombre y viceversa. Se pueden hacer parecer al esposo de una mujer y dejarla embarazada. En tres meses la mujer da a luz a un bufeo pequeño, esta lo deja cerca a la orilla y el bufeo regresa a recoger a su hijo. En el relato de Alicia C. señala que una vez su sobrino los vio. Eran hombres blancos que salieron en la noche, pero no tenían bote, así que eran sospechosos. Bailaron toda la noche, su piel era brillante y escamosa. Su sombrero es una raya; su correa, una boa; su reloj, un cangrejo y; sus zapatos, carachamas. Una imagen que recuerda a la figura de los patronos. En caso de que lleven a vivir con ellos, te dan de comer pescado crudo y así te vas convirtiendo en uno de ellos. Sin embargo, esa vez no se llevaron a nadie. Las personas los observaban bailar, pero tenían cautela dada la ausencia de un bote. De acuerdo con Slater (1994) los delfines

se manifiestan de tres maneras: encantado, amante y hombre blanco. Los delfines pueden transformarse en seres humanos y cualquier persona puede convertirse en un sujeto deseado y seducido por estos, por lo que son seres que desafían los estereotipos sexuales a través de sus características. Como hombres blancos, los delfines asumen el estatus de forasteros a través de su apariencia que representa la dominación y riqueza extranjera.

Según Rita (1996), no hay ninguna sociedad indígena que haya sufrido pasivamente las consecuencias del contacto sin ejercer algún tipo de reacción creativa, la cual es alimentada por los procesos de transformación: “desde la esclavitud a las expediciones punitivas, pasando por la explotación de mano de obra, la usurpación de tierras o transmisión de enfermedades” (p. 208-209). Es por eso que, para los kukama, resulta fácil identificar a los bufeos como “no gente”, extraños o gringos; debido a que el bufeo representa “la figura del colonizador foráneo integrado permanentemente a la memoria y a la historia nativas.” (Ramírez Colombier, 2015, p. 64). Esta caracterización se plantea en vista de la distancia étnica entre la comunidad y el bufeo (Ramírez Colombier, 2018). En la posición subalterna respecto a los blancos, estos últimos se vinculan a “españoles de la colonia, representantes de las empresas transnacionales, misioneros y una gran parte de las clases dominantes y autoridades civiles nacionales” (Regan, 1993, p. 166). Intentan mezclarse con los kukamas en la comida, la bebida y el baile. Es por eso que los kukama guardan sus precauciones ante cualquier posible aparición de estos. Cuando Alicia C. sale en bote para su chacra pone en sobreaviso a los bufeos que no la fastidien o sino ella les va golpear en el hocico. Asimismo, el relato evidencia que comer pescado crudo, la comida del *yacuruna*, te convierte en uno. De acuerdo con Viveiros de Castro (2004), el cuerpo marca la perspectiva. Por ende, la comida que uno ingiere construye el cuerpo y puede generar un cambio de perspectivas. En este caso, los seres subacuáticos se distinguen por comer crudo (Berjón y Cadenas, 2014).

En los seres del monte se encuentra el *shapshico*, también conocido como el diablo del monte. De acuerdo con Rivas (2011), este es el dueño o madre del bosque: un ser masculino al cual se le denomina madre por su capacidad generadora de seres del bosque, asimismo tiene la habilidad de transformarse en cualquier animal. Para los kukama, las aletas de la lupuna son la puerta de la casa del *shapshico* donde

encierra a sus animales, ya que el *shapshico* genera, cría, custodia o guarda a los animales del bosque (Rivas, 2003).

En uno de los relatos de Aureliano, narra que el *shapshico* se aparece a una persona y vive en la paleza; es decir, en los palos grandes. Son pequeños y en el monte te roban, te llevan por donde él conoce. Como mencionan Berjón y Cadenas (2014), la convivencia entre seres de diferentes mundos no siempre es pacífica. Una vez, en un pueblo llamado San Juan por Yurimaguas, un *shapshico* robó a un niño. Tres días pasaron y no lo encontraban, sus padres preocupados pensaban que había muerto, pero con la ayuda de un chamán, también denominado médico, lo han encontrado. Debido al tiempo que el niño estuvo robado, este estaba dejando de ser un niño. Tenía mucha fuerza, quería morder e intentaba escapar de las personas. Es así que los seres no-humanos capturan humanos y los transforman en miembros de su comunidad (Fausto, 2002). La humanidad es un proceso, los cuerpos son crónicamente inestables (Vilaça, 2005). Por lo que si el *shapshico*, madre del bosque, roba un niño y este se transforma en un animal del monte.

“Vamos a buscar de repente se ha ahogado. Pusieron la trampa para arrastrarlo con la red, pero no había nada. Uno de ellos se anima, dice “acá tenemos un curioso, un médico, vamos a ver”. Han ido a traer al médico, vino, pidió su ropa del niño, puso en una esquina de la casa. Lo hemos ubicado ahí, ha empezado a concentrarse pues él. Un médico que cura está apoyado por el diablo, le da el poder para que vea que tiene. No es fácil [...] de un buen rato dijo el niño no está perdido, le han robado, el diablo del monte le ha llevado. La gente no creía, “está engañando decían”. Dice “vayan a buscarlo, el niño está en un monte alto” [...] Por ahí nosotros teníamos monte alto que no es purma, no lo hacen chacra, monte alto. “Ahí estaba el niño”, dice, lo hemos ido a buscar, no lo hemos encontrado. Un grupo de moradores buscaban, a las 12 o 1 de la noche hemos venido, hemos llegado a lo que nos ha indicado el médico y hemos regresado. Hemos vuelto a la comunidad y no hay nada [...] ahí le han llamado y viene el médico, curandero. Dice “ah, el niño está cerca, yo ya les he hecho el trabajo, ya le ha traído más cerca, está en una purma al lado. Por ahí está el niño”. Nos hemos juntado todo el pueblo y ya vaya todo el pueblo a rodear. Rodean así y el niño está donde él ha indicado. Uno de esos dijo “por aquí está el muchacho”, ha gritado. El niño estaba transformado en diablo, él corrió, parecía un animal del monte. Se han juntado y le hemos agarrado, ¡cómo tiene fuerza el diablo! Quería morder, pero le hemos agarrado y amarrado. El niño sigue viviendo hasta ahora. El médico ha venido, le ha soplado hasta 6 días y le ha normalizado al niño. Por eso, digo que creemos en el diablo de la montaña, del monte porque nosotros [le] hemos visto. No es cuento.” (Aureliano - Entrevista).

En esa misma línea, la siguiente historia es de Alicia a partir de relatos que ha escuchado de cuando el *shapshico* te roba. Esta describe que el *shapshico* te atrae

con los animales del monte, hasta que uno pierde su camino y termina en la casa del *shapshico*, la aleta de la lupuna. Sin embargo, así como te roba y te hace jugar, te ofrece regresar. Además, cambia de apariencia y se presenta como tu madre o padre. Uno debe ser cuidadoso con el diablo del monte porque sino te hace daño y debes acudir al chamán para curarte.

Cuando vas al monte, cuando él te quiere robar te hace mirar unos animales, sajino, huangano, tú le sigues. Tú sin darte cuenta le sigues al animal. Tú por escuchar al animal, te vas al monte, te vas más allá. Te das cuenta, señorita, que no hay, ni el camino. Cuando ya quieres regresar, el camino está monte. Ahí se presenta el *shapshico*, se presenta y te lleva a esa lupuna, te lleva y te hace cerrar tus ojos. Vienes a abrir tus ojos y las gallinas, panguanas, perdices, eso hace mirar. Ilusiones quizás. Dicen que, en el tronco de la lupuna, le llamamos aquí su aleta, tiene inmensas aletas, así dobles, por acá otra aleta. Ahí están los motelos, panguana, perdiz. Tú le estás mirando, no sabes ni qué vas a hacer. Nunca has visto. De ahí, cuando se siente aburrido, “¿ya quieres volver?” “Sí, ya quiero volver a mi casa”. “Cierra tu ojo”, dice. “Pop”, resulta que ya estás en tu camino de persona, conoces tu camino por donde andas. Te pone en tu camino, “vete, vete”. Vienes tranquilo, así a veces te roba el *shapshico*, un hombrecito. Igualito a gente, se presenta a tu papá, a tu mamá. Igualito a tu mamá, igualito a tu papá le ves, pero chiquitito y su piecito es medio volteadito. Un diablito y te hace jugar el *shapshico*. Cuando te vas, golpea su aleta, señorita. Cuando estás por ahí y va a llover “tum”, la aleta. De eso se le conoce al *shapshico* y tú no le molestas, sino ahorita te hace daño. Te chontea como se dice en tu estómago, te da dolor de estómago. ¡Qué bruto!, cómo te hace gritar y tienes que correr al médico y el médico te dice “*Shapshico* te ha *chonteado*”. Te cura. Te cura y sanas. Así, el hombrecito es.” (Alicia C. - Conversación).

A partir de estos relatos de los seres que habitan en los diferentes espacios del mundo se puede comprender los tipos de relaciones entre los seres no-humanos y las enfermedades. Un malestar puede ser producto de que el *yacuruna* o el *shapshico* te han *chonteado*. Los seres no-humanos tienen el poder de hacerle mal o atacar a las personas, si te cruzas con estos. El hecho de que se describa que el COVID-19 ha estado en el aire y se ha dispersado en la comunidad por este tiene sentido desde la lógica kukama. En ese sentido, así como el agua, el aire está lleno de seres con los que las personas conviven. Sin embargo, estos también pueden atacarte más aún cuando no estás preparado o no has tenido las precauciones de cuidado. En este caso, el COVID-19 estaba en el aire y, por medio de este último, atacó y enfermó a toda la comunidad.

Otra lectura acerca del aire es la relación de este con el frío. De acuerdo con Rivas (2011), la tierra de arriba o “este mundo” está asociado a la vaciante del río, lo

caliente, la abundancia, la vida, la reproducción, al día, lo seco, el calor. Por otro lado, en la tierra de abajo o “primera tierra”, el agua y el aire están relacionados a la creciente del río, el frío, lo húmedo, la lluvia, la hambruna, la muerte, la enfermedad, la noche, entre otros. En ese sentido, el aire implica el frío y la enfermedad/muerte: “El mal aire es la enfermedad que dan los muertos a los vivos” (Rivas, 2016, p. 121). Por ejemplo, el chamán es la figura a quien le compete este diagnóstico del mal de aire. Este tiene varios nombres: choque de aire, airado, *maitsankara kanuparin*, contagio de los espíritus negros. Estos últimos espíritus negros se refieren al contagio de los difuntos; es decir, el mal de aire es el mal de los muertos. Regan (1993) también señala que “el alma de los difuntos regresa a la tierra en el viento” (p. 158), razón por la cual estos pueden llevarse a los niños. Se dice que un ser humano o no-humano ha capturado el espíritu *tsawa* (Rivas, 2011). En los síntomas, además del susto, destaca que el cuerpo se enfría, se tiene fiebre, la barriga se hincha, etc. Es así que al presentarse una enfermedad como el COVID-19 en la comunidad el aire es uno de los recursos explicativos por la estrecha relación que tiene este con la enfermedad/muerte que se representa con el frío y todos estos elementos forman parte de la primera tierra que alberga a diversos seres no-humanos.

Por último, ante la ausencia de explicación de la llegada del virus, Alicia C. se preguntaba si todos se cuidaban, no recibían extraños, evitaban salir, ¿cómo era posible que pasaba la noche y amanecían enfermos? Entonces, ella explica que este andaba en la noche en dos fragmentos:

“No sé cómo habrá aparecido si nadie se fija cómo ha venido a aparecer. Por eso, nosotros decimos que esa enfermedad anda en la noche porque nadie se iba a la ciudad, nadie andaba por allá. De aquí han puesto para que cuidan, para que nadie llega a la comunidad, ni de aquí, que se vaya por allá. Nada. Aquí vivíamos en nuestra casa. Ni a la chacra íbamos. Así hemos pasado nosotros.” (Alicia C. - Entrevista).

“La enfermedad andaba más en la noche que en el día. Los niños están andando. Como uno [mayor] no andamos, en nuestras casas. Ellos como siempre [andando]. Nosotros no andamos en la noche. Encontraban esos microbios [el COVID], andan en la noche.” (Alicia C. - Conversación)

Según Berjón y Cadenas (2022), para los kukama, “las enfermedades son gente” (p. 102). Por ejemplo, desde una perspectiva occidental, la fiebre significa un desajuste en algún órgano interno o una infección, pero desde la perspectiva indígena “la fiebre proviene de fuera, es externa y ataca a la persona” (p. 102); es decir, la

enfermedad está personificada y ataca. En una narración kukama, Rivas (2011) señala que Dios deambulaba por los ríos originando enfermedades características de los foráneos: gripe, sarampión, viruela, lepra, *quitamuro*. Estas descripciones no solo se encuentran en los kukama. En los matsigenka también se presenta la historia de Shoipeirini, un poderoso chamán que salvó al pueblo de la epidemia de la viruela en tiempos antiguos quien, junto con sus hordas demoníacas, andaba por la noche para cazar y matar a sus víctimas (Shepard, 2022). En el caso de los yánesha, algunas enfermedades como el paludismo, viruela o sarampión vuelven a caminar por el valle cada cierto tiempo, pero no son tan fuertes ni matan tanto como antes (Valadeau, 2022). Para los shawi, Rafael Canchari relata que la viruela y el sarampión andaban gritando y llamando gente asegurando que ya no había epidemia a modo de intento para que las personas salieran de sus escondites. Diferentes epidemias del pasado han sido representadas como personas foráneas o extraños que intentan sorprender imitando la voz de algún miembro familiar (Rivas y Murayari, 2022). El nombre hace persona a un niño frente a otros seres no humanos que tienen nombres genéricos. Por eso, una costumbre de los kukama es no responder a la primera vez que alguien los llama, dado que puede ser la madre de una enfermedad o un mal (Berjón y Cadenas, 2014, p. 22).

En una conversación con Leonel, el agente comunitario de Santa Clara, comunidad que pertenece al distrito de Parinari, comenta sobre las madres de las enfermedades. Tiempo atrás el sarampión y la tosferina venían caminando como personas enfermas en las comunidades: “venían, llegaban hasta tu casa”. Cuando estas enfermedades se acercaban, escondían a los niños en tinajas para que no les enfermara. El gallo cantaba y alertaba cuando las enfermedades se acercaban. Añade que nunca se podían confiar en las madres de las enfermedades, hacen daño, “son como nuestros enemigos”. Sin embargo, esta nueva enfermedad le causa desconcierto por sus síntomas, como la pérdida del olfato, y duda en afirmar si tiene madre porque en los últimos años la contaminación por las actividades petroleras y poblaciones urbanas ha incrementado, por lo que ha desestabilizado el territorio y los seres que habitan en este. Si la humanidad no es una condición exclusiva, única para los homínidos, sino que es compartida entre seres de distinta naturaleza (Viveiros de Castro, 2004), el COVID-19 también es una persona que anda por la noche.

¿Qué relación tiene el COVID-19 con la noche? Como se ha indicado, la tierra de abajo se relaciona con la muerte, la enfermedad y la noche. En dicha tierra habitan seres no-humanos del agua que la gente de arriba debe evitar cruzarse, ya que dichos seres se sienten atraídos y nostálgicos por la tierra de arriba. Esto se debe a que, según el mito del Gran Diluvio Universal, la tierra se invirtió. Lo que antes estaba arriba ahora está abajo, así que los primeros hombres terminaron bajo tierra, que significa el mundo acuático (Rivas, 2011). En ese sentido, los *yacuruna* son ex-humanos, cuyos “ropajes” esconden su humanidad interior (Ramírez, 2015). Por eso, como se ha mencionado en los relatos anteriores, tienden a robarse a los humanos. En las noches silenciosas y oscuras, los *yacurunas* suelen subir a la tierra con ese fin, dejando rastros de huellas de su visita en las playas del puerto de la comunidad (Rivas, 2011). Además, en general, diferentes espíritus de muertos y en especial de los curanderos suelen deambular precisamente en la noche (Rivas, 2016).

Por otro lado, es importante destacar que la aparición de seres peligrosos para los pueblos indígenas coincide con un aumento de la inseguridad percibida a raíz del contacto entre poblaciones indígenas y occidentales (Berjón y Cadenas, 2009; Santos Granero y Barclay, 2010; Espinosa, 2019; Pau, 2019). Santos Granero y Barclay (2010) describen la aparición nocturna de personajes como *pishtacos* y pelacaras que, con apariencia de gringos, mataban indígenas con el fin de extraer su grasa o piel. En la noche, el blanco se convierte en pishtaco o “sacamantecas” para así comerse la grasa de la gente o también que extraen la piel de la cara de las personas para pagar la deuda eterna (Regan, 1993). Este personaje se relaciona con momentos importante de ruptura y se revitaliza con nuevos sucesos de violencia (Degregori, 1989). En el Bajo Urubamba, Gow (2011) destaca los rumores que circulaban sobre los *pishtacos* o sacacaras. Durante el rodaje de la película Fitzcarraldo del director alemán Werner Herzog, los piro que habitaban en la zona los asociaban con gringos o enviados por el gobierno que tenían máquinas poderosas para viajar de ida y vuelta a ese lugar, quienes en lugar de venir a ayudarles, quizás venían a matarlos. Sin embargo, esta descripción también era señalada en relación con los misioneros adventistas, quienes en su casa llena de máquinas mataban a las personas para robarles la piel a fin de utilizarla en cirugías plásticas (p. 266). A diferencia de las historias del pasado, la circulación del temor a los blancos y sus poderes predatorios es que “esta vez los pueblos indígenas tienen la certeza de que el Estado peruano y las empresas

extractivas se han aliado no solo para saquear sus fuerzas de vida, sino para exterminarlos de una vez por todas” (Santos Granero y Barclay, 2016, p. 26). En ese sentido, “¿no estamos describiendo acaso a un turista o un extranjero que visita la Amazonía por negocios u otros motivos?” (Tello, 2014, p. 43). En el caso del Bajo Marañón, Berjón y Cadenas (2009) profundizan en la figura de los pelacaras. Estos se caracterizan por ser sujetos encapuchados y armados que aparecen en la noche y desaparecen rápidamente; pueden atacar y llevarse partes del cuerpo de la víctima el corazón, hígado, riñones, pechos, pene, entre otros. A fin de prevenir el ingreso de pelacaras, las personas se organizan en rondas armadas de vigilancia nocturna.

[Los pelacaras son] gringos de gran tamaño -unos dos metros-, se mueven en el monte fácilmente y pueden transformar en animales como el tigre (*Panthera onca*) o el lagarto (Fam. *Alligatoridae*), van encapuchados y, provistos con armas, chalecos antibalas, paracaídas, linternas con luces verdes, rojas o azules, rayos infrarrojos, visores nocturnos, GPS; utilizan potentes deslizadores aunque silenciosos como canoas, especie de aviones veloces o globos aerostáticos; salen o bajan en la noche, atacando en silencio a niños y mayores -años atrás sólo a mayores-; mayormente se mueven de dos en dos, ágiles y elusivos, en algún caso les han baleado pero no aparecen sus cuerpos, se les persigue y desaparecen en el monte (...). (Berjón y Cadenas, 2009, pp. 436-427).

Durante mi última semana de trabajo de campo, aproximadamente a las 7:30 pm, Leydi, la hija de Rómulo, llegó alarmada al hospedaje. Decía que un joven estaba terminando de guardar las gallinas en el gallinero, pero cuando levanta la mirada ve a dos encapuchados con armas. Inmediatamente, el joven huye y alerta a la comunidad. Los moradores y el apu salen con sus escopetas a verificar quiénes eran los extraños. A diferencia de otras noches que las luces se apagan a las 9:00 pm, deciden dejarlas encendidas más tiempo. Mientras tanto, las dos hijas del señor Rómulo habían traído a su madre y a sus respectivos hijos e hijas a la casa de Rómulo. Estaban temerosas de la presencia de extraños, ya que no era usual en la comunidad. Sin embargo, horas después regresan los vigilantes diciendo que no han encontrado a nadie. Ese día toda la familia de Rómulo acomodaron sábanas y mosquiteros para quedarse a dormir en su casa.

A la mañana siguiente, la aparición de “los encapuchados” fue tema de conversación. Se decía que el motivo de su aparición era que estaban buscando a un joven. Anteriormente, otros visitantes habían preguntado dónde vivía, pero los moradores contestaban que no lo conocían. Se rumorea que cuando el joven había

estado fuera de la comunidad, “se había metido con personas equivocadas” y, por eso, ahora vivía escondido. Algunos creían que los extraños eran colombianos, mientras que otros dudaban si realmente habían venido, ya que los vigilantes no encontraron rastros. En general, el hecho de que la visita sea nocturna daba desconfianza, ya que si tienen buenas intenciones se hubiesen presentado en el día.

La aparición nocturna de distintos seres debe verse en relación con las condiciones de vida que suponen sus mundos. Para los subacuáticos, previamente, se había señalado que uno de los aspectos en los que difieren es la comida. Sin embargo, en estos relatos destaca también el tiempo (Berjón y Cadenas, 2009). Entonces, cuando distintos seres salen a caminar en la noche, para ellos el tiempo está invertido. Desde su perspectiva, ellos salen de día. De tal modo es posible encontrarte con uno de ellos en la noche, por lo que los seres humanos deben tener cuidado y ser precavidos a dichas horas. De regreso al relato de Alicia del COVID-19 caminando en la noche, la enfermedad se representa como foránea, vino en la noche y atacó silenciosamente a los moradores, de forma que amanecía y estaban enfermos. Caminaba de noche, pero para este era de día. De forma similar a la historia de los “encapuchados” que son extranjeros que aparecen de noche con el propósito de hacer daño se presenta la necesidad de vigilar. Las apariciones nocturnas de extraños no son bien vistas. Ante la alarma de la presencia de un extraño, la medida inmediata es hacer vigilancia. Esto es interesante porque muestra a la vigilancia como recurso de cuidado utilizado desde antes de la pandemia.

3.2.5. Ausencia de fallecidos

A pesar del alto número de contagios, en Nueva Santa Rosa no hubo fallecidos. En la comunidad de Santa Teresa falleció una veterana, en Urarinas también murió el más veterano de la comunidad; en Nueva Alianza, el juez y en ciudades como Maypuco e Iquitos varias personas. En relación con la ausencia de fallecidos, para los y las moradoras de Nueva Santa Rosa, el COVID-19 tiene cura. “Tiene cura porque, si no tuviera, estaría muerto”, dice Rómulo entre risas. Haberse curado dependió de dos aspectos: la botica y los *vegetales*. El primero hace referencia a medicamentos como pastillas y ampollas; por otra parte, el segundo al uso de plantas vegetales. Las combinaciones de uso de ambas van variando, pero es una mezcla de ambas en variadas proporciones dependiendo el caso.

Existe una tendencia en resaltar los *vegetales* en los casos en que se critica la falta de un centro de salud al cual uno pueda acudir rápidamente o la falta de medicinas en el tópic. Haber estado enfermo se narra como una pelea en la que los *vegetales* han jugado un rol fundamental, lo cual se muestra en las recetas sobre tratamientos para combatir al COVID-19 y ayudar en la recuperación del cuerpo. El apu menciona que han combatido la enfermedad a tiempo. Es decir, se atendían los casos desde los primeros síntomas, antes de que estos se complicasen y “le gane a la persona”. Abundan las recetas con cordoncillo, toronja, ajo sacha, malva, entre otros. Sin embargo, esta tendencia es puesta en perspectiva hacia el futuro de la comunidad en relación con futuras enfermedades. En ese sentido, el COVID-19 es descrito como un aviso de las enfermedades que vendrán después e incluso puedan ser más complicadas que esta última, lo cual suma a los pedidos de una mejor atención de salud por parte del Estado.

De igual modo, se marca la diferencia entre quienes se han mejorado en los hospitales atendidos por médicos y ellos que se han mejorado en casa con sus propios médicos que han sido sus familiares quienes los rodearon y les alcanzaban sus medicamentos caseros tradicionales. Se describen a sí mismos como “más fuertes”, ya que en las noticias han visto que dichas personas han demorado bastante tiempo en rehabilitarse. En cambio, en un mes la mayoría había vuelto casi a la normalidad de sus actividades.

Otra de las explicaciones señala a las plantas como un actor en la comunidad que les defiende. La ciudad es descrita como un ambiente contaminado por los vehículos, especialmente los motorizados, mientras que en la zona de la comunidad abunda la naturaleza. Para Aureliano, las montañas protegen a los moradores: “por acá no ataca [fuerte] la enfermedad [del COVID-19] por la protección de los árboles, acá tenemos cantidad de montañas. Estamos protegidos, son una defensa” (Conversación). En ese sentido, el espacio también ha jugado un rol importante en el impacto de la pandemia en la comunidad y los aspectos relacionados de cuidado son abordados desde la noción de protección. Sin embargo, esta afirmación también puede resultar paradójica. Si bien la categoría de espacio contaminado es utilizada para diferenciar a las ciudades de las comunidades, esta también apareció previamente en la descripción de la comunidad afectada por los derrames de petróleo. Por este motivo, cabe precisar que la noción de contaminación respecto a las ciudades

se debe a las consecuencias de la urbanización, a diferencia de las condiciones del aire, suelo y agua posterior al petróleo que perjudicaron las condiciones de producción y subsistencia. En ese sentido, si bien hubo protección frente a un tipo de contaminación, habitar un territorio decadente fue un limitante de esta misma.

Finalmente, como nadie falleció en la comunidad, ni los enfermos más graves, la enfermedad fue percibida como controlable y curable en la comunidad. Por lo contrario, experimentar la enfermedad en las ciudades representa sus temores porque están asociada a la muerte. Esto hacía pensar que, en la ciudad, las personas que sabían que estaban contagiadas también podían morir de la preocupación o el mismo aislamiento. Uno de los moradores se imaginaba este escenario enfermo, aislado y preocupado y piensa que así hubiera muerto. En cambio, al no saber con certeza, se ha tratado como una enfermedad simple.

3.3. Una línea ambigua: virus o enfermedad

Después de haber presentado los temas claves respecto a la descripción del COVID-19, dentro de los relatos presentados hasta ahora se han utilizado diversos nombres para referirse al coronavirus: una/esa/esta enfermedad, COVID y virus. En páginas posteriores, estas denominaciones continuarán en los diversos testimonios recopilados. Se destaca que la mayoría de moradores prefieren utilizar, en primer lugar, el término de “enfermedad”; en segundo lugar, “COVID o COVID-19” y; pocas veces, “virus”. Como se ha analizado en este capítulo, el coronavirus ha sido personificado: es una enfermedad que arribó a la comunidad que tuvieron que combatir. Esta definición tiende a ser englobada bajo los términos “enfermedad” o “COVID o COVID-19”. Sin embargo, dado que en ciertos testimonios se utiliza el término de virus, surge la cuestión de si este corresponde con la enfermedad mirada como persona o la cuestiona siguiendo la visión occidental como un microorganismo infeccioso. En ese sentido, es clave evaluar por qué y en qué contexto las sintomatologías se alinean o distan de la personificación.

En primer lugar, una de las actrices claves en denominarlo virus es Nativi, la licenciada del tópico. Ella nació en una localidad cercana al río Napo y realizó sus estudios de enfermería en la UNAP. En el siguiente fragmento, la palabra virus aparece cuando responde a la primera vez que escuchó del COVID-19. Se narra la información que circulaba sobre su llegada y la incertidumbre alrededor de los

próximos eventos alrededor de este. De tal modo, la denominación aparece como una réplica de la información a la que ella había accedido.

“Nos enterábamos por el internet, por familiares, que era un virus que nos han mandado, que está en el aire, tantas hipótesis que había, que por la comida, que no saben cuándo va a parar. Se ha iniciado, pero no saben cuándo va a parar. Vamos a morirnos todos. Yo miraba en el internet y veía, busqué información, un virus pero que todavía no sabían manejar la situación, estaban en estudios.” (Nativi, licenciada en enfermería - Entrevista)

En un segundo momento, la licenciada repite nuevamente la palabra virus al responder al porqué no hubo fallecidos en la comunidad. Ella describe sus posibles hipótesis ligadas a los cuidados provistos en la comunidad comparado a la situación en las ciudades. Sin embargo, en este fragmento, utiliza más lenguaje técnico para relacionar la situación del sistema inmunológico débil frente a un virus letal.

“Quizá, no sé, el sistema inmunológico. La parte emocional nos hemos cuidado, tantas cosas porque a veces no conocemos a cada persona qué problemas tiene dentro. En la ciudad sí ha habido fallecidos. Solamente sabíamos. Habrá tenido otros problemas dentro. Si tenemos problemas, es mucho más letal el virus.” (Nativi, licenciada en enfermería - Entrevista)

De tal modo, su posición como personal de salud la acerca a utilizar este tipo de lenguaje biomédico con facilidad que se basa en una visión occidental para hablar del coronavirus. Sin embargo, esto no impide que también se señale el tema del aire sin profundizar en este, pero sin desvalidarlo. Por otro lado, en el caso de Paolo, el técnico en enfermería y morador nato de Nueva Santa Rosa, la denominación de virus no aparece; en cambio, se refiere a este como enfermedad: “No pensábamos que iba a llegar hasta acá esa enfermedad.” (Entrevista). Aunque él también ha sido instruido en el mismo lenguaje técnico como personal de salud, el omitía este término en nuestras conversaciones. Sin embargo, al preguntarle sobre la llegada de la enfermedad, afirmó que se debía a las personas que habían viajado de un lado al otro y que, en el caso de su comunidad, había sido debido al apu quien retornó de la ciudad. Es decir, señaló la propagación del COVID-19 a partir del contacto cercano de persona a persona. Pero, al preguntarle cómo se contagiaron todos en la comunidad, enumeró una lista de factores: “a través del aire, de no mantener tu distancia, el lavado de manos, su mascarilla” (Paolo - Entrevista). Así, se consideran tanto las medidas occidentales en su mayoría, pero también el aire a partir de su relación con el frío, lo

cual fue explicado anteriormente. De este modo, ambas aproximaciones kukama y occidental son utilizadas al hilar sus respuestas.

Retornando a la licenciada, ella usa la palabra virus en ocasiones puntuales. En cambio, para describir su experiencia cotidiana en la comunidad durante la pandemia y específicamente respecto a los cuidados, en su mayoría simplemente usaba COVID/COVID-19, pero el sentido es el mismo.

“Alexandra: ¿Cómo eran las atenciones a los moradores que cuidaban?”

Nativi: Los familiares, los mismos familiares de casa [los cuidaban] como no eran pacientes de gravedad. Como el señor Julio, a él le cuidó su esposo, su nuera, su hijo. Todos ahí aglomerados porque todos decían ‘no será COVID’. Yo iba a verle, le ponía su mascarilla. ‘Tienen que ir con mascarilla, lavarse. probablemente vaya a ser COVID, no sabemos’, [les decía].” (Nativi, licenciada en enfermería - Entrevista)

En el caso de los moradores, pocos nombran al COVID-19 como virus y si lo hacen no lo repiten a lo largo de las entrevistas y conversaciones. Para precisar el significado de estas expresiones, se analizó los fragmentos específicos en las que aparecen. Algunos muestran que los moradores tienden a utilizar el término virus en el mismo sentido que enfermedad al narrar sus preguntas sobre cómo fue posible su llegada ante todas las prevenciones y, por otro lado, las acciones de los miembros de la comunidad para combatirla. Así, el significado de virus no se contrapone al de enfermedad, sino que puede ser usado como sinónimo con la connotación de agente externo que no pudo ser detenido. En el comentario de Hilda, ella distingue que si la transmisión hubiese dependido de una persona infectada, los cuidados desplegados en la comunidad hubieran evitado la dispersión de la enfermedad al impedir su entrada. No obstante, en contraposición a las personas, una enfermedad o virus no puede ser detenida. En el segundo fragmento, para Uber no hay distinción entre ambos términos. Ya sea enfermedad o virus su enfoque es la importancia que tuvieron las plantas medicinales para combatirlo.

“Pero así mismo [cuidándonos] ha llegado la enfermedad por acá. A la enfermedad no [la] vamos a poder detener. A las personas podemos detenerles, pero a la enfermedad [que] viene quizás, ¿cómo? Un virus que ya no se le puede detener uno.” (Hilda - Entrevista)

“Con [vegetales] lo hemos combatido a la enfermedad, al virus, con ajo sacha. Es una enfermedad diferente, te agarra más con fuerza. Nosotros tenemos medicinas naturales, eso empleamos para nuestra fiebre. La lancetilla es para la fiebre, la mucura es para el malestar del cuerpo, para curar los daños de las saladeras. Se lo disuelve

en el agua, menudea, se lo chapea y con eso se baña. Igual con el sachá ajo, se lo chapea, se lo toma y se baña.” (Uber - Entrevista).

Al revisar los testimonios, también existen momentos en los que ambas nociones conviven. Al preguntarle a Rusbel sobre la llegada de la enfermedad, él responde resaltando los acuerdos comunitarios en vista de los contagios cada vez más cerca a la comunidad. Estos mismos le causan dificultad en comprender la llegada de la enfermedad a tal punto de que la comunidad estaba llena de esta. Para darle sentido a este hecho, da dos explicaciones de su arribo: el aire o una persona infectada que ingresó a la comunidad. Considerando que recalca al final no estar seguro de cuál habrá sido la razón, para Rusbel ambas son posibles respuestas que hacen referencia a dos nociones distintas: la personificación de la enfermedad y un virus como microorganismo infeccioso. Ahora bien, ambas son puestas en el mismo nivel explicativo, así que se puede acudir a cualquiera de estas o ambas al mismo tiempo para dar sentido a un tema tan importante.

“Nos hemos reunido todos al saber que ya está en Maypuco, pueblos cercanos. Para que no entre, hicimos una reunión, “señores, vamos a formar un grupo de 20”. De esas 20 personas vamos a hacer turnos: 2 por día, 2 por noche y no dejar ingresar ni un bote, ni una lancha que atraque en el pueblo para estar puro nosotros, la población y así evitar contagio por el COVID. Pero, no te puedo decir y no puedo explicarme de cómo ha llegado. No puedo explicarme cómo ha llegado si nosotros estábamos cuidándonos. Sin embargo, no nos hemos dado cuenta y la enfermedad lleneceita. Será por aire o alguna persona ha venido ya con ese virus a la comunidad. No te pudiera decir.” (Rusbel - Entrevista).

¿Cómo es posible que ambas nociones convivan? Para responder a esta pregunta primero es necesario notar que esta no ha sido la única ocasión en la única vez que así sucede. Berjón y Cadenas (2020b) notan que el término kukama *mutsana* se define como medicina tradicional y farmacéutica. Consideran que ambas están en igualdad de condiciones dado que, dependiendo del caso y las circunstancias, se puede consultar solo una, primero una y después otra o ambas al mismo tiempo.

Un ejemplo claro de esto se visibiliza en la labor de los promotores de salud en el Bajo Marañón a partir de la experiencia de las parroquias rurales del Vicariato de Iquitos. Lozano (2020) reflexiona sobre la importancia en los años 80 y 90 de estas figuras cuya tarea no solo correspondía en atender casos puntuales de accidentes, enfermedades u otros, sino en la prevención de las principales enfermedades, lo cual fue clave en la epidemia del cólera. Particularmente, estos realizaban sus labores sin

dejar de lado su visión kukama: “sin renunciar a la medicina tradicional, hicieron de la medicina occidental. Porque no se trataba de sustituir una medicina por otra, sino de sumar la una a la otra.” (p. 68). En vista de esta trayectoria con los conceptos, de forma similar, en el caso de Nueva Santa Rosa hablar del COVID-19 no se limita en o bien como persona o como virus. Por lo contrario, los moradores tienen la posibilidad de hablar del COVID-19 como persona y como virus, ambas nociones se suman en conjunto.

En ese sentido, además de la larga presencia de los promotores de salud, un factor que ha influenciado recientemente en alimentar esta convivencia es el puesto de salud y la articulación con el módulo de salud de Cuninico. Si bien el punto más cercano de acceso a salud solía ser Maypuco, la cercanía a estos servicios genera una mayor convivencia con la visión occidental del COVID-19. Esto también se visibiliza en el hecho de que un morador que realizó sus estudios técnicos en enfermería asumió el cargo de técnico en el puesto de la comunidad. De tal modo, se van trazando más relaciones que concluyen en el punto de sumar a dar explicaciones sobre las vivencias en la pandemia.

Un testimonio más que permite observar esta convivencia es el de Ruber. Al indagar en cómo se sabía si alguien se encontraba enfermo de COVID-19, por un lado, responde que los doctores lo confirmaban a partir de las pruebas rápidas. Por otro lado, también está la lógica de contagios sucesivos en los que uno por uno iba viéndose los mismos síntomas que pertenecían al COVID-19. Pero, también se agrega las acciones de ataque por parte de la enfermedad cuando agarraba a una persona.

“Alexandra: ¿Cómo se sabía si alguien estaba enfermo de COVID?”

Ruber: Claro porque te decía porque a veces cuando una persona venía, a veces venían enfermeros, doctores, a sacar análisis. Decían es COVID [...] Otra persona también caía, “el síntoma”, decían. Como uno se tenía, tenía otra persona, de esa manera ese es el COVID. Cuando te agarraba dolor de cabeza, huesos, no probabas el gusto de la comida. No olías nada.” (Ruber- Entrevista).

A partir de lo relatado, en cuanto a los límites entre la perspectiva kukama de la enfermedad y la occidental de virus; en primer lugar, los moradores pueden moverse entre ambos. De hecho, algunos muestran haber entendido el discurso de la biomedicina sobre el virus al expresarlo con sus propias palabras y, principalmente, al

analizar su experiencia y los hechos en la comunidad desde este punto. No obstante, la perspectiva kukama que tiende a tomar el protagonismo en sus testimonios también es un marco clave al darle sentido a sus vivencias respecto al COVID-19. Ante un panorama pandémico de muchas dudas y necesidad de respuestas, el abanico de posibilidades para comprender la enfermedad está abierto. De tal modo, ambas nociones pueden convivir en diversas formas planteando una línea ambigua entre los límites de ambas aproximaciones.

3.4. Balance del capítulo

El presente capítulo es un recuento de experiencias pasadas y recientes para hacer sentido a la complejidad que comprende una nueva enfermedad. Por lo expuesto, un primer punto es que las enfermedades han sido tema de preocupación de acuerdo con la historia de estas en el Bajo Marañón. Dentro de las memorias de epidemias resaltan la viruela negra y el cólera como peligrosas y contagiosas, las cuales aparecen como parte de relatos y experiencias de familiares. La primera es parte de la memoria de los antepasados, mientras que la segunda con el tiempo se volvió controlable y escasa. En relación con enfermedades recurrentes, la malaria y el dengue comparten la premisa de que el agua trae enfermedades. Secundariamente, están la tosferina y el sarampión que afectan mayormente a los niños. Además, el contexto de acceso a salud era limitado por la distancia hasta el centro de salud más cercano que de por sí era un riesgo para el propio enfermo. Era visto que la salud dependía de la disponibilidad de dinero para movilizarse, atenderse y sustentar los gastos durante la visita. En las familias, esta situación implicaba planear estrategias ante los recursos limitados. La última enfermedad descrita es una de las más peligrosas relacionada con la brujería: la mordedura de una serpiente venenosa. Encontrarse con una serpiente requiere de una serie de acciones para evitar futuros peligros, o en caso de una mordedura, cuidados para asegurar la vida de la persona afectada. Dichos cuidados no solo comprenden el aislamiento de la persona, sino también a las demás personas, familiares o vecinos hasta que el peligro desaparezca. Las enfermedades abordadas muestran que la noción del aislamiento era una práctica conocida, el rechazo a los hospitales y el repertorio de medicinas. Las curas para las enfermedades apelan a la medicina vegetal y a la medicina farmacéutica.

El segundo punto sobre enfermedades corresponde a la persecución de estas a raíz de los derrames de petróleo. El año 2014 la vida que conocían en la comunidad cambió totalmente. En relación con los cuerpos de los moradores, el agua, la comida y, en general, la cotidianidad de vivir en un ambiente contaminado generó diarrea, dolor de estómago, fiebre, vómito, comezones, manchas en la piel. En palabras de los moradores, en comparación con el COVID-19, esta última es más fuerte que las anteriores. Se cataloga de peligrosa, así como lo fueron otras enfermedades en el pasado y más aún sin acceso a tratamiento. Los síntomas se asemejan un poco a la malaria, pero también tiene una sintomatología específica que la diferencia. En vista del contexto de pandemia, se percibe al COVID-19 como una enfermedad común que se quedará al igual que las anteriores.

El tercer punto parte de la abundancia de diferentes historias entre los moradores para explicar la llegada del COVID-19. Una aparente gripe que se tornó en algo más implicó un proceso complejo de familiarizarse con la enfermedad. Si bien la premisa aceptada era el contagio general descrito como fuerte, peligroso y violento; las acciones de cuidado de cierre de la comunidad y vigilancia hacían incomprensible su llegada. La línea de división entre la certeza y sospecha de estar infectados era muy delgada. Se plantea que la certeza de haberse contagiado llega de la mano de pruebas rápidas, pero en sus propias experiencias de enfermedad había indicadores que permitían sospechar como síntomas fácilmente reconocibles de pérdida de olfato y de gusto o la confirmación de una persona clave infectada. Los moradores de la comunidad sospechaban de estar contagiados y la falta de pruebas impedía aplicar reorientar las acciones de prevención a acciones de control. Sin embargo, un hecho distintivo es que el contagio colectivo; es decir, que casi todos hayan tenido la experiencia de estar enfermos, anuló el estigma posterior a la recuperación.

El hecho con menos dudas es la figura del primer caso. El apu había estado de viaje en Iquitos y, a su regreso, presentaba síntomas que lo convertían en un actor sospechoso. Cabe decir que la aceptación de este hecho tampoco fue instantánea por parte de la propia autoridad. Sin embargo, las evidencias de los contagios posteriores de personas cercanas a él aumentaron el miedo sobre la probabilidad de que la enfermedad ya hubiera llegado a la comunidad. A pesar de que también hubo otras personas que retornaron de la ciudad posteriormente, estas no son el foco principal. Pero, estas últimas expresaban su preocupación ante los temores de ser aislados. A

pesar de haber un primer caso, la pregunta principal seguía siendo cómo ha entrado la enfermedad. Si históricamente las enfermedades han sido foráneas, la ausencia de un extraño necesitaba explicaciones. Es así como lo complejo era explicado a partir de recursos como el aire y la noche que involucran la relación entre las enfermedades y seres no humanos. Así como el agua traía enfermedades, en este caso el elemento era el aire como medio contaminante, pero también como factor que agravaba la enfermedad. En las experiencias de los moradores esta idea era abordada sobre la base del mal de aire, de agua y de montaña. La relación de la enfermedad con estos elementos también se vincula a seres no-humanos como el *yacuruna* o el *shapshico* quienes tienen el poder de hacer el mal a las personas; por ejemplo, a través del aire. Una segunda aproximación al aire es su relación con el frío y, por ende, la muerte. Esto se debe a que este elemento está asociado a la “primera tierra” y el aire también es conocido como el mal de los difuntos. Por otra parte, la enfermedad extranjera ataca silenciosamente en la noche: los moradores amanecían enfermos. La relación del COVID-19 con la noche se debe a que esta última es la hora en la que los seres no-humanos salen. El tiempo está invertido para ellos; la noche es el día. Tal como las historias de los pelacaras, las visitas nocturnas de seres no-humanos como una enfermedad son motivo de vigilancia, la cual es una práctica de cuidado anterior a la pandemia.

Finalmente, un aspecto clave que orienta las historias de las y los moradores es la ausencia de fallecidos. A diferencia de algunas comunidades vecinas y de las ciudades, hasta los casos más severos se recuperaron en Nueva Santa Rosa. Esto se debe a que, acorde con sus experiencias, la enfermedad tiene cura. Al igual que en las enfermedades mencionadas anteriormente, la cura para el COVID-19 hace referencia a medicina vegetal y la medicina farmacéutica. El repertorio medicinal varía en proporciones y recetas con una inclinación al primero, pero incluye ambos. Además, estar enfermo es descrito como un enfrentamiento contra el virus que se combate con medicinas donde los cuidados de sus familiares, los recursos y conocimientos disponibles fueron claves para protegerlos. Así, la ausencia de difuntos en la comunidad consolidó la imagen de una enfermedad controlable con los recursos descritos; sumado al hecho de desconocer inicialmente que era el COVID-19. Tan solo el hecho de imaginarse haber estado enfermos de COVID-19 aislados en la ciudad supone un peligro en sí mismo.

CAPÍTULO IV: Con la enfermedad viva en el cuerpo: experiencias de cuidado en pandemia

Antes de continuar con este capítulo, creo oportuno mencionar dos hechos que resaltaron en el trabajo de campo. En primer lugar, era curioso que, en las conversaciones con los moradores, cuando abordamos sus experiencias de contagios, se asumió que yo también lo había estado. Por lo que, causaba desconcierto cuando respondía que no. Esto era un indicador de cuán asentada estaba la idea de un contagio colectivo de “todos contagiados” alimentada por sus experiencias y por el imaginario acerca de las ciudades que desarrollé en el capítulo anterior.

En segundo lugar, mi presencia en campo también fue leída a partir de un objeto: mi mascarilla. El hecho de portar una mascarilla podía ser leído no como una forma de cuidado a modo de prevención, sino como un indicador que estaba infectada. Para esto, considero relevante pensar este objeto no solo desde mi llegada a las comunidades del Bajo Marañón, sino a mi trayecto de viaje desde mi llegada a Iquitos. En relación con el impacto del coronavirus en Loreto, se afirma que este departamento fue un ensayo de inmunidad colectiva debido al contagio masivo de la población (Rivas, 2021). En Iquitos, los protocolos de bioseguridad eran escasos. En el centro de la ciudad estos eran más visibles en las farmacias, tiendas grandes, bancos y algunos restaurantes por su carácter obligatorio. Sin embargo, el distanciamiento y el control del protocolo desaparecían en espacios como los mercados y, en general, mientras uno se alejaba del centro de la ciudad. Lo normal era no usar mascarilla y quienes lo hacían resaltaban con este objeto. En el trayecto a Nauta para tomar un rápido a Cuninico era notable cómo la mascarilla tenía casi nula presencia. Era visible ocasionalmente en el puerto de Nauta y en el rápido no era obligatorio para los pasajeros, a pesar de que había algunos afiches que lo especificaban. En Cuninico el único espacio donde había mascarillas era en el colegio, algunos niños llevaban alcohol también. Finalmente, en Nueva Santa Rosa, estas aparecían por momentos de parte de trabajadores del campamento de desbroce o de algunos visitantes a la comunidad.

En esta parte, quiero destacar una conversación que tuve con una de las técnicas de Cuninico. Al verme con mi mascarilla, ella me indicó que ni ella usaba la

suya desde hace tiempo porque los moradores no percibían que ella la usaba para prevenir contagiarse, sino que era símbolo de que ella estaba infectada. Otra de las enfermeras recordaba que en la comunidad que trabajaba antes de llegar a Cuninico la mascarilla generaba temor, que los moradores señalaban de frente “esa persona tiene COVID”. A veces, ella se sentía en una encrucijada si usar o no, ya que también si no usaba le criticaban que no estaba dando el ejemplo.

Ambos hechos muestran cómo el flujo de experiencias de las personas son una parte fundamental para interpretar nuevos hechos. A menudo las narrativas están estrechamente relacionadas a distintas esferas de la experiencia que generan lecturas de ida y vuelta. Por tal motivo, en este capítulo, se prestará atención a las experiencias de cuidado durante la pandemia para examinar dichas vivencias incorporadas y comprender los significados de los cuerpos de los y las moradoras. Las conversaciones y entrevistas de este capítulo están atravesadas por la protección de la comunidad; por el calor y el frío; por las preocupaciones y por una variedad de nombres de *vegetales* y medicamentos. Fue muy importante poder hablar con personal de salud para ampliar las miradas acerca de los eventos recientes, pero también de la situación del tópico de salud desde antes de la pandemia y la relación del personal con los y las moradoras. Las narrativas se entienden como un relato inicial e interpretado de eventos a partir de los cuales se da sentido a lo vivido. El contexto de narración continúa siendo el de una pandemia, pero con un tono diferente al que vivieron el año 2020. En estas narrativas a veces las fechas no están del todo claras, pero sí lo están los recuerdos y sentires.

A continuación, en primer lugar, se abordarán las medidas de prevención de contagios que acordó la comunidad de Nueva Santa Rosa. En segundo lugar, se describirá la sintomatología de los casos de contagios en relación con la presencia de la enfermedad viva en el cuerpo. En tercer lugar, se verá las relaciones trazadas a partir de las experiencias de cuidados que incluye la forma en que dichas redes respondieron y que se transformaron en experiencias de curación con la farmacia y los *vegetales*. Por último, en relación con lo que viene posterior de la enfermedad se señalará las recuperaciones, recaídas y secuelas de esta.

4.1. Medidas de prevención de contagios en la comunidad

En relación a tener cuidado con las personas extrañas, la primera acción de cuidado fue la vigilancia. Es importante recordar que esta medida se decidió considerando que el COVID-19 aún no estaba en la comunidad. El 19 de marzo de 2020; las autoridades, el apu, el teniente y el agente municipal, llaman a una asamblea en el colegio. Había preocupación por las noticias acerca del COVID-19. Se mencionó que venía con los pasajeros de fuera que atracaban sus lanchas. Reconocían que varias personas visitaban el pueblo, sobre todo de comunidades aledañas que podían “dejar la enfermedad”; por ejemplo, comerciantes pequeños que están en constante movimiento en sus lanchas. Así que se decidió organizar la vigilancia de la comunidad prohibiendo el ingreso de extraños, ya sea personas de otras comunidades o que venían de las ciudades. De igual modo, los moradores no debían ir a la ciudad, caseríos o visitar a sus familiares fuera de la comunidad. El propósito de esta medida era prevenir los contagios masivos. En este punto, cabe resaltar que hubo una fuerte orientación del cuidado respecto a lo relacionado a lo externo.

Como se describe, esto partió de las autoridades con la idea de hacer el Comando COVID Santa Rosa encabezado por el apu. Con esta iniciativa, ellos comunicaron su propuesta a las autoridades Maypuco. Después, el alcalde, el juez, la gobernación y el comisario de la policía de Maypuco les hicieron juramentar, pero bajo el nombre de junta vecinal. Estos últimos estaban organizados como comando distrital. Así, de acuerdo al registro de dicha reunión, se conformó la directiva de la junta vecinal con el objetivo de “el cuidado y bienestar en la comunidad, también para contrarrestar la enfermedad de COVID-19”. En dicho documento se prohibió también la venta e ingesta de licores. El vendedor de alcohol será castigado por 12 horas y el consumidor 6 horas. En la asamblea, convocaron a quienes conformarían el comité de vigilancia día y noche. Algunos otros nombres con que se denomina a los vigilantes son policías comunales, varayas o ronderos. Las cifras varían sobre cuántas personas vigilaban, pero en promedio se menciona que había entre 2-3 en el día y 2-4 en la noche. Asimismo, se restringió la venta de gasolina para evitar las salidas de los moradores.

Para reforzar el cuidado, había un letrero cerca a la cancha que da al puerto que decía “se prohíbe el ingreso de personas no autorizadas, personas ajenas, dentro

de la comunidad". Si alguien quería ingresar, quien estaba de turno respondía que estaban en cuarentena y preguntaba qué quería o con quién quería hablar. Sin dejarle subir a la comunidad, se traía a la persona que buscaba. El visitante conversaba desde su embarcación y el morador desde tierra.

"Ellos cuidaban. Uno cuidaba arriba, otro por este lado. Miraba un bote que está queriendo acercarse "vamos a ir a su encuentro a preguntarle". "Amigo, por favor, ¿qué deseas?", "deseo tal cosa", "está prohibido el ingreso". Si te acercas de ahí nomás puedes decir. Han puesto [un] letrero en el puerto principal. Han puesto [un] letrero más arriba que no podemos [permitir] gente de otras partes ingresar a la comunidad. (Lucy - Entrevista).

Además, quienes recibían mercadería para sus bodegas o recibían algún paquete, debían recogerlos fuera de la comunidad. Cuando estos salían de la embarcación los fumigaban con ace, lejía y agua. Luego, algunos usaban alcohol para agarrar los productos con guantes que pedían al tóxico. Esta desinfección con ace y lejía también la utilizaban en la tienda principal con el dinero.

Si bien la tarea principal de los vigilantes estaba orientada a no permitir el ingreso de personas extrañas, estos también secundariamente estaban pendientes de que no hubiese reuniones en las viviendas, fiestas, consumiendo licores. Cabe agregar que se dispuso un toque de queda. Solo estaba permitido estar fuera de casa hasta las 8:00 pm. A lo largo de la cuarentena de la comunidad, solo 4 personas desacataron los acuerdos.

Esta vigilancia supuso cambios en los trabajos comunales, denominados mutuales. Estos consisten en trabajos en la chacra de roza, cultivo o desbroce, que usualmente se realizan 2 veces al mes. Sin embargo, estos se suspendieron a fin de priorizar los cuidados a través de la vigilancia. Consideraban que, si una persona acudía a su mutual, no podría acudir a su turno de vigilancia. En consecuencia, esto hacía posible que una persona ingrese a la comunidad. Una de las moradoras cuenta que un par de veces llegó un bote lleno de gente de otras comunidades y no hubo nadie debido a los mutuales. Por lo que, se decidió que se dedicarían comunalmente a cuidar el pueblo para evitar que la enfermedad entrara.

Dentro de las medidas de control, las comunidades de la zona estuvieron en coordinación unas con otras. En el caso de Nueva Santa Rosa, estuvo en comunicación con Nueva Alianza, Monterrico, Urarinas, Cuninico, San Francisco,

Nueva Esperanza y Maypuco. Entre las autoridades se reportaron el cierre de sus comunidades y, posteriormente, la presencia de casos. Por ejemplo, se reportó cuando hubo 3 infectados en Nueva Santa Rosa. Esto era útil para reforzar tener cuidado con el ingreso de una persona de la comunidad donde se había reportado contagios.

¿Qué sucedía con los moradores que retornaban a la comunidad o familiares que venían de visita? Debían esperar y hacer su propia cuarentena entre 15-20 días en un tambo o donde estuviesen cómodos, pero fuera de la comunidad. Por lo general, se prefería hacer cuarentena en su chacra, ya que podían seguir trabajando. Uno de los moradores describe entre risas la situación al dejarles la comida cuando se encontraban en cuarentena.

“Cuando se iban a dar sus víveres, sus alimentos, ¿qué hacíamos? Dejábamos así nomás lejos así ya hecho, venían a hacerles subir. Ni podías comer con tu familia Teníamos miedo, señorita, del COVID. Dejábamos así en el barranco nomás. Eso le hacían subir. Parece que le odiábamos a la familia.” (Rubel - Entrevista)

Debido a los protocolos de distancia y a los temores de la enfermedad: se acercaban, dejaban la comida y se retiraban. Los familiares luego se acercaban y subían los alimentos. Es relevante notar la preocupación por la imposibilidad de comer juntos. La sociabilidad amazónica propone la consustancialidad; es decir, la noción de compartir la misma sustancia se ubica en el cuerpo. Esta no es una relación predeterminada, sino que se produce a partir de los actos sociales como compartir los alimentos (Gow, 1991; Vilaça, 2002). En ese sentido, este acto de distancia debido a las prevenciones por la pandemia resultaba extraño solo proporcionarles la comida a sus parientes y no compartir. Cuando cumplían su cuarentena recién los visitaba el teniente o el apu para observar si tenía síntomas de esa enfermedad. Si no presentaba síntomas, entraba a casa.

En la Amazonía, los partidos de fútbol son espacios de encuentro social que permiten trazar relaciones intra e intercomunitarias (Schweitzer de Palacios, 2008; Espinosa, 2020). Nueva Santa Rosa no era una excepción. Estos eran espacios de reunión en las tardes y mayormente los fines de semana. Por lo que, en vista del protocolo de distanciamiento, otra de las medidas fue la prohibición de partidos; no solo de fútbol, sino también de vóley. Asimismo, se suspendieron las asambleas, salvo que hubiese algún asunto de urgencia. En ese caso, en lugar de hacerlas en el colegio,

se hacían al aire libre en la cancha. Otras reuniones como el Vaso de Leche se realizaban públicamente.

Para cuidarse en sus hogares, por un lado, se señala que evitaban recibir a personas en casa y no salir más de lo necesario. Si se sabía que cierta persona estaba con fiebre, no debías “salir a mirarle” porque, en esa visita, te encuentras con dicha fiebre, pasaba una semana y te enfermabas. Se optaba por permanecer en casa, ir a su chacra. Asimismo, se comentaba que no era recomendable dormir juntos, ni tener relaciones sexuales. Uno de los moradores menciona entre risas que ni con su esposa dormía. Debían saludarse de lejos, conversar con distancia de 3 a 4 metros y practicar el lavado de manos. Sobre este último, se instaló momentáneamente un lavadero a la entrada del tópic. En resumen, algunos describen que estaban separados, alejados, distanciados, “vivían escondidos”. En palabras de Rubel, “todos nos cuidábamos, ya ni nos conocíamos”. Nuevamente, el no contacto ponía en tensión los vínculos entre las personas, les convertía en extraños.

Por otro lado, después de describir el “deber ser” de los cuidados en la comunidad, al preguntarles sobre sus experiencias alrededor de dichos cuidados de prevención; algunos moradores primero aclaraban que serían honestos en su experiencia en tanto las medidas que seguían y las que no. Por ejemplo, hubo excepciones a estos protocolos: después de retornar del hospital de Iquitos, Cleyder y Guisella no realizaron una cuarentena fuera de la comunidad, sino en casa, ya que recientemente ella había dado a luz en el hospital. Así, algunos reconocen que la pandemia no supuso mayor cambio en sus rutinas familiares, a diferencia del aislamiento en las ciudades. En ese sentido, si bien la comunidad desplegó varias medidas para protegerse del COVID-19, su aplicación fue variable de acuerdo con las condiciones de las familias y la temporalidad. Es así que la sostenibilidad de la política de aislamiento y las otras medidas secundarias entraban en tensión con la vida en la comunidad.

“Las familias no hemos hecho nada, así para ser honesto, todo ha estado normal en la comunidad, salían a bañarse a sus trabajos, pero sí las clases se suspendieron, reuniones se suspendieron, pero en sí la salida eso sí normal íbamos. Como algunos también por duda no salían, ni siquiera iban a visitar a la familia, pero algunos que otra vez no nos aguantábamos íbamos fin de semana, ya nos íbamos a visitar a la familia, pero de que han estado encerrado como en la ciudad aislados todos ahí no. Eso no se ha empleado en esta comunidad.” (Guido - Entrevista).

Cabe destacar que la práctica de aislamiento despertaba recuerdos de la epidemia del cólera de la década de 1990, ya que si uno se acercaba al enfermo se contagia: “El cólera aparentemente era una enfermedad contagiosa que donde estaba, tú no podías acercarte [a quien estaba enfermo] porque si te acercaba[s], no demoraba ni 24 horas ya estabas contagiado de eso” (Guido - Entrevista). Si bien las medidas de prevención conocidas del cólera son el lavado de manos frecuente y tomar agua hervida o desinfectada; dada la agencia de la enfermedad, aproximarse a esta al visitar a un enfermo significa un contagio rápido con efectos rápidos. No obstante, en el caso del COVID-19, no había dicho aislamiento o distanciamiento precisamente debido a que era difícil identificar que alguien estaba contagiado de dicha enfermedad. Así, se reconoce que este aspecto pudo haber sido mejor abordado por la comunidad de haber sabido que la enfermedad ya estaba dentro.

“Sorprendentemente pues nos acercábamos más porque si hubiéramos sabido que eso era pues, cuánto más no[s] hubiésemos alejado de un enfermo. Pucha, si hubiéramos sabido, aunque sea al enfermito con un palito le hubiésemos alcanzado su pomada, su comida y así le hubiésemos recogido porque sabíamos que era tan contagiosa, pero este del COVID no nos dimos cuenta y estaba más cerca que otra cosa de nuestros enfermos.” (Guido - Entrevista)

Resulta interesante el hecho de que cuando abordaba la pregunta de las medidas de prevención de contagios en la comunidad, señalar el uso de mascarillas no era un acto inmediato en la mayoría de veces, a no ser que específicamente preguntase por estas. Así como el distanciamiento, el uso de mascarillas que eran parte del protocolo estatal no eran obligatorios, el apu había propuesto en la reunión del 19 de marzo que lo fuera. Sin embargo, se rechazó debido a la incomodidad de hablar con mascarillas, salvo si los moradores salían de la comunidad; por ejemplo, quienes iban a cobrar el programa Juntos a Maypuco, Pensión 65 en Nueva Alianza o los bonos económicos a raíz de la pandemia. De tal modo, los protocolos de distanciamiento y de mascarillas eran medidas orientadas para afuera de la comunidad frente a personas extrañas.

Antes de recibir mascarillas, pocas personas hicieron mascarillas de tela por su cuenta o compraron las suyas. En abril, la licenciada repartió casa por casa mascarillas reutilizables, una mascarilla por cada miembro de la casa. Sin embargo, para algunos moradores dicha entrega fue tardía si se considera que la cuarentena empezó en marzo: “Nos han dado. Después cuando hemos pasado todo, la muerte,

nos han venido a dar recién las mascarillas”. Nótese cuán peligrosa se percibía a la enfermedad al comparar su paso con el paso de la muerte. En ese sentido, estaban familiarizados con mascarillas quirúrgicas descartables y reutilizables. Cabe agregar que ante otros modelos de mascarilla sobre los cuales los moradores no estaban habituados. Durante la primera dosis de vacunación, los primeros en vacunarse recibieron mascarillas KN 95. Estos tuvieron dificultad para saber cómo usarla adecuadamente, así que les ayudé.

Figura 6. Mascarillas guardadas en la casa de Rómulo y Alicia



Fuente: Elaboración propia

Sin embargo, el uso de mascarillas no era tan cotidiano. Cuando uno se sentía enfermo, se ponía la mascarilla e iba a tenderse al tóxico. Sin mascarilla no era atendido. Esto sucedió de igual modo en la bodega. No obstante, las personas no estaban acostumbradas a usar las mascarillas continuamente, eran situaciones ocasionales. Como se mencionó, para ser atendido en el tóxico era indispensable el uso de mascarillas, pero salían del tóxico y dejaban de usar las mascarillas. Esta confianza era reforzada debido a la ausencia de sintomatología.

¿Cuándo y por qué se suspendieron las medidas de cuidado en Nueva Santa Rosa? Después de la visita de DIRESA para realizar las pruebas rápidas, las y los

moradores que el COVID-19 había estado en la comunidad todo ese tiempo. Casi todos habían tenido esa enfermedad, hasta los mismos vigilantes habían salido positivos. Al confirmarse que, a pesar de los cuidados dispuestos por la comunidad, las enfermedades igual llegaron. Entonces, se preguntaban a sí mismos ¿qué estamos cuidando? Así, se optó por concluir la vigilancia y las demás medidas señaladas. El cuidado se trasladó a un asunto personal. Ante la cuestión de si podían volver a enfermarse, esto fue influenciado porque ningún morador falleció: “nos hemos enfermado y no hemos muerto y si volvemos a enfermarnos tampoco vamos a morir”. La percepción de la imposibilidad de controlar la entrada del coronavirus a pesar de las precauciones y la confianza ante la recuperación de la comunidad después del contagio significó el fin de la vigilancia comunal. Carecía de sentido continuar protegiendo, cuando este había sobrepasado la medida de cuidado principal. Después de esta decisión, no han vuelto a organizarse hasta la fecha para impedir la salida o ingreso a la comunidad.

“Nos dimos sogas sueltas, nos hemos desorganizado, ¿cómo vamos a controlar si ya estábamos todos embarcados en el mismo barco? La idea era controlar si no hubiéramos tenido enfermos, pero si ya estábamos con los enfermos en la población teníamos que dar soltura y poner a la voluntad de Dios, el que se salva se salva porque ya no podíamos controlar. Todos.” (Rusbel - Entrevista).

A continuación, la siguiente línea de tiempo resume los cuidados mencionados durante el 2020:

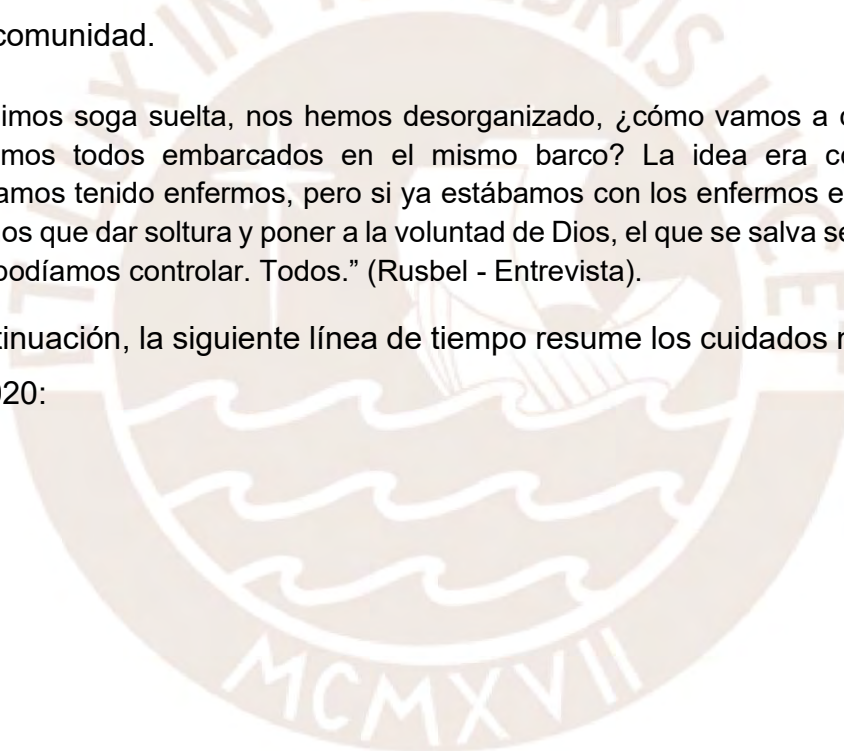
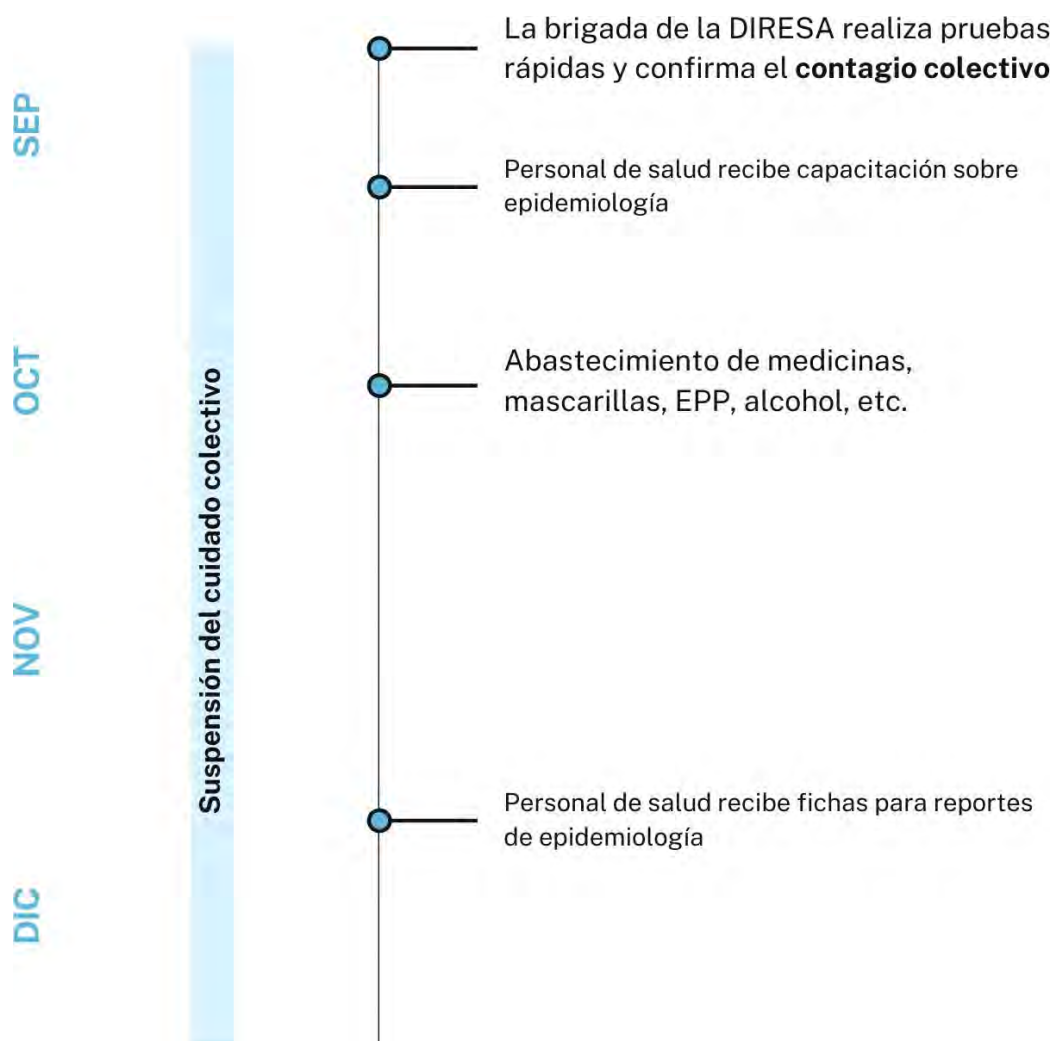


Gráfico 5. Línea de tiempo





Fuente: Elaboración propia

4.2. Sintomatología de contagios

Describir la sintomatología de la enfermedad parte de resaltar la duda de si estaban contagiados de COVID-19. Así, las experiencias primero eran elaboradas desde la incertidumbre y la sospecha. Para los moradores había contradicciones entre los síntomas que desarrollaron y el imaginario de una enfermedad mortal que no se los estaba “llevando”. Es por eso que una de las estrategias compartidas ante el peligro era la negación de que tenían dicha enfermedad. Era una negación necesaria para poder lidiar con síntomas que causaban desconcierto, temor y la escasez de medicamentos en el tópic. Guido, por ejemplo, estaba en duda constante sobre si estaban infectados:

“Ya era la duda porque nosotros hubo en la noticia. Cuando nosotros estábamos enfermos no nos venía apetito de comer y el olor no lo sentíamos. Cuando veíamos los síntomas del COVID, “uy este es COVID”, le decía a mi esposa. Es idéntico a eso, pero de ahí conversábamos con alguien y “eso no es COVID, es una enfermedad normal”. Entonces está bien, pero qué raro. Esta gripe nos dejó sin poder oler, ni probar el sabor de la comida. Pero, “¿no miran igualito síntoma que es el COVID?, ¿no sospecha?”. Puede ser, pero es tan mortal que ya hubiéramos muerto. Entonces, sí sospechábamos, pero no con certeza. No sabíamos qué era eso. Después nuestras sospechas sí dieron positivas.” (Guido - Entrevista)

Considerando que los cuerpos están en un permanente estado de inestabilidad, más aún al estar enfermos (Taylor, 1998; Vilaça, 2005); el hecho de pensar que uno estaba contagiado de COVID-19, y lo que supuestamente implicaba, podía provocar efectos más negativos. Para Rubel, tan solo el pensamiento de estar enfermos de dicha enfermedad hacía mal: “El pensar mismo de pensar te mueres, ese es tu pensamiento o te da” (Entrevista). Al final, hasta una gripe fuerte era más fácil de sobrellevar que la enfermedad que mataba. A pesar de las sospechas, desplegar esta estrategia significó llevar, en ese momento, la posible enfermedad peligrosa al terreno de lo familiar como una gripe y, por lo tanto, hacerla manejable.

“Yo estaba enfermo, pero de antemano que me sentía mal no podía saber si era eso porque no nos ha sacado nuestros análisis. Primero ha caído él [mi marido], yo le hacía broma. Fiebre, dolor de cuerpo, abdominal, así broma, “vas a enfermar tú también [de COVID-19]”. El levantándose, yo cayendo. ¿Qué he hecho yo? Me he ido a la posta, me he puesto mi ampolla, pero pensaba “es el COVID, no creo que sea el COVID”. Le miraba en la noticia, la gente en el hospital. Ahí parados se les miraba que se morían, yo de mí “no es COVID, ¿cómo a mí no me mata?”, decía yo. Total, resumir cuentas, estábamos con eso nosotros.” (Lucy - Entrevista)

De igual modo, las historias de los y las moradoras muestran un énfasis notorio en usar el término “agarrar”, el cual hace referencia a la agencia de la enfermedad y su capacidad de penetrar el cuerpo. Yajahuanca, Diniz y Cabral (2015) mencionan que dos categorías kukamas importantes para conceptualizar la salud y la enfermedad son *kutipa* e *ikaro* que se refieren a conceptos del bien y mal respectivamente. *Kutipa* representa la influencia de los espíritus de los animales, plantas e individuos sobre las personas más débiles, es algo que penetra en el cuerpo, que enajena, causando daño y enfermedad (p. 2840). Este término “agarrar” no es solo propio del COVID-19, sino en general utilizado al hablar de enfermedades. Otras palabras utilizadas para describir las acciones de las enfermedades fueron “te prenden” o “te chocas”. En caso

de síntomas leves que posteriormente se tornaron graves, la enfermedad primero agarró despacio y, luego fuerte.

La enfermedad y los malestares propios de esta se ubican al exterior de uno, están a la espera de agarrarte y entrar a tu cuerpo. Debido a los síntomas que presentaron se señala que el coronavirus agarra más fuerte que otras enfermedades. Algunos de los momentos claves en que a los moradores les agarró eran cuando no estaban cuidándose; por ejemplo, al tomar una bebida helada, o en la noche cuando la enfermedad caminaba. Otras expresiones no apuntan directamente a la enfermedad, sino que los síntomas de esta eran las que les agarraron.

“En la noche, señorita, una fiebrza me agarró, fiebre, dolor de cabeza, no le aguantaba, me partía la cabeza.” (Alicia C. - Entrevista).

“Yo como me fui de viaje a Iquitos allá me dio porque he tomado un poco de vaso de refresco helado, de repente ahí me agarró.” (Alicia Q. - Entrevista).

“Al principio nosotros lo temíamos. Teníamos miedo por la noticia que sabíamos que te agarra la enfermedad del COVID y que está matando.” (ISV - Entrevista).

“Decían es COVID, otra persona también caía, el síntoma decía. Como uno se tenía, tenía otra persona, de esa manera ese es el COVID. Cuando te agarraba dolor de cabeza, huesos, no probabas el gusto de la comida. No olías nada.” (Rubel - Entrevista).

Para los pueblos indígenas, la enfermedad forma parte de un continuum que desemboca en la muerte, por lo que se presentan dos procesos: la desfamiliarización con los humanos y la familiarización con los agresores (Berjón y Cadenas, 2018). Por eso, el coronavirus fue experimentado como un actor que afectaba directamente sus cuerpos. El dolor de huesos era el virus comiéndoselos o quebrándolos. Si tenían dificultades para respirar era porque el virus les quería cerrar la respiración, “tus pulmones se comen”, “los jalaba”, “lo torcía” o “quería romperlos”. De tal modo, los malestares se traducían en acciones del COVID-19. Es importante notar la forma en que dichas acciones se describen. Las acciones de la enfermedad no son vistas como simples analogías de frases para expresar los malestares. Es decir, no se dice “es como si el COVID-19 quebraba los huesos”, sino que precisamente parecía que el este estaba intentando quebrarlos.

“Para mí, para que me dé a mí me ha dado una gripe. De ahí se ha ido empeorando hasta que no podía ni trabajar. Mi hueso parecía que [le] quebraba, mi cabeza. A la

semana no podía respirar. Mi pulmón parece que me jalaba, me agarraba cuando [tosía].” (Rubel - Entrevista).

Al revisar los tres casos principales más severos y próximos a la muerte, la gravedad de los síntomas está estrechamente vinculada al frío; específicamente, a la caída de una garúa y a tomar una bebida helada. Estas situaciones hicieron que síntomas leves se transformaran en severos. En primer lugar, Julio desconocía que estaba enfermo de COVID-19. Para él, era una gripe simple, así que continuaba con normalidad sus actividades en la chacra. Sin embargo, después de una garúa, no podía ni salir de casa. Tuvo fiebre interior que se diferencia de una fiebre común. Con la fiebre interior no parece que uno realmente tuviera fiebre, es una fiebre lenta. Aparentemente estás bien, pero estás enfermo. Además, su cuerpo estaba debilitado porque perdió el olfato y no comía. Días después, lo encontraron desmayado en su chacra de camino de retorno a su casa. Él había salido al baño y a medio camino le agarró un mareo. En su casa, la nuera de su pareja le preguntaba “¿dónde está Julio?”. No estaba en su cama, así que preocupados por Julio miran la huerta y lo encuentran echado, semejante a que estuviese muerto. Dos de sus hijos tuvieron que cargarlo. Había estado media hora desmayado que las hormigas estaban por su pelo.

A mí me ha empezado, señorita, yo como te digo, he ido, he estado ya en el cementerio. Yo me he desmayado y de ahí me han traído cargando. El COVID a mí me ha agarrado. No sabía, pues yo pensaba que era una enfermedad simple. Yo no le hacía caso, así sentía mi cuerpo. Me iba a mi chacra ahí abajo, trabajaba, no le hacía caso. me iba tempranito. Una fiebraza, no le hacía caso. Me ha dado una garuítita y no me he ido. Desde ese día no he podido irme a la chacra. Ya me he quedado aquí. Me ha empezado con fiebre interior, no he dado fiebre[s] altas, sino fiebre interior. Por dentro estaba la fiebre y la tos. De ahí me ha venido frío, frío, me hacía temblar. Me he ido a mi cama a cobijarme, eso es el COVID. [Tosía] seco, me quitaba la respiración. Así me agarró a mí. Eso me quitaba la respiración, no comía. 3, 4 días no he comido. No olía nada de comida. Ya pues me he ido al baño ya y de salida sin avisar a nadie que estoy yendo al baño. Calladito, para qué he hecho mis necesidades bien y cansado estoy. Veía que duele mi cabeza, veo oscuro, ya daba 2, 5 pasos y la debilidad. Ahí me he parado así. Para venir me he caído aquí nomás. Ya estaba como media hora que he salido, recién se dan cuenta que no he estado en mi cama. Echado, no podía levantarme. Recién se han dado cuenta, no estaba en mi cama. Han buscado y me han hallado bien.” (Julio - Entrevista)

De esa manera, Julio describe que le comenzó el COVID-19. Presentaba el síntoma de una fiebre alta que se agravó con la lluvia; es decir, el frío. Después del desmayo, él se levanta con la visita de la enfermera que le administró 2 sueros. Esta

última agrega que había vacunado a los ancianos contra el neumococo y dicha vacuna les protegió para disminuir el riesgo de mortalidad.

En segundo lugar, similar a Julio, Rómulo primero tuvo una gripe simple común. Así estuvo por dos días con síntomas leves de dolor de cabeza. Pasó en total una semana y los síntomas se agravaron de repente. Esto se debió a que Rómulo había salido por plátanos a su chacra y de regreso en la tarde le da una garúa. Dicha garúa fue suficiente para que esa noche tuviera una fiebre alta. Para él, recién en ese momento, le empezó el COVID-19. Sin embargo, en ese entonces él aún no lo sabía. Intentó combatirlo pensando que era una gripe simple y al cuarto día lo llevan a Cuninico cuando tenía dificultades en respirar. Por último, Alicia fue la primera de su casa en enfermarse, luego, sus hijos y su esposo. Sin embargo, solo presentaba una fiebre leve. Ella viaja a Nauta para cobrar su bono y, en esa visita a la ciudad, toma un vaso de refresco helado y enferma. Le dio una calentura en el pecho, la espalda y el corazón. Si intentaba respirar, sentía una fuerte comezón. Su cuerpo estaba “grueso”; es decir, “endormecido, engordado” que cuando se sentaba, no podía respirar.

Respecto a casos asintomáticos, Lucy señala que su hijo se enfermó. En la comunidad los moradores no señalaban casos de niños infectados graves, sino de gripes simples. Este último un día le decía que le ardía la nariz y el pecho, como si estuviera ahogándose. Ella le respondía que seguro era por estar mucho tiempo nadando. Le sobaba el pecho y le daba de tomar té de eucalipto. Cuando le hacen la prueba, el doctor llama a Lucy y le dice que no se asuste, pero su hijo había dado positivo. Sin embargo, era asintomático. Él era más peligroso porque “no le hace nada, pero está con el virus vivo en el cuerpo” (Entrevista). Le han dado 6 pastillas amargas para 3 días de tratamiento. En ese sentido, los casos asintomáticos eran cuerpos que ocultaban la presencia del virus. El virus también los había agarrado, pero esto no era evidente por la ausencia de síntomas visibles. Por eso, la referencia a casos asintomáticos aparece pocas veces y, si bien el doctor lo catalogó de peligroso, dicha afirmación no aparece en las historias de los y las moradoras. Por último, respecto a reincidencias en contagios, pocos moradores aseguraban haberse contagiado por segunda vez de acuerdo a sus síntomas; sin embargo, negaban que esto hubiera sido confirmado por alguna prueba. El primer contagio tendía a ser descrito como más

difícil que el segundo no solo por los síntomas, sino que la experiencia previa facilitaba identificarlos y saber cómo reaccionar ante estos.

En las narrativas es importante prestar atención al momento en que se construyen, ya que una persona puede involucrarse en el marco de referencia temporal que evoca a la misma, además que el tiempo da forma a estas y, en ese lapso, los hechos pueden verse resignificados (Ricoeur, 2006; Bruner, 2002; Ochs, 2006). En ese sentido, existen dos momentos para definir al COVID-19. En un primer punto, el rasgo común que comparten los casos fue afirmar que se trataba de una gripe simple o una gripe fuerte acorde a los síntomas iniciales y la ausencia de fallecidos mencionada en el capítulo previo. Sin embargo, en un segundo punto, la gravedad de los síntomas en los siguientes días, sobre todo en los casos más delicados, y el contexto de alerta ante la posibilidad de su llegada a la comunidad hizo sospechar que lo que se asumió como una gripe no era del todo así. Por lo tanto, apareció la cuestión de repreguntarse qué había ocurrido realmente y si sus sospechas de haber sido afectados por dicha enfermedad nueva eran correctas, lo cual se confirmó posteriormente con las pruebas rápidas.

4.3. Cuidados y cuidadores

“Unos levantaban, otros caían” era la dinámica alrededor de los cuidados. Esta sección explora el área gris en la distinción entre quienes cuidaban y quienes eran cuidados. Esto supone observar los roles, las estrategias y sentires de las redes de cuidado para responder ante lo que en sus primeras impresiones podría ser el COVID-19. En estas experiencias son descritas no solo de cuidado, sino de curación que se lograron gracias a la botica, los *vegetales* y las atenciones del personal de salud.

4.3.1. Respuestas de las redes de cuidado y sentires sobre una enfermedad vivida

De acuerdo con el diccionario, en kukama kukamiria, existen tres formas de utilizar el término cuidar. En primer lugar, *aipata* significa cuidar en el sentido de criar o “hacer crecer”. Este puede ser utilizado para hijos/personas, animales y plantas. En segundo lugar, *mainani* es cuidar en el sentido de proteger, aplicado a hijos/personas, animales y plantas. Esto está orientado a quienes no pueden valerse por sí mismos, como niños pequeños, ancianos o enfermos. En tercer lugar, *mimara* se refiere a criar,

domesticar, amansar en relación con animales y plantas pequeñas (Vallejos y Amías, 2015). Visto así, la definición que corresponde al cuidado de enfermos es *mainani*. Ante los ataques del virus a la comunidad, los moradores combaten la enfermedad. Cuidar es proteger.

Un aspecto complicado era el hecho de que los moradores usualmente tuvieron doble rol: cuidadores y enfermos. Primero se enfermaba un miembro de la casa y, luego los demás. Estos últimos se encargaban de atenderlo. Después, quien enfermaba primero y se recuperaba, tenía que cuidar a los demás o, incluso, había momentos en los que todos estaban enfermos a la par. Unos se recuperaban antes, mientras que otros podían empeorar. Cuando el hombre de la familia enfermaba, se menciona que “no había cabeza de hogar”. Esto era relevante ya que quienes proveían a la familia de alimentos era la figura masculina. Quienes tenían un poco de dinero ahorrado se abastecieron, pero algunos no podían solo descansar, así que aún enfermos salían a conseguir pescado, plátano, leña.

“Para mí era difícil. ¿Por qué? Porque yo era el eje de la casa, si yo paraba todo el día acá. ¿Quién iba a buscar un pescado, quién iba a buscar para comer, una leña, ver otra cosa? Para mí era difícil cuando yo veía enfermo a mis hijos, a mi mujer, ¿quién va a venir a decirme toma esto? Nadie, por eso, yo le decía para mí es complicado. tendido todos, todos enfermos. ¿Quién va a traer una leña? Nadie, para mí era complicado.” (Rubel - Entrevista).

Con su esposo enfermo, en la casa de Lucy no había quien fuera a la chacra. En este caso, ella tenía que cubrir las responsabilidades de su pareja, así que le pedía a su hijo de 10 años que la acompañara a la chacra. Iban por leña, a recoger plátano y poner trampas para cazar pescado para comer al día siguiente. Ella comenta que “si uno no se rebuscaba ¿quién nos iba a dar? Por eso tenía que andar con mi hijito para poder darle de comer al siguiente día a mis hijos. No había pescado ¿qué hacía? Cocinaba su plátano, hacía su tacacho con sus migajas para comer”.

Quienes cayeron enfermos graves casi al mismo tiempo no podían trabajar o hacer las tareas del hogar. Al permanecer en casa, no podían generar ingresos para la casa. Además, de que los moradores ya no veían a quienes estaban enfermos andar fuera de casa, un hecho que visibilizaba la gravedad de los síntomas era que sus chacras remontaban. En lo posible, sus familiares les brindaban un plato de comida, un pescado, un plátano. En el caso de Lizardo, cuando este tuvo que ser

trasladado a Maypuco, sus hermanos apoyaban con dinero a su esposa Carolina para que pudiese costear su estancia y comida mientras estaba allá.

En el caso de Hilda, al estar enferma poco tiempo, fue la cuidadora principal de su casa. Su esposo y sus hijos se enfermaron simultáneamente. Ella tuvo síntomas leves de dolor de cabeza y fiebre. Cuenta que estaba triste e intranquila porque su esposo era “el que busca” el pescado y el plátano. Si él estaba enfermo, ¿quién iba a buscar para la casa? Sobre todo, considerando que el pescado de la zona se consumía muy poco por la contaminación. Ella tenía que buscar a los vecinos para que le vendan un poco o también su cuñado y su mamá le ayudaban dándole un gajo de plátano hasta que se recuperara su esposo porque no podía andar en la garúa. Como ella enfermó levemente, asumió el cuidado de todos los demás. Era difícil atenderlos a todos a la par que tenía que lavar y cocinar. Su hija mayor cuidaba de su hija menor y eso le permitía hacer sus labores de la casa. Pero con ella también enferma no había suficiente ayuda, tenía que trabajar sola en la casa. Cuidar es un acto que requiere del recurso del tiempo. “Dar tiempo” de una persona significaba levantarse temprano, preparar los remedios, atenderles. Los días en que todos estaban enfermos al mismo tiempo, su rutina comenzaba con “hacer un esfuerzo” para levantarse, atenderlos y prepararles sus *vegetales*.

“Hacía un día que todos se han echado y me he tomado mi pastilla y me levanté. Yo siempre soy así. Me siento mal, me hecho un ratito y cuando ya me pasa me levanto. No me gusta estar ahí. Recién voy a cocinar. Después mi otra hijita llorando, tenía que atenderle. Cuidaba cuando estaban con la fiebre quejándose. Descansaba un poco, cuando se escuchaba que quejaban, me sentaba a verles.” (Hilda - Entrevista)

Así, Hilda les preparaba té de ajos con limón y un paracetamol. Cuando estaban con dolor de cabeza, les *chapeaba* la cabeza; es decir, les cubrían la cabeza con *vegetales* para *frescarles* o refrescarles y aliviar la calentura de la fiebre. Cabe notar que ellos no sabían que estaban infectados con COVID-19, así que los remedios que usaba eran los que usualmente utilizaría para una gripe. Por ejemplo, exprimir en una taza limón con una pizca de sal o tomar sacha ajo eran buenos para la gripe. Es decir, los tratamientos se utilizaban en relación con los síntomas que se iban identificando. Ella comenta que era medicina que conocían por la zona. Específicamente, su mamá le enseñó acerca de estas. Esta última le había dicho que para cuando tenga hijos, Hilda debía saber preparar estas. De igual modo, Alicia C. narra que para bajarle el dolor de cabeza a su pareja pelaba rodajas de toronja con las que *frescaba* su cabeza

y su pecho. En otras palabras, *frescar* bajaba la temperatura. También, en un envase separaba jugo de naranja y le echaba a su cuerpo.

Para los kukama kukamiria, el cuidado de la salud consiste en una forma de vida donde el conocimiento de las tradiciones de la medicina se conserva, se practica y se transmite (Yajahuanca, Diniz y Cabral, 2015, p. 2841). Al preguntarle la procedencia de esta receta ella dijo “mi mamá me curaba así. Me decía algún día cuando tengas tus hijos, maridos enfermos, cúrales. Eso he recordado de mi mamá”. Isabel también mencionó que ella había cuidado a sus hijos con “purito vegetal” porque su mamá la cuidaba a ella y a sus hermanos así; ella le enseñó. En ese sentido, los cuidados no parten solo de los actos, sino de los conocimientos compartidos e incorporados. El cuidar evoca los recuerdos personales de las moradoras que particularmente resaltan el rol de sus madres en sus aprendizajes de medicinas vegetales. Era aprender observándolas en vista de que ellas también en el futuro serían esposas y/o madres que debían atender a otras personas. Eso quiere decir que el cuidado no es aprendido simplemente como un autocuidado, sino está orientado a saber cuidar de otros.

Cabe notar que esto no quiere decir que los moradores hombres no supiesen de las medicinas vegetales. De hecho, ellos tenían claro el repertorio de *vegetales* a utilizar que los ayudó a mejorarse, ya sea para curarse a sí mismos o a los miembros de sus hogares, sobre todo cuando sus parejas eran quienes caían enfermas. Además, cuando sus parejas caían, eran ellos quienes debían asumir las labores del hogar a la par que cuidaban de ellas.

“Mi marido [me cuidaba], venía *frescar* mi cabeza. Me decía vamos a hacer tu fresco, la malva, la lancetilla. Esas son plantas medicinales que cuando estás con fiebre te haces un fresco con toronja. Te *chapeas*, te *frescas*. Te pegas y como le calienta a las rodajas de la toronja y te ayuda a calmar la cabeza. Me daba mi caliente, hacía mi té de esas hojitas del eucalipto, el kion.” (Lucy - Entrevista)

Sin embargo, para ellos estos aprendizajes no evocan memorias personales relacionadas a sus madres. En cambio, se habla del rol de los ancianos, antepasados o los antiguos que usaban los *vegetales* antes de que tuvieran acceso a puestos de salud. Por ejemplo, como se señaló líneas arriba, Alicia recordaba a su madre diciéndole que aprenda para que sepa cuidar de otros. Sin embargo, su hijo Paolo señala en general que las personas de la comunidad decían que esos eran buenos

vegetales, especialmente, los antepasados que viven hasta ahora. De tal modo, en el caso de los hombres, se menciona que este es un conocimiento de la zona debido a las propias vegetaciones de la comunidad que anteriormente “hermanos suyos han podido identificar”. Es decir, son herencias de los ancianos.

“Siempre las personas mayores, los de tercera edad. Los antiguos no usaban ellos antes como hoy en día que se van a la posta. Ellos usaban todo lo que es *vegetal*. De esa manera, ellos hicieron ese remedio. A inventar remedio. De esa manera hicieron y coincidió para esta enfermedad [COVID-19].” (Lizardo - Entrevista).

En ese sentido, ambos tipos de memorias coinciden en un hecho: el cuidar se comparte. Para *frescar* el dolor de cabeza, Guido les enseñó a su esposa e hijos a pelar la toronja y cortarla en rodajas. Les explicó que tenían que pegarlas alrededor de la cabeza con un pañuelo hasta que las rodajas se calienten y repiten el proceso. Así, su esposa preparaba el fresco y su hija mayor se lo llevaba. Si bien había dificultades en el doble rol de cuidadores e infectados, ya sea el caso que hubiese facilidades o dificultades, el cuidar debe hacerse posible rodeados de familiares e incluso vecinos que compartían *vegetales*, recetas, comida, dinero y daban su tiempo.

Para los kukama kukamiria, el cuidado se entiende como “un vínculo básico y fundamental entre los seres. Cuidar se convierte en un deber moral y una acción vital” (Campera Reig, 2018, p, 203). Además de la preocupación por sustentar a la familia, las experiencias de cuidado frecuentemente hacen referencia al sentimiento de preocupación. Cuidar es preocuparte por alguien. Cuando el esposo de Carolina enfermó, él pensaba que iba a morir. A pesar de que a Carolina le decían que se tranquilice, para ella era inconcebible no preocuparse. Expresaba su temor de quedarse sola. En ese sentido, la respuesta no consistía en minimizar estos sentimientos, sino en “ponerse fuerte” para poder atenderlo y pedir ayuda a sus familiares y a la enfermera:

“Por la noche se agravó. Estábamos conversando a las 3, 4, 5 de la mañana, su voz estaba quitándose. Era una preocupación. Me decían no te preocupes, ¿qué no me voy a preocupar decía yo? Señorita, me he quedado viuda de mi primer esposo de 22 años, yo decía otra vez voy a quedarme sola. A veces ahí dice hasta quería llorar, pero me ponía fuerte, peor cuando ya me dijo “mujer se quita mi voz, mujer, creo que ya voy a morir”. “No vas a morir”, le decía yo, “no vas a morir” y así yo corría a llamarle a su hermano. Su hermano viene, corría a llamar a la licenciada, me dice “¿por qué no te has ido a llamar?”. Hemos llamado la ambulancia, vino a llevarnos. Luego, salvó la vida a mi esposo. La preocupación más que todo.” (Carolina - Entrevista)

Otro de los sentires se dirigía a pensar sobre una posible muerte e inmediatamente cómo afectaría eso a la familia. Isabel se preguntaba a sí misma “¿quién va a ver a mis hijos?, ¿cómo van a quedar mis hijos?”. Cleyder como padre imaginaba cómo sería la tristeza de criar a sus cuatro hijos sin mamá. Alicia C. también pensaba que, si algo le pasaba a ella, sus hijos iban a quedarse y ya no los iba a volver a ver. Filida y Carolina tuvieron miedo de enviudar por segunda vez. Sin embargo, nuevamente se señala que había dos opciones, pensar que era el COVID-19 o no.

Asimismo, Lucy explica su preocupación por la sobrecarga de cuidados que asumió su hija. En su casa, mientras su esposo se recuperaba, ella cayó enferma al igual que uno de sus hijos menores. Ella señala que durante los 15 días que estuvo enferma “no había quien levante a hacer la comida. Está bien, tengo una hija de 13 años. Esa chica no se alcanzaba en que lave un plato, haga la comida, vaya a lavar la ropa. Yo, cuando me iba a tocar el agua sentía que toditos mis huesitos se desgranaban, por eso no quería tocar el agua. Yo le decía ‘Hijita, haga tu ingiri, haga tu pango para que coman ustedes porque uno sin gusto ni sabor’”. Ella se preguntaba cuándo iba a mejorar, cuándo iba a volver a la normalidad porque le daba pena ver que su hija se levantaba a hacer las cosas que ella debía hacer.

Si bien extensamente circulaban recetas para tratar la enfermedad es relevante notar que la medicina vegetal, además de curar, era también otra forma de prevenir y protegerse. Las recetas incluyen el té de eucalipto; té de jengibre; té de ajo sacha; té de cordoncillo, entre otros. Precisamente en esta circulación de recetas, las redes de cuidados no solo están ubicadas en las personas de la comunidad. Familiares que se encontraban en otras comunidades o ciudades compartían sus recetas y viceversa. Alicia llamaba a su hijo que vive en Lima y le compartía sus recetas; por ejemplo, tomar toronja con ajo machacado caliente. Sin embargo, al estar en la ciudad, él le respondía que no habían los *vegetales* que mencionaba. Entonces, ella le decía que aunque sea tomara ajos con cebolla machacado. De tal forma, las recetas se iban adaptando a los insumos disponibles. Como se mencionó anteriormente, no se creía que la enfermedad llegaría hasta la comunidad. Sin embargo, al ver la proximidad de ésta, el objetivo del consumo de *vegetales* de forma preventiva era disminuir la gravedad de los síntomas. En palabras de Lucy, “nos ha dado, pero no nos ha dado bien”. Por ejemplo, ella escuchaba que la primera ola venía para los adultos y la

segunda a los niños. Por eso, las infusiones que preparaban en casa para su esposo enfermo también se las daba a sus hijos, a pesar que no estaban infectados, para evitar que el virus los agarre. De ese modo, el cuerpo estaba más preparado para combatir al virus.

“Me han enseñado, no es porque yo he sabido, una de mis cuñadas que vive en Tarapoto me ha llamado y me ha dicho que haga eso. Que pique cuatro cebollas así grandes, que le pique en 4 pedazos, que cocine 4 toronja[s] le exprime y medio kilo de azúcar. Al ajo igualito hacerle 4 pedazos y hacerle hervir que se quede espeso y eso colarle y eso tomarle.” (Lucy - Entrevista)

“Después hemos sabido [del COVID-19] y hemos empezado a tomar nuestro té de ajos. En ese tiempo estaba mi hijo en Lima. Él me llamó por el celular diciendo que es bueno té de ajos, agua caliente con limón, no bañarse con jabón 3 días, el jabón cerraba los poros. Me bañé con toronja, ácido. Así le hemos combatido la pandemia. Aquí nadie ha muerto.” (Carolina - Entrevista)

“Yo me sentía enfermo y le llamaba a mi papá. Mi papá vive en Iquitos, le he llamado, ¿qué es bueno? Me ha dicho que es bueno el eucalipto, después ajos. Pero nosotros tenemos una planta que dicen cordoncillo, eso tomábamos nosotros. sí lo tenemos acá. Le cocinábamos y le tomábamos. Con eso lo hemos combatido a la enfermedad, al virus, con ajo sacha.” (Uber - Entrevista)

Cabe acotar que la prevención con *vegetales* no solo está relacionada a la pandemia. De acuerdo con Aureliano, las purgas limpian y hacen fuerte al cuerpo. En algunas familias se comenta que consumen *vegetales* cada cierto tiempo porque las plantas curan el cuerpo. Algunos se denominan que son purgeros. Por ejemplo, dan de tomar a sus hijos ajo machacado por nueve mañanas de tal modo que difícilmente se enferman. Es así que “no te entra feo la enfermedad de una sola. si te va a dar, te va a dar poco. No para llevarte a la tumba”. En vista de los puntos señalados sobre los *vegetales*, estos son otro ejemplo más de la noción de cuidado como protección.

4.3.2. “No había otra forma de curarse”: farmacias y medicinas vegetales

El término kukama *mutsana* significa medicina tradicional y farmacéutica. De acuerdo con Berjón y Cadenas (2020, Junio), el hecho de que la misma palabra haga referencia a dos formas de curar, la medicina vegetal y la farmacéutica, supone que ambas están en igualdad de condiciones. En ese sentido, una persona enferma puede hacer uso de ambas dependiendo del contexto, los recursos disponibles y la gravedad de la enfermedad, consultando solo una o primero una y, luego, otra sin importar el orden o ambas simultáneamente. Además, Rivas (2016) afirma que estas decisiones

“entre el tratamiento occidental a partir de medicinas de la farmacia, o el del ‘médico curandero’ a partir de cantos, soplos y medicina vegetal” son mediadas por la familia del enfermo (p. 108). Cabe agregar que aunque había un tópico en la comunidad, los recursos y el personal disponibles eran limitados y, por otro lado, quien solía ser el curioso o chamán de la comunidad abandonó sus prácticas tras su conversión al evangelismo. Por eso, en el caso de Nueva Santa Rosa, si bien los tratamientos incluyen ambas medicinas, la farmacia y los *vegetales*; hubo una relevancia notoria sobre estos últimos por parte de los familiares, salvo en los casos de enfermos graves que fueron trasladados a otros puestos de salud.

En ese sentido, hubo dos tipos de prácticas principales de medicina tradicional: tomar bebidas calientes y *frescar*. Por una parte, el cuerpo enfermo requiere “puro caliente” para mejorarse. Para los kukama, un buen cuerpo es un cuerpo cuya sangre está caliente y fuerte (Rivas, 2011). Por otro lado, *frescar* consiste en usar hojas de la zona como la malva, la lancetilla o el llantén. Cuando uno está con fiebre, se moja y *chapea* la cabeza para dar frescura; es decir, bajar la temperatura. También, para *frescar*, se pueden utilizar rodajas de limón o toronja. Estas se ponían como un emplasto en la cabeza y chupaban la calentura. Cuando estas se calentaban, se botaban y nuevamente se aplicaban. La yuca rallada se pegaba al cuerpo, a la altura del pecho, para la fiebre interior. Además de aplicar fresco en partes específicas del cuerpo, también se bañaban después de cocinar en una olla las plantas. Esto podía estar acompañado de masajes al cuerpo. Por último, se hacían vaporizaciones con hojas de eucalipto y limón que les ayudaban a mejorar la respiración.

Estas eran prácticas con larga data que utilizaban anteriormente para tratar la fiebre, el dolor de estómago, dolor de cabeza, dolor de garganta. Por eso, frente a una nueva enfermedad, la atención a los enfermos necesitó de un conocimiento especializado para saber qué medicina aplicar de acuerdo al síntoma (Ulfe y Vergara, 2021). Era un conocimiento especializado porque debían evaluar cuidadosamente los síntomas. Por ejemplo, el té de cordoncillo caliente es bueno para la fiebre, pero si la persona sufre de la presión se le da frío. Esto quiere decir que cuando estaban enfermos iban tratando cada síntoma, sin estar seguros de que se trataba el COVID-19, aplicando tratamientos conocidos que se adecuaban a los síntomas que iban desarrollando. Frente a una enfermedad causada por el frío/aire, es importante fortalecer el equilibrio térmico del cuerpo, por lo que se debe evitar sustancias

análogas (Rivas, 2011; Rivas, 2021). Es por eso que “todo resfrío se lo combate con caliente” y ante la fiebre es necesario *frescar*.

“Alguien ya lo hubiera comprobado, le ha hecho pruebas y nos han enseñado que eso es bueno. Aquí nosotros como más antes nuestros padres cuando nos agarraba la gripe, la tos, mi mamá lo machacaba. Ahí está la mucura, la albahaca y eso nos daba de comer. Eso cuando hemos sentido la gripe, hemos tenido que cocinar para tomar.” (Carolina - Entrevista).

“Alguien nos recomendó [*vegetales*] porque bien cierto que el COVID-19 es algo de resfriado y bien, tú sabes que, cuando es algo de resfrío tenemos que utilizar algo caliente. Acá [en la garganta] se sentía algo de comezón, tosías y para la comezón, ¿qué es? Algo picante para que lo queme y ya no quede. En este caso ocupábamos el ajengibre, el sacha ajo, también ocupábamos la cebolla, ajos y lo que podíamos obtener aquí en nuestra comunidad.” (Cleyder - Entrevista)

“La mayoría [sabemos], la malva sabemos para una fiebre. Tú le *chapeas*, le tomas para una infección fuerte, el sacha ajo es para una fiebre alta o para cualquier enfermedad el sacha ajo *chapeado* en 8 días, te bañas, le tomas para la tos mismos. Tomas 5 de la mañana, te botas al agua y toda esa carraspera que tienes tosías y le botas.” (Rusbel - Entrevista)

“Se baña con sacha ajo. Es bueno cuando está con la fiebre, la lancetilla te haces fresco o te bañas. La hierbaluisa es gran cosa, es gran cosa para la fiebre. Cuando estás con fiebre interior tú le serenas y eso le tomas. Te calma un poco la calentura. Eso también he utilizado. Cuando mis niños estaban con fiebre yo les he bañado con eso. Cuando estaba con fiebre es. Le cocinaba y les serenaba. De mañanita me levantaba a bañarles [con la hierbaluisa serenada] y a tomar su pastilla. El agua de coco también, les cogía y les serenaba con su paracetamol.” (Hilda - Entrevista)

“Yo le preparaba [para mi esposo y mis hijos]. Picaba dos papas de ajo para la familia que somos aquí. Éramos nosotros cinco, ahí mi hijita estaba acá seis. Yo al ajo, 2 papitas le pelaban y le machaca[ba] bien. Cebolla, 2 cebollas. Esas 2 cebollas, le[s] lavaba bien, le empezaba a picar, le mandaba a mi olla. Toronja, la toronja también, había 4. Si eran jugosas le ponía 4. Si eran seco, le ponía 6. Eso le pelaba y le partía y le mandaba al cernidor. Bien cernido, coladito. Le mandaba al ajo y la cebolla. De ahí le machaca al kion, 2 dedos de kion se le machaca. Le machacaba bien y le mandaba a mi olla. Cebolla, ajo y kion. En mi candela, le hacía hervir. la toronja primero, hervía quizá 3 minutos, de ahí le mandaba todo: la cebolla, el ajo, el kion. Hervía juntos. Le hacía hervir como 5 minutos hasta que se haga rojito. Una vez que hervía le bajaba, le hacía enfriar. Cuando está frío, se le agarra una tacita y se le enfría para darles de tomar caliente, caliente a los niños. Eso les daba a ellos. A mi viejo le daba 3 cucharaditas. Cuando estaba frío le guardaba bien en este tipo de envase. No de plástico, bien cernidito. Eso tomaban ellos todas las mañanas. Les daba una cucharadita. Si no había miel, yo le echaba un poco de azúcar. Le hacía hervir. Tenía que tener más alto el ácido.

Todas estas recetas cómo las conocía, yo le[s] tenía cuando vivía mi mamá. Se enfermaban mis hijitos y les cuidaba así, a veces con orinita. La orinita caliente ahí le

ponía con rodajitas de limón, de toronja. Eso le hace. Le ponía a la cabecita. Tú estás con una bruta fiebre, orina con limón. Hágale calientito, cómo te saca esa calentura del pecho y el bronquio que te quiere dar.” (Isabel - Entrevista).

En relación con la fiebre, es importante destacar este término. En kukama kukamiria, *umanu* significa fiebre, pero también morir o perder la vida. Berjón y Cadenas (2020, Mayo), señalan que cuando una persona enferma, se suelen restringir sus relaciones sociales en tanto se frecuenta con familiares o amigos. El aislamiento producto de la fiebre conduce a una muerte social. Para ambos, la fiebre es ese primer peldaño a la muerte, ya que, aislado de otros humanos, te visitarán los seres no humanos. En otras palabras, el aislamiento es problemático en los cuidados. Para sanarse, lo vital es que tanto lo frío como lo caliente se compensen entre sí para producir un estado de equilibrio (Tournon y Reátegui, 1988; Gutiérrez, 2009; Martínez Hernández, 2011; Rivas, 2011; Rivas y Murayari, 2022). En vista de que el cuerpo es sensible a la pérdida del equilibrio, las plantas también se clasifican en frías y calientes para curar las enfermedades calientes o frías respectivamente (Ortega, 1980; Bussmann y Sharon, 2015; Giraldo, 2000). Así, durante la pandemia esta lógica también se mantuvo. Por lo tanto, esto muestra la preocupación por desplegar las prácticas medicinales entre lo caliente y lo fresco. De igual modo, al describir el uso de las plantas medicinales se hace referencia a sacar o botar la enfermedad. El COVID-19 es externo al cuerpo, así que su intromisión en este requiere de plantas medicinales cuya función se orienta a sacarlo del cuerpo.

En otras experiencias, la pandemia también fue un momento de idear tratamientos intentando responder a los síntomas que se presentaban. Isabel estaba preocupada por la dificultad de su esposo para respirar, así que “le vino la idea” de usar una vela y un vaso. Le ponía una moneda en el pecho, encima iba una vela y la tapaba con un vaso con timolina. Pensaba que la dificultad para respirar se debía a que él tenía mucho aire dentro, de repente sus poros estaban muy abiertos. Aplicando la vela, esta hacía que el aire saliera, le empezaba a dar masajes y podía respirar mejor. De tal modo, las circunstancias y la urgencia de tratar con los síntomas permitió ampliar el repertorio de medicinas.

¿Por qué se enfatiza “tomar purito caliente” y *frescar*? La sangre encarna a los espíritus personales, el pensamiento y la fuerza. El corazón y el flujo de sangre son el centro de la existencia de una persona que está en constante transformación a lo largo

de su vida (Belaunde, 2018). Para los kukama, la sangre es el principio vital, la fuerza está contenida en esta. Esta debe mantenerse a una temperatura media. El enfriamiento de la sangre es síntoma de endurecimiento del cuerpo y señal de una muerte cercana (Berjón y Cadenas, 2011). Esto quiere decir que el calor significa fuerza. Las bebidas calientes y, en general, el calor impide que entre el frío y, por ende, impiden que la muerte ingrese al cuerpo. A veces a estas bebidas también se les añadía aguardiente que también está asociado al calor.

“Los cambios del clima frío a cálido [son malos] para esta enfermedad. Donde es frío ataca más rápido, por acá nosotros que somos la selva baja hace calor. No va a penetrar mucho la enfermedad porque ese cuerpo está hirviendo la sangre con ese calor. Así nos dijeron los doctores, no agarra muy fuerte por acá a la selva calurosa. Arequipa es una zona fría, ahí han muerto muchas personas, Lima también. [En] otros países [está] el frío, helado todos los días: sus refrescos todos helados, a cada rato está con el helado y eso afecta tus defensas. En Iquitos [afectó] bastante.”
(Rómulo - Conversación)

Un cuerpo cálido bloquea el ingreso del frío, mientras que un cuerpo frío da paso a la enfermedad. Por eso, se debe evitar tomar bebidas heladas. De igual modo, las bebidas calientes deben ser combinadas con el fresco que compense el calor de la fiebre. Es decir, las calenturas se alivian con frío. Lo ideal es refrescar o calentar paulatinamente el cuerpo, en consideración de los síntomas y su respectiva evolución (Muela, Hausmann y Peeters, 2013).

Cabe aclarar que los alimentos no son fríos o calientes de por sí, sino que están en relación mutua, respecto a la alimentación de la persona y su contexto (Gutiérrez, 2009). Esta relación frío-caliente también considera el espacio donde habitan los cuerpos. La zona donde viven es descrita como caliente, difícilmente consumen alimentos helados, congelados, hielos, aire acondicionado. A diferencia de las ciudades que, como han constatado, el COVID-19 ataca en partes frías. En el siguiente fragmento se hace referencia a que la cura de la enfermedad estaba en la zona, ellos conocían el remedio. Lo resaltante de esto es la referencia al oxígeno, el cual se administra a personas infectadas que presentan una saturación menor a 90. Esto contrasta la imagen de la ciudad en la que se hacían largas colas por obtener oxígeno, mientras que para Aureliano administrar oxígeno no era el remedio, sino que te conducía a la muerte recordando la relación entre el aire y el frío. Dicha relación aire-frío se repite en la siguiente experiencia:

Aureliano: [Las vaporizaciones] Eso es el remedio del COVID por eso es que mucha gente se ha muerto en la ciudad porque le ponían ...

Liseida: Aire acondicionado.

Aureliano: No, oxígeno. Total, el remedio del COVID era eso.

Liseida: Puro caliente. (Entrevista)

De igual modo, en el caso de Lizardo, él no sospechaba que estaba infectado. El día anterior había estado trabajando en su bote, pero en la madrugada se sintió mal. Para las 7:00 am, él menciona que el COVID-19 ha querido matarlo. En ese estado de gravedad, su pareja Carolina comenta que tuvieron que trasladarlo con ayuda de la enfermera. Él estaba grave hasta el punto que había perdido el habla. En dicho traslado, fueron muy cuidadosos con su cuerpo envolviéndolo con varias mantas, bien abrigado, a fin de evitar que le entre el aire. En Maypuco, le realizan una prueba rápida y confirman que era un caso de COVID-19.

“A él le hemos llevado realmente señorita sin voz, bien tapado con doble mascarilla y dos colchonetas le hemos envuelto con 3 cobijas y una frazada, Le hemos llevado bien envuelto y una hamaca. Le hemos llevado y no le hemos dado aire hasta llegar a Maypuco. Si le daba el aire quizás moría porque ya no tenía habla. ¿Sabes cuántas personas le han embarcado? Seis en hamaca. Le hemos embarcado y nos fuéramos con la licenciada y ella me dice “no te asustes”. Cuando ya estábamos en medio camino. Me dice “a ver véale”. Yo le abrí señorita, seguía su barriga, pero no hablaba, su voz se quitó. Llegando al puerto de Maypuco, atracando, le desabrigamos y él se sentó. “¿Dónde estoy?”, “estamos en Maypuco”. Hemos buscado un motocarro y le hemos llevado directo al tópico y ahí le han puesto suero, ampollas. Ahí casi 15 días en Maypuco. De ahí hemos vuelto, le han dado de alta, pero con tratamiento. Con sus medicinas, sus ampollas.” (Carolina - Entrevista)

Si bien los pueblos indígenas han identificado las cualidades de un gran número de plantas vegetales, dichas cualidades en sí mismas no son las que mejoran el estado de salud (Barclay y Tulumba, 2008). Como describe Campanera (2022), “se establece una relación social, que puede ser de cuidado mutuo, de respeto, pero también de hostilidad y poder; donde el humano se ubica en situación de inferioridad ante la madre del vegetal, pidiendo que active su poder curativo, solicitando su generosidad” (p. 121). Es así que la eficacia curativa de las plantas no reside en sus propiedades naturales desde una mirada biomédica, sino de la fuerza vital relacionada a estas. A dichas fuerzas se les denomina “madres” o “dueños”, ya sea de una planta en específico, una especie o ecosistema en general.

Debido a que se traza vínculos sociales con las madres de las plantas, durante una conversación con Leonel, él explica que, antes de utilizar una planta, uno debe pedirle a la madre. “Cada quien le pide a su manera”, así que no me comentó la suya en específico, puesto que era secreta. Sin embargo, señaló que uno debe salir muy temprano, a una hora en la que nadie te vea, y debe dejar un mapacho a la mitad envuelto antes de retirarse. Asimismo, al consumir la planta, uno debe dietar o purgarse para que así penetre en el cuerpo. Las dietas suelen incluir alimentos asados, como plátanos, yuca y cierto tipo de pescados, así como la exclusión de sal, manteca y ají (Barclay y Tulumba, 2008). Igualmente, durante una conversación con el agente comunitario Carlos de San José de Parinari relató la manera en que acude a las plantas que nuevamente enfatiza la forma de solicitarle a la madre de la planta su ayuda:

“Nuestra manera de tratar [a] cualquier madre, de cualquier planta, bueno, le decimos abuelo. Abuelo regálame tu hoja, tu corteza o tu raíz, yo quiero que usted me cure. Y si usted deseas, le pones un cigarro ahí y si no le sacas o le coges la hoja y le llevas. Eso hace que, le estás pidiendo. Si alguien le pides y le pides que te cure yo te doy y te curo. A la planta le pides pa[ra] que te cure, ella te va a dar, te vas a sanar, así lo que hacemos con las plantas” (Carlos - Conversación)

Esta denominación de madre alude a un ser como un pariente que cuida, protege y controla. Las madres de las plantas brindan poder a las plantas para sanar cuerpos y almas. Su principio es cuidar; es decir, proteger de cualquier amenaza exterior (Campanera Reig, 2018). Esto supone plantear las relaciones de cuidado también vinculadas a seres no humanos que en este caso se asocian a la protección.

Las siguientes fotografías corresponden a algunas de las plantas medicinales de la chacra de Isabel y Rubel:

Cuadro 2. Resumen de plantas medicinales

Plantas medicinales	Fotografías
<p data-bbox="347 674 513 707">Cordoncillo</p>	
<p data-bbox="357 1464 504 1498">Sacha ajo</p>	

Jengibre



Mucuna



Fuente: Elaboración propia

Como se mencionó, la medicina farmacéutica era utilizada también con la medicina vegetal. La proporción de uso de cada una variaba de acuerdo al caso. Por un lado, están quienes principalmente recurrieron a los *vegetales*. Además de su preferencia por los *vegetales*, esto también era producto de la escasez de medicamentos en la posta que solo les ofrecía pastillas como paracetamol. Por otro lado, en las descripciones de las recetas de *vegetales* se añaden algunas pastillas, ya sea que se bebían las infusiones con estas simultánea o intercaladamente. Varios moradores acudían al tópico a recibir ampollas y pastillas que complementaban sus tratamientos:

“Mi cuerpo me empezaba a doler totalmente, mi cuerpo mi huesito. Todita mi planta de mi mano, me carcomía y luego empecé a quedar sin nada de olfato. No se olía ni se probaba nada de gusto, nada nada. Mis ojos caen, parece que estaría llorando así. se empezó a caer mi ojo bien rojo, cómo empezaban a caer mis lágrimas, parece que estaría uno llorando. Pero, yo no lloraba porque sentía así. Estaba echando, levantando la fiebre quizás por eso sentía así. Así, en tanto me llevaron al tópico y me pusieron ampolla. Una hora que me han puesto mi ampolla empecé a sudar bien frío, empezó bien frío a sudar y mi cuerpo comenzó a bajar hasta que se quedó bien frío y no tuve fiebre, ni síntoma de dolor ni malestar de cuerpo. Empezó a mermar.” (Lucy - Entrevista)

“El cordoncillo, mi esposo se iba a coger el cordoncillo y me lo traía, le ponía yo 10 hojitas quizás para una olla. Hirviendo, tienes que ponerle cuando está chispeando el agua. Todo le vas a soltar. Dos minutos que da hervor lo bajas y lo ponías. Le ponía el ajo sachá también, le hacía 3 hojas de ajo sachá y el cordoncillo. hervía eso y le bajaba. Eso le daba de tomar [...] con dos paracetamoles. Cuando se sentía su respiración que no podía abrir, eso le daba yo. Ahorita le doy 2 paracetamol y al segundo día le doy.” (Isabel - Entrevista)

“Sí tiene cura [la enfermedad]. Cordoncillo cocinado con su dexametasona y un paracetamol. Ese cordoncillo tomaban planta, planta, con esas otras pastillas. Con eso nos hemos levantado nosotros, más nos poníamos ampollas. Con eso nos hemos sanado, señorita.” (Alicia C. - Entrevista)

“Le hacía recibir su vapor de eucalipto. Agua, cebolla, kion. Eso le cortaba una sola, le cocina y ese vapor con una toalla. Te pasa así y ese vapor en latita con mentol. Eso te aspiras. Cuatro veces. Tomas y recibes vapor. Tomas con tu pastilla el remedio.” (Liseida - Conversación)

Cabe decir que para algunas personas como Carolina su primera reacción fue acudir al tópico por sus temores de que los síntomas se compliquen con su diabetes. Se señala que, por ejemplo, las pastillas eran buenas para ayudar a respirar cuando tienes gripe a modo de calmantes y las ampollas reducían los dolores o malestares. Asimismo, el técnico puso una ampolla doble a Rubel y le recomendó que después de

dos días retomara los *vegetales*. Como se mencionó también hubo casos que tuvieron que ser trasladados a Cuninico y Maypuco en los que se priorizó la atención biomédica, pero que a su retorno fue reforzada nuevamente con los *vegetales*. De tal modo, no había una sola fórmula de cómo curarse. Estas decisiones estaban mediadas por las experiencias con ambas medicinas, los síntomas, los recursos que disponían y las circunstancias específicas de los casos.

Como se señaló, la experiencia de sanarse con la botica y los *vegetales* significa que la enfermedad tiene cura, sino los moradores hubieran fallecido. Sin embargo, esa idea de conocer la cura de la enfermedad no solo está presente entre los moradores de Nueva Santa Rosa. Se ha detallado que, entre los moradores, parientes en otras comunidades y parientes en ciudades había una continua circulación de nombres de *vegetales* y, en general, recetas recomendadas de un lado a otro. Asimismo, mientras pasaban las noticias del avance de la vacunación en septiembre de 2021 por la televisión, uno de los profesores de Iquitos que acuden a la comunidad a dictar clases presenciales por dos semanas al mes comentó lo siguiente: “¿No pueden decir que el COVID se sana con jengibre y limón? Pasa como una gripe”. Este comentario propone reflexionar que la relevancia de las medicinas descritas hasta ahora han abarcado también los contextos urbanos.

4.3.3. Atención del tópico de salud

Antes de describir las atenciones brindadas en el tópico, fue necesario conversar con la licenciada en enfermería que más tiempo había estado trabajando en el tópico. Nativi trabajó en Nueva Santa Rosa desde enero de 2020 hasta abril de 2021. Antes, en el 2019, estuvo trabajando en Maypuco de forma inestable. Hacía visitas itinerantes a las 4 comunidades hasta que llegó el 21 de enero de 2020 a Nueva Santa Rosa y se quedó. Ella ingresó con una obstetra, Lourdes. En ese momento, en la comunidad había una técnica. Sin embargo, esta última se fue de la comunidad en el mes de abril. Asimismo, Lourdes había salido a la ciudad en el mes de marzo de 2020, por lo que iniciada la pandemia y contagiada no pudo regresar. Es así que cuando la pandemia inició, solo quedaba la licenciada Nativi. El técnico Paolo se incorporó en julio de 2020, aunque desde antes de esa fecha la apoyaba. Como se mencionó, ella se retira en abril 2021 y actualmente, ella está trabajando en el centro poblado Yanashi, Bajo Amazonas. En octubre de 2020, llega una nueva obstetra,

Nayla, pero se retira en diciembre. La obstetra Lourdes regresó en febrero de 2021, pero se retiró nuevamente a la par que Nativi a inicios de abril de 2021. Paolo es quien permanece desde entonces como único personal hasta la fecha.

Figura 7. Técnico del tópico completando el registro semanal de notificación epidemiológica de Nueva Santa Rosa



Fuente: Elaboración propia

De tal modo, el personal de atención ha cambiado constantemente. Se menciona que el equipo estaba incompleto ya que deberían contar con un médico, enfermera, obstetra, laboratorista y tecnólogo médico. Sin embargo, ¿por qué hubo tantos cambios en el personal? Por un lado, había retrasos en los pagos, entre 3 a 4 meses. Esto no solo sucedía en esta comunidad, sino también en Cuninico, Nueva Esperanza y San Francisco. Mencionan que, si no reclamaban constantemente, los pagos demoraban. En el caso de Nativi, ella a pesar de ser enfermera, tuvo que

aprender de otras áreas como obstetra y de médica para atender a los moradores. Esta situación le hacía cuestionarse si las entidades estatales correspondientes valoraban su trabajo. En consecuencia, el personal renunciaba y obtenía mejores plazas en otros lugares. Por otro lado, estaba la escasez de medicinas. La licenciada relata su incomodidad y frustración de cada mañana responder a los moradores “solo hay paracetamol”. Por ejemplo, durante los meses de enero-abril de 2021, ella no recibió medicina. Además, ante las solicitudes de los moradores, quien debía responder y “dar la cara” era el personal, lo cual podría generar otros problemas y tensiones en la comunidad. Por lo que en las reuniones ella recalcó que no era quien manejaba el presupuesto, sino DIRESA. En resumen, para ella, ellos no estaban recibiendo la atención por la que había luchado ni en ese momento ni hasta ahora en vista de la falta de personal y medicinas.

Considerando este contexto, el personal de salud del tópico describe al virus como peligroso, doloroso y frustrante. Durante los inicios de la pandemia, señalan el desconocimiento de lo que estaba sucediendo a raíz de este. A través de sus redes sociales, escuchaban acerca de médicos reconocidos que morían en la ciudad. Naiti recuerda que a través de un grupo de mensajería supo acerca del primer caso de COVID-19 en Iquitos. Cabe destacar que, a diferencia de los moradores, el personal de salud son quienes tienen acceso estable a Internet con sus celulares, lo cual les permitía no solo recibir información, sino también buscar. Ante las noticias, si los doctores en la ciudad no se podían salvar, se preguntaban qué sucedería con ellos: “¿qué hacemos contra eso?”. Escuchaban que el virus estaba en el aire, en la comida, que todos iban a morir, no se sabía cuándo se iba a terminar la pandemia y pensaban en la posibilidad de una vacuna. Percibían un panorama sin control ante un virus el cual no se sabía cómo manejar.

Sin embargo, ante esta situación, se enfatiza que Nueva Santa Rosa era una comunidad que se cuidaba bastante. La primera reacción de la comunidad era definir los cuidados porque, en palabras de la enfermera, “¿quién más nos va cuidar?”. Un aspecto positivo fue el apoyo de las autoridades al personal y las recomendaciones que se brindaban. Naiti dio una charla a la población para explicar las formas de contagios. Básicamente, explicó que el contagio se da con personas extrañas, quienes vienen de fuera, las cuales pueden tener el virus, y por lo tanto se debía evitar estas. Por lo que, luego, se formaron las rondas de vigilancia y se prohibió atracar lanchas.

La comunidad también la apoyó a ubicar un lavadero de manos en la entrada del tópic. Desde el punto de vista de las autoridades, el apu recuerda que “toda la pandemia estaba la licenciada con el técnico y me sugerían para no seguir dejando ingresar a las personas, no teníamos la vacuna, no teníamos pruebas para ver una persona para ver si tiene esa enfermedad. Pero se iban, dudaban de atenderte, ni equipo para que ellos puedan prevenirse no tenían”. Sobre esto último, a inicios del mes de octubre, llegaron las medicinas, las mascarillas y los equipos de protección personal (EPP).

Durante los meses de mayo y junio se identificaron las partes más críticas de la pandemia en la comunidad. Las y los moradores presentaban síntomas de fiebre, dolor de cuerpo, dolor de espalda, pérdida del olfato y pérdida de gusto. Principalmente, estos dos últimos síntomas permitían identificarlo. Acudían entre 4 a 6 personas diariamente al tópic. Atendían tanto en el día como en la noche si les llamaban, a veces se desvelaban. Asimismo, se llevaba un control de los pacientes graves con visitas a domicilio. “Yo me iba y como también la licenciada venía a verme. Me venía a dar mi tratamiento mis pastillas que era solo el paracetamol porque para ese decían que solo era el paracetamol”, menciona Lucy. En julio, el personal recibió una capacitación dictada por el médico principal de Cuninico sobre diagnóstico y manejo de la infección por COVID-19 en el primer nivel de atención. A finales de septiembre, recibieron otra capacitación sobre epidemiología y, en diciembre, se hizo un acta de compromiso y se brindaron materiales de reportes y fichas sobre epidemiología con el objetivo del fortalecimiento de la vigilancia epidemiológicas comunal en el distrito de Urarinas que consistía en continuar el flujos de notificaciones de la información a la Micro Red Maypuco, fortalecer la sala situacional epidemiológica de la comunidad, haciendo hincapié en su vigilancia comunal de enfermedades prevalentes, y seguir los protocolos de Diresa Loreto y su jurisdicción.

Debido a la frecuencia de atenciones, cuando la enfermera se hizo una prueba a inicios de julio, antes de la llegada de la brigada, eso quería decir que toda la comunidad también había tenido considerando también el poco uso de mascarillas en la comunidad. En dichos meses la medicina era escasa y todavía no contaban con una hidroambulancia. Si tenían que hacer algún traslado, debían bajar en bote y a veces tenían complicaciones en que recibieran estos mismos traslados. Además, en vista de la reducción del personal, la licenciada afrontó el inicio de la pandemia sola.

Mientras Paolo la apoyaba antes de que oficialmente fuese el nuevo técnico de la posta, observaba que del tópicó entraban y salían personas, por lo que ella tenía poco tiempo para descansar.

“Yo cuando me enfermé también, no recuerdo qué mes, habrá sido mayo más o menos, tuve fiebre 2 días, malestar general. Casi toda la comunidad perdió el olfato y el gusto, todo, todos tenían esa sintomatología, pero ni así queríamos pensar, ni yo porque no me quería alamar, que, en ese momento para mantener a la comunidad tranquilos, yo no quería pensar que era eso. Todos venían con la fiebre, pérdida del olor, ya no huelo, no pruebo la comida. Yo les decía, “yo también estoy igual, debe ser una gripe fuerte”. “Sí señorita debe ser una gripe fuerte”. Tuve fiebre una noche, al día siguiente en la tarde. Yo me levantaba con fiebre, en la mañana, la tarde y la noche. Pero, un poco el pecho me sonaba, la respiración, pero fue manejable. Hice vapores con mentol y eucalipto y eso le recomendaba a los demás. Yo les decía qué más vamos a hacer, qué más les puedo ofrecer aquí si no tengo nada más y nadie más nos va a venir a ver.” (Nativi, licenciada en enfermería - Entrevista)

Además, es interesante que a pesar que el personal de salud era el que se representaba como el más expuesto a contagiarse, en el caso de la técnica no había un temor a asistir al tópicó o temor hacia ella. Si bien en su momento el personal también pensaba que era una gripe simple y lo abordaron de esa manera con los moradores, el personal también expresaba sus dudas sobre si los casos que atendían eran COVID-19 o sí ellos mismos también estaban infectados. De hecho, como menciona el testimonio había indicios en los síntomas con la pérdida del olfato y del gusto que apuntaban al COVID-19. Sin embargo, al igual que los moradores, también seguían la estrategia de negar la presencia de la enfermedad.

Se debe destacar que dicha estrategia también era utilizada por personal de salud en otras comunidades. Por ejemplo, una de las técnicas que trabajó en la comunidad de San Francisco recuerda que los moradores tenían miedo a los hisopados. Eran pacientes ansiosos. Entonces, para que no tuvieran miedo, ellas les proponía no darles el resultado, solo la medicina. Es decir, los pacientes se iban sin saber si sus pruebas eran positivas o negativas y se iban contentos. Podía ser COVID-19 o una gripe normal, pero notaba que la tensión de saber el resultado les provocaba ansiedad, la cual los hacía empeorar. Asimismo, en Cuninico, el personal debía ser muy cuidadoso al confirmar que un paciente tiene COVID-19, ya que la reacción inmediata era que iban a morir. Había una labor constante por calmar y tranquilizar a la población.

La enfermera Nativi expresaba sus dudas al inicio de la pandemia sobre los medicamentos que podía usar. Recuerda las controversias alrededor de la ivermectina y la dexametasona. Algunos médicos decían que sí era recomendable, otro que no. Ella no quería arriesgarse con la automedicación, así que continuó con paracetamol, metamizol y naproxeno. De forma similar, en Cuninico la técnica recuerda que el médico principal se comunicaba directamente con DIRESA para saber los medicamentos recomendados. Sin embargo, una semana decían que utilicen este tratamiento, pero pasa otra y decían ya no lo utilicen. Ella recuerda una frase de uno de los doctores que resume esta experiencia: “Tanto lío eso el MINSA, tanto, si solamente está en el paracetamol”.

En relación con los *vegetales*, la enfermera considera que fue de bastante ayuda, sobre todo para bajar los síntomas de resfriado. Si bien les daba sus medicamentos, les recomendaba seguir con el tratamiento de *vegetales*. Cuando los moradores les comentaba que estaban preparando sus sachas de ajos, jengibre y otras raíces; ella les pedía que la llamasen cuando esté listo para tomar con ellos también. Cuando ella misma enfermó, también recurrió a una de estas recetas que le recomendaban, por ejemplo, ponía mentol en su agua con eucalipto y limón más su paracetamol. La importancia de los *vegetales* también la escuchaba desde las ciudades en relación con personas que optaron por usar el cordoncillo y el eucalipto que preferían elaborar en casa antes que ir al hospital.

En septiembre de 2020, la brigada llega a la comunidad a hacer las pruebas rápidas las cuales dieron como resultado que la mayoría estaba en la etapa final de la infección. Cabe indicar que el tópico no contaba con pruebas de descartes de forma estable, sólo una vez contaron con 3. Los comentarios que resonaban después de esta visita eran “ya no vamos a morir, ya nos contagiamos, ya hemos tenido” y, por eso, los cuidados acordados se disolvieron. El personal no describe una segunda ola, más allá de los casos de mayo-junio. Si había alguien enfermo después, aunque algunos moradores sospechasen que fuese COVID-19, pocos acudían al tópico y preferían atenderse por su cuenta con sus medicinas.

4.5. “¿Cuándo voy a mejorarme?”: recuperación, recaídas y secuelas

Así como la enfermedad entra y te agarra, luego, uno tiene que “botarla” y “levantarse”. Cabe resaltar que el hecho de que uno se levante siempre está mediado

por alguien más. Si uno se levanta es porque otro lo “ha hecho andar”. Se resalta que no había estigma hacia los cuerpos recuperados a pesar de que el contagio fue confirmado. No había rechazo porque la enfermedad ya había pasado. Después de hacer que la enfermedad deje el cuerpo, una de las preocupaciones más reiteradas en la etapa de recuperación era la pérdida del gusto. Para Alicia C., cuando comía parecía que estaba mascando callampa, un hongo comestible. Era importante recuperar el gusto a fin de recuperar el apetito. Quienes tenían ese problema tendían a bajar de peso. Por lo que también abundan las recetas para recuperar un poco “las ganas de comer”. Alicia C. recordó que cuando era niña, su mamá le preparaba cocona asada cuando no tenía hambre y así al menos sentía un poco de sabor en la comida. Otras recetas señalan tomar betarraga rallada con huevo regional y naranja:

“[A mi esposa] le daba jugo de naranja con huevo, betarraga rallada. Eso le daba sangre mayormente pues. La betarraga bien fuerte para la sangre porque esa enfermedad se ha ido a la sangre. Para que pueda recuperarse tomaba eso.” (Nixon - Entrevista)

Tal como se había mencionado, la sangre no es solo un líquido, sino un principio vital donde se contiene la fuerza. Si se pierde esta fuerza es señal de muerte próxima. Este fragmento muestra que el COVID-19 no solo está en el cuerpo, sino también en la sangre. Por lo que, en la etapa de recuperación, había riesgo de que la poca ingesta de alimentos a raíz de la pérdida del gusto debilitara el cuerpo y el color de la sangre se volviera más pálido. El manejo de la sangre tiene un lugar importante en la salud amazónica dado que las enfermedades son un desequilibrio que afecta el volumen, la velocidad, la temperatura, el color, el olor y/o la textura (Belaunde, 2018). En relación con el color de la sangre, Berjón y Cadenas (2011) especifican que la sangre roja refleja buena fuerza, mientras que una sangre marrón semejante al agua del río es evidencia de enfermedad. Los moradores concuerdan que la enfermedad “te dejaba pálido”. Por eso, existen remedios para engrosar la sangre que en este caso se centra en la betarraga, una hortaliza rojiza, que combate las enfermedades en la sangre.

Tal como otras enfermedades como el dengue o la malaria, el COVID-19 también tiene recaída. Mientras uno se recupera de la enfermedad, debe guardar reposo y evitar el sol, la lluvia y las bebidas heladas. En el caso de bebidas heladas, estas en lugar de ayudar a que uno se levante, “levantan” de nuevo la enfermedad.

Guido menciona que durante su recuperación sentía ganas de tomar una bebida helada. Sentía su cuerpo caliente por dentro; sin embargo, fue a la tienda y no encontró. Una semana después a uno de sus amigos en Maypuco le dio una recaída de COVID-19 por tomar una bebida alcohólica helada. No hubo ni tiempo para trasladarlo, ya que en 24 horas había fallecido. En total se menciona que a 4 personas en Maypuco les sucedió esto. Cabe mencionar que existen bebidas alcohólicas de la selva como las 7 raíces hechas con cortezas, pero a diferencia de bebidas alcohólicas como la cerveza, estas son bebidas calientes. Por lo que beber estas no conduce a una recaída.

Respecto a tener cuidado de la lluvia y el sol, en las secciones anteriores se ha mencionado que el contacto con la lluvia provocó el agravamiento de los síntomas. Sin embargo, esto también aplica para las recaídas. Nuevamente la relación frío-caliente es clave. La lluvia está ligada al frío. Por ese motivo, varios moradores mencionan su miedo a la garúa. La lluvia porta los espíritus malos *maitsankara*, los cuales son quienes provocan el enfriamiento del cuerpo y la enfermedad (Rivas, 2011). En ese sentido, el enfermo no debe salir cuando llueve, ya que dichos espíritus se trasladan con el agua y agravarán sus malestares. Por otro lado, el sol se relaciona con el calor. Este también puede *chontear* a las personas cuando se quema, ya que el calor hace que un viento eleve las hojas secas de árboles brujo mientras se trabaja (Rivas, 2011). Si recuperar la salud es restaurar el equilibrio, un cambio brusco de un lugar caliente a uno frío por exponerse a la lluvia o al sol son fuentes de enfermedad (Muela, Hausmann y Peeters, 2013). Es decir, el cambio repentino debe ser evitado para asegurar el proceso de recuperación.

“Después que me he sanado, me he levantado. Nos decían para no andar 10 días más porque nos decían, señorita, tiene recaída esa enfermedad. Te da la garúa de lluvia, el sol te hacía mal. El sol es malo, no debes salir, peor con lluvia, no debes andar. En descanso se recupera bien tu cuerpo y puedes trabajar.” (Julio - Entrevista).

Esto resultaba complicado para las y los moradores cuya actividad principal era la agricultura. Sus horarios se marcaban ante que el sol saliera y quemara y, por ende, acortó los horarios de trabajo. Rómulo menciona que se ha quedado anémico, ya no puede trabajar mucho porque el sol le agita, al igual que la lluvia que le quita la respiración. En retrospectiva, nota que su trabajo en la chacra ya no es conforme. Uno de los moradores describe que, antes de enfermarse, Rómulo era un adulto que no

sentía dolor para nada, poco se les prendían las enfermedades. Sin embargo, ahora él continuamente dice que tiene dolores de cuerpo, está enfermo regularmente, “ya no se siente sano”. De acuerdo con Good (1994), la enfermedad puede estar presente en el cuerpo vivido de los sujetos que experimentan un cambio en el mundo (Good, 1994). En algunos casos, la enfermedad ha dejado su cuerpo maltratado. Como resume Carolina, “este cuerpo que me dejó no era así, el COVID me dejó así ya”.

Para los casos leves, se señala que dichos cuerpos a pesar de enfermarse estaban más fuertes por tomar sus remedios *vegetales* y acudir al tópico por pastillas o ampollas. En esa misma línea, los asintomáticos, quienes no manifestaban síntomas, pero estaban infectados, eran vistos como personas más fuertes. Si bien existen moradores que después de la enfermedad afirman ya no sentirla en sus cuerpos, una frase recurrente para explicar una de las secuelas del COVID-19 es estar anémicos. La enfermedad se retiraba lentamente de sus cuerpos, pero los dejaba muertos, anémicos, débiles, cansados. “No me siento una madre sana”, dice Isabel (Entrevista). Después del COVID-19, ella siente que ha quedado con dolencias en su cuerpo. Resulta interesante que no simplemente referencia no sentirse una persona sana, sino específicamente una madre no sana. El término llama la atención por la similitud con las madres de las plantas como figuras de cuidadoras que proporcionan alimentos y remedios. Esta frase tiene mucho significado porque no estar sana no es solo perjudicial para ella, sino para quienes debe cuidar: su esposo, sus hijos, sus familiares y otros. De igual modo, Lucy también se siente cansada tanto que si camina desde su casa hasta la punta de la comunidad parece como si hubiese corrido. Algunos le dicen que es debido a su peso, ella no sabe hasta ahora si es el coronavirus quien la ha dejado así, pero antes no sentía ese cansancio. Así, se enfatiza en el hecho de no estar sanos:

“Yo cuando antes que me dé este COVID, yo, señorita, no sentía nada, igualito mi hermano Rómulo. Tragaba, me voy, trabajo un poco. Desde que me ha dado me ha agarrado los pulmones. Ahora me voy al sol parece que me da una carraspera, una comezón, así he quedado. Me da una garuíta, me da el sol, igualito. No me he quedado como una persona bien sana, sano, sano.” (Rubel - Entrevista).

Cleyder recuerda que por lo menos durante un mes no podía salir al sol, a la lluvia y sobre todo la comida no tenía olor ni sabor. En ese sentido, para él, todavía había restos del virus en su cuerpo, “todavía quedaba en la cabeza”. Cuando recuperó el olfato y el sabor recién sentía que el virus lo había dejado.

No obstante, una perspectiva interesante fue la de Rusbel. Para él, un cuerpo puede parecer sano, pero las enfermedades están y quedan en el cuerpo. Actualmente, él siente malestares en su vejiga y un dolor de piernas que no le permite dormir. No sabe a qué se deben, pero considera que las enfermedades están en el cuerpo de por sí, pero no están desarrolladas. No obstante, “con esta pandemia que ha venido a golpear, ¿di?, a toditas estas enfermedades ya le ha declarado, yo pienso”. Esto quiere decir que la pandemia y, específicamente, el COVID-19 provocaron un desbalance en los cuerpos, ha hecho que las otras enfermedades que habitaban se manifiesten y permanezcan visiblemente en sus cuerpos.

Finalmente, quienes sí sienten que se han recuperado totalmente de la enfermedad describen que ahora pueden andar en la lluvia o el sol y tienen ganas de trabajar. Asimismo, como se había mencionado, el fútbol tiene un lugar importante en la cotidianidad de la comunidad. Por tal motivo, ser capaz de hacer deporte después de haber estado enfermo es un indicador de bienestar. Caso contrario, el cuerpo no está del todo recuperado.

4.6. Balance del capítulo

Este capítulo tenía como propósito indagar en las experiencias de cuidado durante la pandemia para entender los sentidos alrededor de los cuerpos de los habitantes de Nueva Santa Rosa. Por eso, primero, era clave visualizar la línea de tiempo de eventos relevantes de la pandemia, sobre todo durante los momentos más difíciles de la pandemia. De tal modo, desde el inicio, los principales acuerdos y acciones estaban orientadas a la protección. Ante el incremento de noticias sobre la propagación del virus en Loreto, se cerró la comunidad; es decir, nadie debía entrar ni salir. Sin embargo, se resalta, principalmente, el hecho de no dejar entrar a extraños o personas ajenas a la comunidad. Además, estas acciones colectivas se realizaban en coordinación con las comunidades vecinas. En caso de retornos, había un protocolo de cuarentena. No obstante, las limitaciones de compartir comidas era un asunto que contradecía las relaciones entre familiares. Las demás medidas preventivas estaban orientadas a medidas de higiene y evitar la concentración de personas, pero la vigilancia comunitaria era la prioridad.

Sin embargo, además de la vigilancia, estas descripciones del “deber ser” de la comunidad para la prevención se especifican de distintas maneras en las

experiencias. Algunos optaron por quedarse en casa hasta el punto de sentirse ellos mismos como extraños ante su aislamiento, mientras que para otros moradores no hubo un cambio significativo en comparación a las ciudades. Por ejemplo, las mascarillas, uno de los símbolos más importantes de la pandemia, no eran recurrentes en la cotidianidad de los moradores. En vista de la ausencia de pruebas de detección de COVID-19, la dificultad recurrente en la comunidad era el desconocimiento de que la enfermedad ya estaba entre ellos, por lo que el plano preventivo tuvo más peso que el de control. Por eso, el quiebre de la vigilancia surgió a partir de la confirmación de la infección de la mayoría de la comunidad. Si los esfuerzos de protección no habían sido suficientes y estaban en la etapa de recuperación, la vigilancia dejaba de ser una prioridad.

Segundo, la sintomatología de la enfermedad era una cuestión de sospecha entre lo que experimentaban en sus cuerpos y la representación mortal de la enfermedad. La duda estaba presente, pero esta misma se convirtió en una estrategia para combatirlo. Además, dado que el coronavirus es concebido como un ser externo al cuerpo, cuando uno se enferma es porque este te ha agarrado. Se enfatiza que este te agarra precisamente cuando no te estás cuidando y tiene la capacidad de causar malestares a través de sus acciones dentro del cuerpo; por ejemplo, jalar, torcer, quebrar, romper. En vista de la sintomatología de los casos más severos, dichos síntomas están relacionados al frío. El frío de la lluvia o de una bebida altera al cuerpo y lo debilita, lo cual facilita a las acciones de la enfermedad. Por otro lado, si bien los casos asintomáticos eran representados como igualmente peligrosos por el personal de salud, debido a la presencia oculta del virus, este tipo de casos no era relevante. En relación con la reincidencia de casos, si bien no hay certeza sobre estos a partir de pruebas, la experiencia previa de contagio orientó las acciones de cuidado ante una enfermedad que se percibía menos peligrosa.

Tercero, la aproximación al cuidado de las personas se denomina *mainani* en kukama. Esta se expresa como protección en el mismo sentido usado para la vigilancia de la comunidad. La relación entre los cuidadores y los cuidados era muy dinámica. Las y los moradores tuvieron ambos roles, ya sea primero cuidar y luego enfermarse o al revés; salvo quienes se enfermaron levemente y el rol que sobresalía era de cuidador o cuidadora. Por una parte, si el hombre era quien caía, esto complicaba la provisión de alimentos. En este punto, el rol de las mujeres era utilizar

estrategias para cocinar con menos implementos, solicitar apoyo a sus parientes o ir a la chacra. El hecho de tener hijas podía facilitar realizar las tareas del hogar o cuidar a los hermanos menores. Por otra parte, si la mujer caía, su pareja asumía las labores del hogar de cocinar, limpiar, lavar y cuidar a los hijos. Sin embargo, el recurso principal en el cuidado era el tiempo entre preparar los remedios, cuidar a los enfermos, las tareas de la casa y proveer la comida diaria. Es interesante que los conocimientos de cuidado de las moradoras parten de recuerdos personales de sus madres, quienes les recalcan aprender para en el futuro poder cuidar de otros. En cambio, el conocimiento de los moradores hacía referencia a los cuidados como aprendizajes; es decir, conocimientos incorporados que partían de los antepasados kukama. A pesar de estas diferencias, el aprendizaje de estos cuidados es un hecho que se comparte. El cuidado es una relación básica de las personas, por lo que la reacción instantánea ante un familiar enfermo es la preocupación. Además, esta preocupación se presenta desde la persona que está enferma, por sí misma, pero por el cuidado de sus familiares si se agrava. De igual modo, las recetas que circulaban no sólo se aplicaban cuando uno estaba enfermo, sino que eran otra forma de prevenir enfermarse para preparar al cuerpo y que los síntomas fuesen leves.

Cuarto, la noción de medicina o *mutsana* se aplica tanto para la medicina vegetal y la farmacéutica, por lo que no es de extrañar el uso de ambas en los tratamientos. En la medicina vegetal, las bebidas calientes y el *frescar* forman parte del conocimiento especializado de los kukama para tratar otras enfermedades como la fiebre y este fue adecuado a los síntomas del COVID-19. Los tratamientos seguían la lógica de buscar el equilibrio térmico del cuerpo entre el frío y el calor. Esta preocupación por el equilibrio térmico resalta al tratar la fiebre con fresco, ya que esta es vista como el paso inicial a la muerte social que distancia a un humano de sus parientes y lo acerca a los no-humanos. Esto da cuenta de lo problemático de las medidas de aislamiento en los cuidados de una persona con COVID-19. Por otro lado, a fin de conseguir el equilibrio, el cuerpo también debe estar cálido, ya que bloquea el ingreso del frío. Si bien había este conocimiento especializado de refrescar y calentar, la pandemia supuso encontrarle la cura a partir de sus conocimientos e incluso inventar nuevos remedios para el repertorio. Además, la relación frío-caliente no solo concierne a los cuerpos, sino al espacio y los objetos que se encuentran allí. Por eso, el frío de la ciudad era algo a lo cual evadir. Cabe acotar que las propiedades de las

plantas no se reducen a una lógica utilitaria, sino a su fuerza vital de madres o dueños de las plantas que tienen como fundamento cuidar. En la medicina farmacéutica, los medicamentos también formaban parte de los tratamientos en la medida de su disponibilidad en la posta. Así, complementaban o eran añadidas a las recetas de *vegetales*. Este conjunto de medicinas fue relevante para la curación de los moradores, pero también en contextos urbanos donde también se difundían.

Para profundizar en el acceso a la medicina farmacéutica fue necesario profundizar en la atención del tóxico de la comunidad. Desde antes de la pandemia, dos de los puntos problemáticos de este han sido la inestabilidad de personal y la escasez de medicamentos. El personal de salud percibía un ambiente de descontrol ante el nuevo virus. Sin embargo, a pesar de las circunstancias, la comunidad era vista como muy cuidadosa; por ejemplo, en la vigilancia. Aun sin los debidos recursos, la enfermera y el técnico brindaban atenciones en sus posibilidades dentro del mismo tóxico o visitando las casas de los moradores. Los meses más difíciles significaron una sobrecarga para el personal que tenía limitadas medicinas, personal y movilidad. Sin embargo, a pesar de que el personal era el más expuesto a contagiarse, esto no significó miedo o rechazo hacia este. Dado que la prioridad era mantener la calma, la estrategia de negación ante la sospecha de la enfermedad disminuyó el estigma hacia los contagios. Asimismo, conscientes de la problemática de la automedicación, resultaban confusas las recomendaciones cambiantes de medicamentos. Sin embargo, las medicinas vegetales resultaron sumamente importantes para la mejoría de los pacientes tanto así que el mismo personal también las utilizaba y recomendaba. Después de esa primera ola de contagios, comprobada posteriormente con las pruebas rápidas, el personal no volvió a tener casos críticos durante la pandemia.

Por último, la etapa final de la enfermedad corresponde a la recuperación, en intentar sentirse sanos nuevamente. Recuperarse no depende de uno solo, sino de quienes te ayudan a poder “levantarse”. La parte más difícil de esto era la pérdida del gusto, ya que debilitaba la sangre y, por ende, el cuerpo. Además, durante la recuperación había riesgo de recaídas a causa del desequilibrio térmico por el frío o el calor, por lo que se evadía principalmente la lluvia, el sol y las bebidas heladas. Sin embargo, existe un cansancio generalizado que cotidianamente denominan sentirse anémicos. Ciertos moradores se sienten recuperados, sin riesgo de recaídas mientras que algunos moradores no sienten que sus cuerpos sean los mismos. Ha

desestabilizado el equilibrio de los cuerpos, lo cual puede tener implicancias a futuro en las redes de cuidado.



CAPÍTULO V: “¿Cómo habrá aparecido esa enfermedad?”: tensiones desde y sobre el cuidado

Desde la antropología de lo ordinario, las partes de la vida que suceden entre actividades y otros eventos discretos; es decir, los momentos en los que uno no se concentra en hacer nada en particular en realidad están atravesados por aspectos importantes de la vida como conceptualizaciones ontológicas y cosmológicas; mientras se mezclan con lo cotidiano (Stang, 2012). Después de un día largo de la jornada de vacunación y una asamblea, retorné tarde al hospedaje para almorzar. Eran pasadas las 4 de la tarde. Creía que Rómulo y Alicia C., quienes me daban pensión, habían almorzado antes de la hora; sin embargo, Rómulo tampoco había regresado aún de la asamblea y Alicia C. estaba esperándonos. Le pregunté por qué no había almorzado aún si ya era tarde y me respondió “¿cómo voy a comer solita?”. Dado que yo había llegado, servimos nuestros dos platos y almorzamos juntas. Rómulo llegaría media hora más tarde.

A partir de esta simple acción pude acercarme al concepto de convivialidad. La sociabilidad amazónica está compuesta por el afecto en la experiencia cotidiana y en las prácticas y relaciones íntimas (Overing y Passes, 2000). Esperar para comer juntas, en lugar de hacerlo sola, me permitió apreciar la relación más cercana entre nosotras formada poco a poco a través de conversaciones, comidas y paseos diarios. Es por eso que, en este capítulo, es relevante prestar atención a los pequeños detalles de la vida cotidiana en vista de las tensiones que supone el cuidado durante la pandemia. Asimismo, se incorporarán las experiencias del personal de salud que ha trabajado antes y durante la pandemia a fin de ver la rutas y acceso de atenciones tanto en Nueva Santa Rosa y Cuninico. La estructura del capítulo permitirá ver la comparación entre lo descrito y lo observado alrededor de los cuidados y la enfermedad.

Para comenzar, este capítulo parte de cuestionarse qué cuerpos habitan a partir del derrame de 2014 para entender las corporalidades a raíz de la pandemia. Luego, se describen las vivencias del COVID-19 como una enfermedad simple y, por ende, la cotidianización de esta en los cuidados. Posteriormente, se abordan los conflictos en relación con las atenciones de los pacientes y sus traslados a Cuninico y/o Maypuco. Este tema incluye discutir acerca del rechazo a las personas extrañas y

también hacía ser trasladado al hospital. En el siguiente punto, se profundizará en la figura del extraño en relación con la forma de nombrar y narrar los contagios. Después se presentarán los cuidados en la comunidad después de la enfermedad resumidos en la ausencia de miedo y se puntualiza en las narrativas y experiencias de la primera dosis de vacunación. Finalmente, en consideración de la pandemia, pero más allá de esta se verán los temas pendientes de salud para las y los moradores.

5.1. “¿Cómo vamos a vivir?”: cuerpos habitando después del derrame

¿Qué cuerpos habitan después de un derrame? Al conocer las historias de los y las moradoras de Nueva Santa Rosa, esta fue la pregunta que rondaba constantemente. La preocupación por la ausencia de alimentos, el estado de sus chacras que no producen como antes, la imposibilidad de vender buenos productos eran no solo temas que los moradores comentaban, sino que eran visibles. Pablo ha andado por mucho tiempo en búsqueda de justicia ante los perjuicios del derrame. Piensa sobre todo en sus hijos que están creciendo aún, “¿hasta cuándo vendrá nuestro ambiente sano? Tener como antes nuestro ambiente, de nuestra producción de nuestra naturaleza. Eso quizás no vamos a ver”. Él como veterano duda el hecho de volver a ver su ambiente sano y se preocupa por la situación en la que vivirán sus hijos. La nostalgia y la tristeza entrelaza las historias del derrame y los adultos de la comunidad creen poco probable que puedan volver a ver sus tierras con vida nuevamente.

De acuerdo con Aróstegui (2006), el trauma es consecuencia de hechos violentos que afectan a un colectivo en el que se presenta una vivencia compartida y una ruptura violenta con implicancias para el futuro de vida colectivo. Los derrames a partir del 2014 significaron un punto de quiebre que permanece sin reparación. La vida se divide en el antes y el después del 2014. En vista de esta dimensión colectiva, en el pueblo de Cofán, Cepek (2018) señala que, después de los encuentros con la industria petrolera ecuatoriana por más de cinco décadas, los cofán de Dureno tienen vastos conocimientos sobre lo que el petróleo ha hecho con sus cuerpos, su forma de vida y el medio ambiente amazónico. Algunos residentes han muerto por cáncer, mientras que los demás saben que los desechos del petróleo habitan dentro de sus cuerpos y que posiblemente algún día les matará. La vida en el petróleo se resume en una forma lenta, confusa y, por último, en violencia incognoscible (Cepek, 2018, p.

10). De tal modo, se ha asumido los peligros que rodean sus vidas con un fuerte sentimiento de resignación respecto al daño, por lo que buscan justicia y reparación por las pérdidas. Sus reflexiones sobre el petróleo dan cuenta de otros puntos de vista sobre este más allá que una mercancía. En el Bajo Marañón, a partir del derrame de petróleo del 2014 hubo “un cambio total”. Había enfermedades, pero no eran nada comparado a las que vinieron con el derrame. Uno de los moradores que trabajó en la limpieza señaló que están tan tupidos de enfermedades que cuesta imaginarse como personas sanas porque “las cosas no eran así”.

Retornando al punto de las nociones de cuerpos, de acuerdo con Rivas (2011), los atributos de un buen cuerpo son de una persona trabajadora, *kamatatsurin*, madrugadora, activa que cuida su cuerpo. Esto se refleja en ser un buen pescador y cazador sin necesidad de esforzarse. Es ser ágil, ligero y fuerte, como lo es su sangre. En los kukama, esto se obtiene gracias a la purgación a base de plantas que prolonga su fortaleza; así no sienten frío y madrugan. El cuerpo bien cuidado también emana un olor atrayente para presas potenciales en relación con animales y mujeres. Por lo contrario, un mal cuerpo es flojo, perezoso, duerme mucho; es haragán. No sabe pescar ni cazar. Como su sangre es fría trabaja con lentitud y por ello es pesado. Su cuerpo es oloroso y repugna a las presas. Por ejemplo, debido al olor de la sangre de mujer menstruante, esta debe recluirse en casa y evitar trabajar en la chacra o acompañar a su pareja a pescar porque dañaría los cultivos o no habría una pesca fructífera respectivamente.

Conversando con los y las moradoras de Nueva Santa Rosa, resumieron sus ideas alrededor de una persona sana y una persona enferma de la siguiente manera. Por un lado, una persona sana tiene la capacidad de trabajar y hacer deporte, “cuando estamos sanos vienes a tu trabajo, juegas tu pelota, todo eso es alegría”. Es así que una persona sana es una persona social con pensamientos positivos que conversa con amigos, vecinos o hasta cualquier persona que se le cruce. Tiene buen ánimo, se muestra alegre, tranquilo y anda bien. Por otro lado, una persona enferma es *umpurullado* que significa mala gana, no tienes ganas ni de reír ni de estar alegre¹⁸.

¹⁸ Aunque este término no fue mencionado por los moradores, estar contagiado o enfermo en kukama es “cutipado” sea por un ente humano o no-humano. La contaminación o infección puede ser provocada por animales, mal de aire y/o objetos y el chamán identifica la entidad que ha provocado el daño (Rivas, 2011).

Por lo contrario, está aislado, puede que algunos te vayan a ver, pero no puedes charlar porque estás enfermo. En relación con los pensamientos negativos, “no puedes estar alegre con esa mente pensando en la enfermedad”. Estás intranquilo, preocupado, con el semblante bajo, no puedes andar bien. Asimismo, dentro de la presencia de malestares en un cuerpo enfermo se resalta la fiebre que, como se había señalado, es el peldaño inicial hacia la muerte, hacia el aislamiento o muerte social. Finalmente, una persona sana tiene apetito y ganas de comer; el cuerpo enfermo no come ni toma, lo cual lo debilita aún más.

Cuadro 3. Resumen de nociones de salud y enfermedad

Persona sana	Persona enferma
Apta para trabajar y hacer deporte. Ánimo de hacer las cosas	Sin ganas de hacer algo o <i>umpurullado</i> , no hace nada, no hace deporte, sin energía
Pensamientos positivos	Pensamientos negativos
Sin malestares, no tose, no estornuda	Duele la cabeza, tiene fiebre, tose, estornuda
Conversa con amigos y vecinos, se divierte, ríe	Aislado, no tiene mucha comunicación
Alegre, tranquilo, motivado, camina bien, está andando	Triste, intranquilo, preocupado, pálido, semblante bajo, cansado, no puede andar
Come, toma, tiene apetito	No come, no toma, sin apetito

Fuente: Elaboración propia

Rusbel compara al cuerpo como los árboles del bosque. Uno puede aparentar estar sano, así como uno ve hermosos árboles. Sin embargo, por dentro, estos tienen hongos, bacterias, entre otros. Similarmente, una persona por dentro no está del todo sana. Considerando que el COVID-19 es una enfermedad que mata, señala que los casos mortales han sido de personas que sufren otras enfermedades que tienen dentro de su cuerpo como diabetes. Esas personas que hoy en día no existen en su mayoría. Quienes se han salvado es porque tenían a “los defensores de nuestro cuerpo fuertes” y así han resistido. No obstante, el hecho de haber resistido no significa que estén sanos. Por lo contrario, nota que sus órganos y “los protectores”

del cuerpo se encuentran débiles. Son cuerpos contaminados en un ambiente enfermo que les impide “comer bien”, “beber bien” y en general vivir bien.

En el contexto de pandemia, la COVID-19 es una enfermedad más que llega a los cuerpos de los y las moradoras. En la experiencia de Rubel, además de las enfermedades a raíz del derrame, “antes del COVID-19, señorita, yo te voy a decir. Aquí no sabíamos de enfermedad. Esa gripecita, normal, tranquilo. Nada, teníamos fiebre, nos sanábamos con un paracetamol. Otra cosa es que tuvieras otro tipo de enfermedades, todavía”. Son cuerpos no sanos que continúan combatiendo enfermedades cada vez más.

5.2. “Lo hemos pasado como una simple enfermedad”

A lo largo del texto los testimonios de las y los moradores afirmaban que cuando se enfermaron de COVID-19, aún sin saber que se trataba de dicha enfermedad, era como una gripe simple o una gripe fuerte. No obstante, también había duda entre estos mismos debido a las particularidades de la aparente gripe en las que resaltaba, sobre todo, la pérdida del olfato y del gusto. Esto es un punto importante de autocuestionarse la procedencia de los malestares vividos, lo cual dio paso a introducir en sus narrativas el componente de lo extraño relacionado a una nueva enfermedad.

Antes de plantearse estas cuestiones, Pablo menciona que la primera vez que en su familia sintieron esa enfermedad decían que era una enfermedad simple, una gripe, que atacaba con dolor de cuerpo, dolor de cabeza, fiebre alta, cólicos y vómito. Pero, ¿cómo empezó? Su hijo que vive casas más arriba vino a acostarse en la casa de Pablo. Este último estaba sano y al ver los síntomas de su hijo creía que era una fiebre. Su hijo le decía que ya no aguantaba la fiebre, así que lo *frescaba* con alcanfor. Le dijo, “yo voy a verte hijo”. Luego, supo que otro de sus hijos también presentaba síntomas. En la noche, fue a acostarse y, en poco tiempo, sintió como la enfermedad lo agarraba.

“Ya me está agarrando le digo a mi señora “¿qué es? Ya estoy con eso”. Mi cuerpo está bien caliente. “¿Para qué te has ido a agarrar?”. Yo también dándole pena a mis hijitos. Me he sentado, “trae ese alcanfor”. Después de eso se han calmado [mis hijos], yo estaba ahí arrojando. Una enfermedad bien contagiosa, inmediatamente nos contagiaba cuando se iba, agarraba. De ahí decían que ese de ahí es el COVID. Pregunto a mi hermana que vive en Yurimaguas, “eso es el COVID, a tener cuidado. ¿Con qué están tomando? Toma sachá ajo, ajo machacado”.” (Pablo - Entrevista)

Es así que varios moradores cuidaban de sus familiares sin saber que estos ya estaban infectados de COVID-19. Unos sanaban, otros caían sucesivamente. ISV señala que las familias no tenían miedo de los enfermos. A pesar que se recomendaba no acercarse, atenderles a distancia o usar mascarilla, el principio central era no dejar que el familiar se agrave. Por ende, uno tenía que atenderlo de cerca, *frescarle* cuando no aguantaba el dolor de cabeza, darle “puro caliente”. Se reconoce que al escuchar las noticias sí había temor y miedo, pero habiéndose enfermado ellos y vivido la enfermedad esa mirada cambió. Cabe decir que esto no niega la representación de la enfermedad como peligrosa y contagiosa, sino que mientras más enfermos estaba, más debían atenderle para combatir la enfermedad y mejorarse.

Respecto a visitar o “ir a mirar” cuando alguien está enfermo, Guido menciona que es una costumbre familiar. El cuidado es un acto familiar. Como se mencionó, si una persona está enferma se encuentra aislada, desganada, sin comunicación. Es por eso que sus familiares van a acompañarlo a fin de que el pariente enfermo no pierda las características sociales de una persona sana. Mientras hablábamos sobre este tema, Guido recordó el fallecimiento de su madre. Cuando ella estaba enferma, la familia de una u otra forma se juntaba para poder ayudarse. Sin embargo, esa vez no pudieron hacer mucho más dado que su mamá fue desahuciada del hospital, así que la trajeron de regreso a la comunidad y ahí falleció. En vista de esta experiencia, describe que ellos siempre están pendientes de sus familiares: se preocupan, se visitan, se apoyan.

En el caso de Rómulo, su hija Leydi lo visitaba diariamente para llevarle su medicina y su comida. Le comentaban que no debía acercarse; sin embargo, ella cree que como familiares precisamente debían acercarse. No mantuvo distancia de este, ni usó mascarilla. Para ella carecía de sentido distanciarse, “¿cómo no me voy a acercar a mi papá?” (Conversación). Respuestas similares a esta también fueron recibidas por el personal de salud del módulo en Cuninico. El personal también daba indicaciones a los cuidadores sobre formas de prevenir infectarse: usar mascarillas, desinfectar la mascarilla, lavarse las manos, forma recomendada de estornudas. Incluso, después que recibieron tardíamente los EPP, les brindaban estos para que vean a sus familiares enfermos. Sin embargo, algunos se negaban, “a mi papá le voy a acercar así porque acaso me da asco, que me muera, me muero” (Entrevista) y en la mayoría de casos no los usaban.

La estrategia principal de atención en el módulo era dar tratamiento oportuno ni bien se presentaban síntomas. Contrario al protocolo, no promovieron el aislamiento para que no bajen las defensas del paciente. Notaban una asociación entre aislamiento y no querer al enfermo. Habían intentado aislar a un paciente anciano en una habitación aparte de su casa, pero observaban que no mejoraba. Nadie se le acercaba por miedo y este había decaído. Después de ese caso, dijeron que no aislaron a los pacientes infectados. Estos fragmentos muestran que no acercarse era imposible. Si alguien está enfermo, tienes que cuidarle y, por lo tanto, tienes que acercarte. No acercarse es leído como una muestra de rechazo y el rechazo es el último acto que un familiar enfermo necesita. Rechazarlos, excluirlos, aislarlos solo les aleja más de volver a estar sanos. Aunque el reclamo por la necesidad de estar cerca de los pacientes hospitalizados o aislados no es exclusivo de pueblos indígenas en el contexto de la pandemia, lo destacable en sus experiencias es que no existían dudas sobre la necesidad de acompañar a sus parientes desde el inicio sin importar el miedo que podría generar a otros, además de las dificultades que supone el sistema de salud respecto a población indígena que se abordará en el siguiente punto.

Un aspecto a considerar en el cuidado a partir de mantener distancia unos con otros es la capacidad del espacio en las casas. El tamaño del espacio, el número de habitaciones y el número de camas era esencial para el distanciamiento, sobre todo si había enfermos en casa. En el caso de Guido, su papá vive solo y a veces su casa está desocupada. Así, mientras estuvo contagiado, tenía ese espacio en la otra casa para estar aislado, echado en su hamaca y bien envuelto contra el frío. Para Filida, cuando sus hijos supieron que su conviviente estaba enfermo le pidieron que dejaran de dormir juntos. Dado que la habitación de ambos contaba con dos camas pudieron dormir separados, pero en la misma habitación.

Por otro lado, Rubel e Isabel recuerdan que el técnico del tópico les conversaba acerca de cómo cuidarse. Sin embargo, ellos habitaban una casa distinta a la actual durante el año pasado. Era una casa más pequeña, con hojas y que goteaba. Al ser pequeña, todos estaban juntos, lo cual les preocupaba debido a la falta de distancia. Esto llevaba a Rubel a pensar “así nomás ya pues aquí vamos a morir todos” (Entrevista). Isabel le recordaba que quien cree en Dios, no le pasará nada y que él va a ver por ellos. En la noche, cuando Rubel ya estaba enfermo, a quien más protegía Isabel era a su hijo más pequeño. Este dormía a su lado. Cuando su esposo se

acercaba a cualquiera de sus hijos para alcanzarles algún objeto se amarraba un polo en la cara porque aún no tenían mascarillas. Además, Isabel reforzaba en su casa el lavado de manos con jabón y, por su parte, se preocupaba por desinfectar los objetos. Hacía hervir todas sus cucharas y desinfectaba sus recipientes de plástico con bastante agua, ya que escuchaba que el virus se pega en el plástico.

5.3. Conflictos en atenciones y traslados

En relación con el desenvolvimiento del módulo durante la pandemia, su objetivo principal fue no desatender a nadie. Al comienzo de la cuarentena, hubo pánico entre los moradores que cerraron los ríos, prohibieron que atraquen lanchas y prohibieron el ingreso de extraños. Sin embargo, Wendy menciona que no se daban cuenta que la enfermedad ya estaba dentro de la comunidad. En ese momento desconocían que era así y, al igual que en Nueva Santa Rosa, se abordó como una gripe fuerte.

En el módulo, el personal tenía dudas sobre si se trataba del COVID-19, pero priorizaron mantener a la población en calma. Resaltan que manejarlo como una simple gripe fue una estrategia de control positiva, aunque para algunos moradores abordarlo así les hacía sentir que les estaban ocultando que el coronavirus ya estaba en la comunidad. Se instaló un lavadero de manos en la entrada del módulo y un afiche a mano sobre el uso obligatorio de mascarilla. De igual modo, se reitera el problema de la demora de los pagos del personal. En la pandemia, las tensiones alrededor del ejercicio de las medidas de prevención en la comunidad, la sobre demanda de trabajo personal de atenciones y la necesidad de salir de permiso hizo que muchos salieran de la comunidad y simplemente no volviesen. El escenario durante la primera ola desde el punto de vista del personal era prevenir que los síntomas de quienes estaban enfermos se compliquen. El personal no contaba con EPP. Además, el espacio era insuficiente para los pacientes y las tareas extras eran que el personal debía ver por la alimentación de estos y continuar con las visitas de control a los pacientes en casa.

Figura 8. Personal de salud del módulo de Cuninico con un paciente recuperado en el 2020



Fuente: Técnica de Cuninico

Un primer punto a abordar en esta sección es la tensa relación con la Micro Red de Maypuco. Uno de los momentos más críticos de la pandemia fue durante la primera ola a inicios de 2020 cuando no solo la población estaba enferma, sino también el personal de salud. Esto último complicaba poder reposar debido a la sobredemanda de atenciones.

Respecto a los cursos humanos en el ámbito de las Cuatro Cuencas (Pastaza, Corrientes, Tigre y Marañón) y río Chambira, el número de personal correspondía a 269 en el 2017 del cual el 72% es personal de salud técnico (Ministerio de Salud, 2020). En el mismo año, Amnistía Internacional (2017) menciona que los técnicos del módulo de salud de Cuninico sólo podían atender malestares leves como fiebre, cólicos y alergias; además que el personal variaba constantemente entre reemplazos de técnicos o momentos en los que no había personal alguno. Es así que los médicos suelen escasear en los servicios de atención en comunidades nativas y las atenciones dependen de quienes se encuentren en ese momento laborando. Esta situación continuó en la pandemia. En Cuninico, al inicio del 2020, el médico principal y los

técnicos de enfermería atendían. Incluso, recibían a pacientes del centro de salud de Maypuco, puesto que el personal de allá “había huido” porque sus médicos eran vulnerables al COVID-19. En consecuencia, hubo un rápido desabastecimiento para el mes de marzo. Por ejemplo, debido a que los niños eran quienes menos se enfermaban, tenían que brindar jarabes a los adultos. Si el tratamiento era de 15 pastillas por 5 días, solo podían dar hasta 10 para controlar el stock. La coordinadora del personal presentaba el petitorio de medicamentos; pero la ejecutora de Nauta demoraba en responder. Asimismo, durante la primera ola, el personal no contaba con EPP. Estos llegaron para la segunda ola, pero se critica que cuando se los necesitaba más, no hubo abastecimiento para protegerse como personal en la parte más difícil de la pandemia hasta el momento.

Figura 9. Personal de salud a la entrada del módulo de Cuninico con EPP



Fuente: Técnica de Cuninico

Finalmente, la Micro Red de Salud Maypuco no quería recibir las emergencias de Cuninico. ¿Por qué? Se justificaban diciendo que Cuninico tiene su propio plan, presupuesto y personal. El plan de salud de los afectados por derrames de petróleo de las cuatro comunidades Cuninico, Nueva Santa Rosa, San Francisco y Nueva Esperanza de la Micro Red de Salud Maypuco es cotidianamente llamado “Plan

Cuninico". De acuerdo con Ulfe y Vergara (2021), dicho plan había sido aprobado por la Dirección Regional de Salud de Loreto en septiembre de 2019 y su presupuesto proviene del dinero del canon y sobrecanon. La disposición dirigida a comunidades nativas donde se explotan recursos petroleros había estado vigente desde el 2009, pero poco antes de la pandemia se había instalado el módulo de salud en Cuninico. Entonces, cuando el personal de este último solicitaba medicina debido al desabastecimiento o un balón de oxígeno a Maypuco, les negaban debido a que sostenía una imagen en la que en Cuninico había todo por el plan de salud. "Júzguenle a la DIRESA", replicaban. No obstante, en una de las visitas del director de la DIRESA, el personal de Cuninico presentó su queja, pero la situación no cambiaba. Wendy recuerda a uno de sus pacientes que tenía problemas con el corazón y tenía antecedentes de derrame. Su prueba había salido negativa al COVID-19 y lo refirieron a Maypuco para que les brinden un balón de oxígeno, pero no recibieron nada.

En el caso del tópicico de Nueva Santa Rosa se presentó el mismo problema. La licenciada tampoco tenía acceso a Maypuco, le negaban la entrada tanto a ella como a sus pacientes. Peor aún con la pandemia, ella compara el trato de Maypuco similar al de un leproso. El miedo azotó fuertemente, tanto que la respuesta de Maypuco era el rechazo ante el estigma de la enfermedad, a pesar de que, según el esquema de la DIRESA, las comunidades son parte de la jurisdicción de la Micro Red Maypuco:

"Yo no tenía acceso a entrar a Maypuco, me botaban yo llegaba y discutía y decía "¿acaso soy un leproso?". Yo era de armas. No me importaba porque no era justo que me traten así. Sabiendo que ustedes tienen que darnos un apoyo para las 4 comunidades porque nosotros éramos un anexo para ustedes. Pertenecíamos allá. Maypuco siempre decía "no, ustedes tienen su presupuesto, su personal". Teníamos, pero ellos igual tienen el derecho a recibir la atención en Maypuco porque están dentro de esta jurisdicción y pertenecen. Cuando acaben este proyecto ellos van a tener derecho de irse a atender allá y les negaban. Nos negaban a veces la atención." licenciada en enfermería

Recientemente, en el 2021, la relación ha cambiado debido a un recurso del módulo de Cuninico: la hidroambulancia. Antes Maypuco contaba con la suya, pero se malogró, así que ahora le solicitan la suya a Cuninico. Así que a modo de intercambio de favores a raíz de la hidroambulancia se ha mejorado la relación.

Cabe resaltar que si bien en Cuninico no le negaron la atención a Rómulo, cuando lo trasladaron, Alicia recuerda que una de las primeras reacciones respecto a

la llegada de Rómulo fue cuestionarles por qué había ido a la comunidad. Específicamente, recuerda a una señora criticando el porqué lo habían recibido en la posta, que debían botarlo y que regrese a su casa porque iba a traer la enfermedad con él. Sin embargo, Alicia C. observaba que allí había personas enfermas incluso antes de su llegada “estaban así jalando, ellos cómo [tosían], estornudaban, tenían frío cuando ellos primerito estaban con eso. No para que digan que otra cosa que vine. Ya tenían ellos”. En resumen, si bien le echaban la culpa a Rómulo como quien llevaba la enfermedad, ella nota que en Cuninico ya había casos de moradores enfermos. De tal modo, los traslados de personas de fuera de la comunidad de Cuninico al inicio de la pandemia también eran motivo de tensión. Sin embargo, también llama la atención la apertura de no desatender a nadie. A diferencia de Maypuco, esta apertura puede haber estado respaldada por la relación estrecha no solo entre las cuatro comunidades demandantes, sino de las comunidades de la zona. Si bien también eran recurrentes los temores estos no significaban desatender a sus vecinos.

Por último, como se ha descrito, el hecho de que hubiera un tóxico en Nueva Santa Rosa desde octubre de 2019, así como en las otras comunidades afectadas por los derrames de petróleo que incluye el módulo de Cuninico, es consecuencia del proceso que falló positivamente para las comunidades frente a la DIRESA. Coincidentemente, la pandemia se presentó pocos meses después de la instalación de estos. El módulo y los tóxicos no existirían sin los procesos por los derrames que afectaron profundamente cada uno de los aspectos de la vida en las comunidades. Es decir, el derecho a la salud se plantea posteriormente a los daños en las vidas de las personas. Sin embargo, al mismo tiempo estos procesos aseguraron más puntos de acceso a salud durante la pandemia que claramente no estaban libres de deficiencias en recursos, pero fueron importantes para algunos de los casos mencionados.

5.3.1. El rechazo a los extraños

“Nos dicen que era una enfermedad transmitida de persona a persona como también por el aire, por el turismo, que ellos vienen de otros países [risas].” (Rómulo - Conversación)

Considerando que la inestabilidad no es una falla, sino que implica la necesidad de mantener el equilibrio está instalada como principio de la vida de pueblos amazónicos (Berjón y Cadenas, 2014); en esta sección, la inestabilidad que supuso la entrada de una enfermedad se aborda también desde la otredad ejemplificada en

la figura del extraño. En el marco de las ontologías amerindias; animales, vegetales, dioses, héroes, monstruos y enemigos también pueden ser personas dependiendo de los eventos en los que se posicionan en relación con los seres humanos (Fausto, 2002). En el caso de los wari, Vilaça (2005) se centra en los primeros contactos con los blancos desde la perspectiva indígena. En el proceso de cohabitación que involucra casamientos y compartir comida, paulatinamente los extranjeros enemigos se convirtieron en consanguíneos, aunque esto no niega las tensiones entre los wari y los blancos, parientes que no son realmente parientes. Esto muestra la manera en que las categorías de consanguíneo, extranjero y enemigo varían, dado que son posiciones intrínsecamente dinámicas. Nunca dejan de existir, sino que no siempre han sido las mismas. Respecto a las enfermedades, se reconoce ampliamente que las epidemias llegaron de la mano de extranjeros de forma continua en el territorio amazónico (Crosby, 1967; Crosby, 1974; Myers, 1974; Cook, 1981; Santos-Granero, 1996; Myers, 1998; Espinosa, O, Romio, S., y Ramírez Colombier, M., 2021). Por eso, la categoría de lo extranjero o lo extraño es parte fundamental de la discusión ante una nueva enfermedad.

Por una parte, una de las versiones de la llegada del coronavirus a la comunidad de Cuninico de acuerdo es que el primer caso de la comunidad fue un morador de Nueva Santa Rosa, Rómulo. Este había sido un paciente referido por neumonía. En ese momento, creían que todavía el COVID-19 no había llegado a las comunidades. A partir de ese caso tratado en el módulo, a pesar que mantenían el cierre de la comunidad y la vigilancia, se propagó el virus y todos se contagiaron en Cuninico. Se señala que él había estado antes en Nauta, volvió a Nueva Santa Rosa y, por último, llegó a Cuninico. Una de las preocupaciones de una moradora era la demora en recuperarse de la neumonía, la cual la hacía sospechar que se trataba de COVID-19. Además, dado que la hija de Rómulo vivía en Cuninico; ella, su yerno y su suegra también le visitaban. Ella le llevaba su comida, pero también una olla con “puro caliente”. Estos indicadores levantaron las sospechas de que la enfermedad ya estaba en la comunidad. Sin embargo, el doctor y la hija negaban que fuera COVID-19.

Por otra parte, desde la perspectiva de Rómulo, él menciona que escuchó al doctor de Cuninico hablando con otro doctor diciendo que él tenía COVID-19. Es decir, el doctor sabía, pero no quería hacerlo público. Cabe resaltar que para esa fecha no había pruebas para confirmarlo. De esa manera, él se hizo la idea que tenía dicha

enfermedad. En Nueva Santa Rosa nadie dudaba que Rómulo había tenido COVID-19 salvo dos personas, la enfermera y su hijo. Desde la perspectiva de Nativi, Rómulo fue un caso de neumonía, no solo cuando lo derivó, sino luego cuando conversó con el doctor que le confirmó que estaban dándole tratamiento de neumonía. Entonces, al preguntarle por qué en la comunidad afirmaban lo contrario, ella dudó al respecto, pero reiteró la sintomatología de neumonía y su conversación con el doctor de Cuninico.

En este punto, la discusión sobre si era neumonía, COVID-19 o ambos no es el punto central, aunque muestra las complejidades de abordar un cuerpo enfermo alrededor de la sospecha. Si bien existen otras versiones acerca de la llegada del virus a Cuninico, es interesante que apunte a culpar a un extraño. Esta versión a partir de la cual se podía discutir si un morador externo trajo la enfermedad o esta ya había llegado por otro medio lo que muestra es la facilidad de señalar al extraño cuando sí hubo uno en la comunidad. Cabe recordar que había una estrecha relación entre lo extraño con el virus: alguien foráneo de la comunidad es quien trae al virus. En Cuninico, nótese que el uso del término “extraño” se usa en relación a la ubicación; era un morador externo. En este caso, no era un extraño en términos de desconocido; por lo contrario, Rómulo ha sido por varios años el encargado del equipo de fútbol de Nueva Santa Rosa y los partidos de fútbol son siempre motivo de reunión entre las comunidades. Sobre la base de esta aclaración, mientras que en Nueva Santa Rosa no hubo extraños, sino que el apu fue el primer caso al retornar de Iquitos; en Cuninico esta versión no lidia con el hecho de no tener una figura externa. A partir de esta comparación, a fin de lidiar con esta inestabilidad, es evidente que en Nueva Santa Rosa la tarea era dar explicaciones a lo complejo.

5.3.2. Hospitales: “¿Quién va a querer morir lejos de su familia?”

Hospital es un término occidental cuya traducción a kukama kukamiria es *mutsanakatupaka*. En vista de que *mutsana* es el término para medicina, sea tradicional o farmacéutica; *mutsanakatupaka* es el lugar donde se cura (Berjón y Cadenas, 2020, Junio). Sin embargo, para los moradores, el hospital es el lugar de la muerte. Conversando con Rubel e Isabel sobre las pruebas rápidas, Rubel mencionó que prefirió no hacerse una cuando llegó la brigada, a pesar de que ya estaba recuperándose de la enfermedad. Su esposa Isabel mencionó que él no había querido

saber porque decía “me voy a morir ya”. Al respecto, Rubel aclara que tenía ese temor porque sabía que a quienes estaban infectados de COVID-19 los llevaban a Iquitos y a la ciudad iban a morirse. Es más, no te devuelven, te queman, te botan. Él prefería morir en su casa como muchos otros moradores. Isabel agrega que tampoco hubiese dejado que se lo llevaran, “si es para morir, mejor te vas a quedar”. Esta perspectiva también toma en consideración la condición de los hospitales. Se describe que estos estaban tan llenos que hasta los doctores morían, peor aún ante el desborde de fallecidos. Al final, si te llevaban, en palabras de Rubel, iban de frente a morir y “¿quién va a querer morir lejos de su familia para que ni regreses”.

Sobre la base de que la cura de la enfermedad son los *vegetales*, Pablo reflexiona sobre las noticias que presentaban a las personas muriendo en la ciudad, específicamente, en los hospitales. Para él, ver a vecinos de otras comunidades que se iban a Iquitos daba pena y lástima porque ya no regresaban. Se pregunta “¿para qué vamos a ir a Maypuco, a Iquitos teniendo aquí los remedios para tener en cuenta y tomar ante eso?”. Considerando las muertes en Maypuco e Iquitos, quienes se iban, no volvían. Por lo contrario, comenta un caso de un veterano y su pareja que enfermaron, pero no permitieron que los llevaran y se curaron ellos. Con los remedios *vegetales* combatieron al COVID-19 y, por eso, la enfermedad no penetró tanto en ellos. Por otro lado, considerando que podía presentarse la posibilidad de ser trasladada, Carolina resalta que para ella en el hospital les querían matar. Particularmente, en vista de su diabetes, ella tenía miedo de ir a la ciudad con las complicaciones que podía suponer su enfermedad que se hacía más fuerte con la pandemia. Sin embargo, agradece que hubiese el tópico en la comunidad y también el centro de salud en Maypuco, que fueron ambos lugares en los que se atendió.

En el caso de los achuar, Anne Christine Taylor (1996) postula que, dado que el yo (self) es un estado, este es altamente inestable. En dicha incertidumbre causada por la ambigüedad social entra la enfermedad, cuando los individuos pierden un sentido claro de su identidad, cuando su percepción está rodeada de incertidumbre. Para los yanomami, Gonçalves (2015) nota que el entorno hospitalario complicaba la capacidad de las personas de alimentar a los pacientes, impedía que estuvieran bien nutridos y el propio paisaje sensorial del hospital suponía problemas para el cuidado; por ejemplo, la temperatura fría del aire acondicionado causaba preocupación sobre los familiares enfermos que debían estar especialmente protegidos del frío. El hospital

es un lugar ambiguo para curar porque dificulta los aspectos sociales relacionados a una persona sana, sobre todo, aspectos claves de la sociabilidad amazónica como comer con los parientes. En resumen, en vista de que los hospitales están asociados a la muerte y que, en el contexto de pandemia, las personas eran abandonadas puesto que no dejaban ingresar a los familiares; la reacción lógica ante una enfermedad descrita como mortal era “si es para morir, mejor morir en casa”. Es decir, no había motivo para ir al hospital.

En Nueva Santa Rosa no hubo evacuaciones al hospital de Iquitos durante la pandemia. Sin embargo, ante la posibilidad o el comentario de tener que referenciarles al hospital, Nativi notaba reacciones reacias sobre cómo iban a sobrevivir en la ciudad si les mandaba al hospital. Para ella, no solo debido al COVID-19, sino en general la respuesta al intentar trasladarlos era no. El punto máximo de traslado aceptado sería Maypuco porque “si nos vamos hasta el hospital, vamos a volver en cajón”. Por eso, agradece no haber tenido muchos casos severos. Cuando ella les preguntaba hipotéticamente qué pasaría si tuviese que referenciar a algún morador, la réplica era “no, señorita, aquí le vamos a hacer, aquí le vamos a tratar y por arte de magia no sé cómo se solucionaba”. Precisamente, sobre la base de que quien se va no regresa, atendían a sus pacientes con mucho cuidado para evitar que se vayan hasta la ciudad.

Cabe resaltar que, si bien se negaban a ir al hospital en Iquitos, un traslado al módulo de Cuninico o al Centro de salud de Maypuco es aceptable. Tanto los pacientes como sus familiares se encuentran en un estado ambiguo entre la humanidad y la no-humanidad, por lo que cualquier intervención de quien cura debe reducir dicha ambigüedad y hacerlos sentir humanos (Kelly, 2004). En ese sentido, este hecho muestra que no existe una negativa rotunda a trasladarse; por lo contrario, esto es visto como una opción i) es un lugar cercano a casa, ii) cuentan con familiares en el lugar donde será trasladado o iii) tienen recursos que les permitan acompañar a sus parientes enfermos durante el tiempo necesario.

En el módulo de Cuninico, recibieron a pacientes trasladados de Nueva Santa Rosa, San Francisco, Nueva Esperanza y comunidades aledañas. Tampoco los pacientes querían ser derivados al hospital. Uno de los doctores quiso derivar a un paciente de San Francisco con neumonía que tenía un pulmón afectado, pero este no ha querido. Permaneció en el módulo, ha firmado su alta voluntaria y, luego, mejoró.

Wendy remarca que la idea de que iban a venir muertos estaba muy asentada en sus cabezas. Todas las evacuaciones volvían como cadáveres. Como reflexiona Guido, “en el hospital nos curan, nos matan”.

En el caso de Rómulo, uno de los puntos que favorecieron trasladarlo fue que una de sus hijas vivía en Cuninico. Cuando estaba bien grave, el doctor que le hacía los controles le dijo que debían trasladarlo a Iquitos de emergencia. Sin embargo, Rómulo respondió que no y que no había dinero para ir a la ciudad. De acuerdo con Alicia, en Iquitos la enfermedad estaba peor tanto así que ni caso te hacían en el hospital. Antes de llegar a Cuninico, ella le reforzó que, si le preguntaban para trasladarlo, él no debía dejar que se lo lleven. Ella también prometió que se negaría, “si te vas a Iquitos, te van a poner en el hospital y a mí no me van a dejar verte. ahí te vas a morir, te van a botar, te van a quemar. porque así decían señorita todos se morían, ni caso les hacen. Les botan, les queman para que se vaya dicen esa enfermedad”. Nótese que tanto Rómulo como sus familiares iban preparados para negarse asumiendo que era una situación posible. Así, Rómulo le prometió al doctor que, si algo le pasaba, no le echarían la culpa.

Debido a que la imagen del cuidado alrededor del COVID-19 se representa con la distancia, acudir al hospital resultaba ser un proceso más difícil al permanecer aislado, sin visitas. Asimismo, las imágenes en las noticias mostraban el caos ante hospitales colapsados debido a la insuficiencia de personal de salud, escasos recursos de cuidados intensivos, la saturación de las instalaciones entre otros. Sin embargo, esta representación de los hospitales centralizada durante la pandemia tiende a no considerar demás factores que de por sí hacían complicado el hecho de acudir a un hospital. Es decir, obvias representaciones previas de este “lugar de la muerte”.

Por ese motivo, es necesario visitar la relación de los moradores con los hospitales. Cabe especificar que estas historias surgieron en conversaciones informales al recordar a familiares que habían fallecido tanto tiempo atrás como recientemente. La primera historia es acerca de una de las hijas de Rómulo que vivía en Cuninico que falleció en noviembre de 2020. Dicen que tenía leucemia y tumores en la cabeza. Fue trasladada a Iquitos donde las mantenían con donaciones de plaquetas. Sin embargo, ella también estaba embarazada. Debido a las

complicaciones con el embarazo, es trasladada a Lima, al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Estuvo ahí aproximadamente un mes. Faltando cuatro días para que reciba el alta, estaba conversando con su papá por teléfono. Rómulo recuerda que le dijo “tranquilo, papi”. No obstante, al día siguiente se enteran que estaba en UCI y tres días después había cerrado los ojos. Lograron salvar al bebé, pero ella falleció. Aunque no estaban del todo seguros, les dijeron que había sido por el COVID-19. Rosa, su madre, recuerda que en esos últimos días le decía por teléfono que le dolía la garganta, pero enfatiza que estaba sola.

La segunda historia es acerca de uno de los hijos de Alicia C.. A los 30 años, este trabajaba en un transporte fluvial de cocinero. Él le comenta a su mamá que le dolía el estómago, ella describe que tenía varias ampollas como un cinturón. Con sus conocimientos de medicina, Alicia C. logró curarle las heridas externas. Lo había sanado por fuera; sin embargo, no por dentro. Él se encontraba en el centro de salud de Maypuco. Otra de las hijas de Alicia C. le sugirió trasladarlo a Iquitos, pero Alicia C. dijo que no “porque ya no va a regresar” y no lo va a volver a ver, incluso que no tenía dinero para ir hasta Iquitos. A pesar de su negativa, su hija llevó a su hermano a Iquitos. Días después Alicia C. recibe una llamada de su hija diciéndole que su hijo había fallecido. Alicia C. no llegó al entierro, tuvieron que pasar más días hasta que pudo juntar el dinero para ir a visitar a su hijo al cementerio.

Desde una mirada más amplia, el rechazo de moradores de comunidades indígenas hacia estos espacios como hospitales o postas médicas también parte de la desconfianza respecto a las entidades estatales y la violencia estructural y política ejercida por estos que les hace evitarlos: trato discriminatorio, temor a la falta de medicinas y atenciones (Sarmiento, 2022). El sistema está estructurado para ser inaccesible para aquellos de áreas más rurales que tenían poca alfabetización y conocimientos de salud (Shannon, Motta, Cáceres, Skordis-Worrall, Bowie y Prost, 2017). Además, acudir a un hospital implica gastos de movilidad, hospedaje y/o alimentación para quienes estén pendientes de los enfermos. Las dificultades que supone que una persona acuda a un hospital también son indicadores de la violencia estatal hacia una población vulnerable. En ese sentido, el rechazo hacia los hospitales no solo se basa en las condiciones que supone la pandemia, sino en la consolidación de experiencias colectivas indígenas que comparten la noción del hospital como “lugar de la muerte” o, en general, un lugar que debe evitarse al estar enfermo. Incluso, el

mismo trayecto para llegar al hospital es peligroso por el tiempo que demora, el cual expone al enfermo al calor o al frío. Es por eso que los límites del cuidado están territorializados. El enfermo puede llegar hasta donde puedan extenderse sus redes de cuidado, más allá de estas se pone en peligro a este mismo debido a su estado inestable. No necesitan la ambigüedad de un hospital, sino la familiaridad de su entorno y sus parientes, peor aún ante una enfermedad conocida por su riesgo de muerte.

5.4. ¿Quién es el extraño? Comentarios en torno al hecho de nombrar a los casos y las rutas de contagio

En el capítulo 3, se había presentado la historia del primer caso de la comunidad. Como se mencionó, esta afirmación había sido hecha no solo por el propio caso, sino también por los y las moradoras. Como señala Behar (1990), el punto de partida de una narrativa se centra en el actor, por lo que la forma en que este produce una historia posibilita mapear su experiencia específica y la forma en que se entrecruza con otras. Por eso, en esta sección, primero se profundizará en la forma en que se construyó la narrativa para responder a la pregunta de quién fue el primer caso, no todos afirmaban de frente que había sido el apu. Las primeras respuestas podían ser descripciones generales de esta persona y, luego, se especificaba quién era. Pero, incluso, en pocos casos se mantuvo su anonimato. De tal modo algunas de las afirmaciones eran las siguientes:

“Un señor se ha ido a Iquitos y ha venido aquí enfermo de Iquitos.” (Filida - Entrevista)

“La enfermedad llegó a la comunidad por una persona, un amigo que llegó de la ciudad.” (Cleyder - Entrevista)

“Lo que aquí nosotros llegó hasta la comunidad fue que parecía un morador que había traído [la enfermedad]. Cuando se fue a la ciudad, parecía que ese morador había traído y como nosotros no le conocíamos a esa enfermedad decíamos que era una enfermedad cualquiera. Donde ese morador había caído el morador, su mujer, sus hijos y su suegra. En una casa viven mamá, mujer, marido y suegra. De ahí apareció que de esa casa ha conversado con otro y ha empezado a regarse.” (Lucy - Entrevista)

El hecho de no nombrar desde un principio da cuenta de cierta discreción acerca del tema al no acusar revelando la identidad del primer caso. Cabe notar que estas afirmaciones corresponden a moradores que no guardaban ninguna relación de parentesco con la autoridad o los familiares de este. Además, si bien el apu migró a Nueva Santa Rosa hace 10 años, este es pareja de una de las hijas de Rómulo, un

morador que vive establemente hace más de 20 años en la comunidad y es una persona respetada en esta.

Como se comentó anteriormente, explicar la llegada de la enfermedad es complicado, sobre todo si se entiende que, a partir de este, los demás moradores enfermaron. Sin embargo, la carga negativa de este se diluye ante la ausencia de fallecidos. Al primer caso también le tomó tiempo reconocerse como tal. Por otra parte, los moradores debían lidiar con la figura del extraño representado por la figura del familiar, el amigo, el vecino, la autoridad o el morador de arriba que trajo el virus. Sin embargo, dicha figura no hace más sencillo explicarlo. Por este motivo, las versiones de la historia del primer caso pueden ser anonimizadas o nombradas de frente o paulatinamente a preferencia del interlocutor, pero esto no contradice que este último vuelva a preguntarse nuevamente “¿cómo habrá aparecido esta enfermedad?”. En ese punto, la característica clave de una nueva enfermedad que llega del exterior se posiciona en la experiencia histórica de enfermedades foráneas y reinserta lo extranjero en las narrativas. Se puede reconocer que un morador trajo la enfermedad, pero sobre todo se enfatiza su carácter foráneo en sí misma. De igual modo, al referirse al coronavirus, los nombres más usados en la comunidad para referirse a este son: “el/este COVID” y/o “esa/esta enfermedad”. Por una parte, se muestra la familiaridad respecto a la enfermedad. Por otra parte, para quienes prefieren el segundo nombre existen más cuidados en no llamarlo directamente. En este punto, es importante recordar que este es descrito como fuerte, peligroso y violento; por lo que nombrarlo también es un acto de cuidado.

Además de los recursos mencionados para explicar la llegada del COVID-19 y las formas de contagio, al indagar en la secuencialidad de los contagios me preguntaba si había moradores que sospechasen o relacionasen quién fue la persona que supuestamente les habría infectado. Sin embargo, uno de los aspectos más interesantes era que esto no sucedía. Las rutas de contagio no señalaban a un probable morador o familiar, que enfermó antes que ellos, como la persona que los contaminó. La forma como la ruta de contagio es relatada en una casa es que primero cayó esta persona y, luego, cayó la otra. Por ejemplo, “yo me caí después que él empezó a recuperarse y, después de mí, cayó mi hijito”, dijo Lucy. Existe una secuencia evidente, pero nuevamente los recursos de los moradores para narrar evitan acusar y señalar a una persona como la responsable de que otra se infectara.

En el caso de Filida, señala que primero se contagió su pareja Julio y después ella. Recordaba que el primer caso había sido el apu quien llegó enfermo de Iquitos y, luego, las personas se enfermaron también. Para ella, los contagios se relacionan con el aire: al acercarte a una persona enferma “te pasa” el virus por medio del aire. Para profundizar en cómo específicamente ella se había infectado, le pregunté si, dado que su pareja cayó primero en su casa, él la había contagiado. Sin embargo, su respuesta fue un rotundo no. Ella no se había infectado por Julio, sino porque el apu era quien había llegado enfermo de Iquitos y desde ahí comenzaron los contagios. De tal modo, en la ruta de contagio se extiende, ella prefirió señalar al primer caso en tanto quien trajo el virus, en lugar de su conviviente.

De igual modo, en el caso de Hilda, ella primero dijo que el primer caso fue un morador enfermo de la parte de arriba de la comunidad. Al indagar si era un morador que había vuelto de viaje, mencionó por primera vez que era el apu quien había vuelto de viaje de Iquitos. Como en la ciudad ya estaban contagiados, él trajo el virus y muchos se contagiaron en la comunidad. A pesar de esta descripción, se volvía a enfatizar el cuidado de la comunidad para prevenir el virus:

“Pero así mismo [cuidándonos] ha llegado la enfermedad por acá. A la enfermedad no [la] vamos a poder detener. A las personas podemos detenerles, pero a la enfermedad [que] viene quizás, ¿cómo? Un virus que ya no se le puede detener uno.” (Hilda - Entrevista)

Finalmente, la enfermedad es retratada como inevitable. A las personas se les puede detener, pero no se pudo detener a la enfermedad. Si bien por un momento parecía que había una ruta de contagio, esta desaparece dado que la agencia del virus es superior a la de los moradores.

5.5. “Ya no tenemos miedo”: cuidados después del COVID-19

“Si hubiéramos sabido [de la enfermedad], en este lugar, hubiésemos lamentado vidas”, pensaba Guido en retrospectiva. Pero se vivió la enfermedad y el miedo disminuyó al encontrarle su medicina y recuperarse. Para Lucy ya terminó el tiempo en que estaba “reinando” la enfermedad en la comunidad y vino para asustarles, ahora es una enfermedad común. En resumen, aunque hubo constante sospecha, la forma de abordar la enfermedad como una gripe simple o fuerte facilitó lidiar con esta: se simplificó la complejidad con que era representada la enfermedad. Con la comprobación de contagio a través de las pruebas rápidas y la recuperación

de la comunidad, con certeza se afirmó que el COVID-19 había estado entre los moradores. No obstante, como menciona Rómulo, “ya se ha tenido esa enfermedad ya sabemos como es”. La experiencia de vivir la enfermedad la normalizó en una más que quedará junto a otras como la fiebre amarilla, la hepatitis B, la malaria, el cólera, entre otras. Como cualquier otra enfermedad, “en cualquier rato te vuelve a agarrar la enfermedad”, menciona Alicia, incluso quizás todavía está cerca.

Como se comentó, para agosto de 2020, los acuerdos de prevención principales fueron suspendidos. La cotidianidad volvió a Nueva Santa Rosa. Durante el trabajo de campo entre septiembre y octubre no había restricciones a foráneos, el distanciamiento y el uso de mascarillas era escaso. En primer lugar, hubo visitas de ingenieros. Uno comentaba que se sentía más seguro en las comunidades que en la ciudad, puesto que en estas el virus ya pasó y no se preocupaban por la ausencia de protocolos. Las comunidades son representadas como espacios pos-pandemia donde los protocolos no son mandatorios. En otra oportunidad, llegaron otros ingenieros para una reunión sobre la construcción del local comunal. Estos últimos portaban mascarillas y faciales, incluso trajeron algunas mascarillas para los moradores que asistieron a la reunión. En segundo lugar, en la asamblea del 30 de septiembre, llegó una comisión de una ONG cristiana adventista cuyo propósito era mejorar la respuesta comunitaria para contener la propagación del COVID-19 de poblaciones indígenas. Las dos representantes portaban mascarillas. Se les preguntó si tenían relación con Petro Perú o del Estado porque las figuras foráneas son figuras de desconfianza. Asimismo, al ingresar el apu bromeó que no tuvieran miedo, que ya estaban recién vacunados. En tercer lugar, quienes acuden a trabajar al campamento en el desbroce reciben mascarillas y alcohol por parte de la empresa que portan consigo cuando los recogen para ir a trabajar. En ese sentido, el tema de protocolos principalmente centrado en el uso de mascarillas se hace presente a partir de figuras foráneas y asociadas al sector privado que tiene presencia en la zona.

En relación con las actividades de la comunidad, las asambleas mensuales en las cuales se reúnen la mayoría de los moradores se desarrollan con normalidad en el colegio. De igual modo, asistir a los partidos de fútbol de la comunidad es una de las actividades sociales más recurrentes. Secundariamente, también están los partidos de vóley. Los moradores se reúnen alrededor de la cancha, comen, hacen

sus apuestas y salen a conversar después de trabajar. Mayormente juegan los jóvenes, pero los fines de semana también salen los veteranos o las moradoras.

Figura 10. Moradores de Nueva Santa Rosa viendo un partido de fútbol



Fuente: Elaboración propia

Al mismo tiempo, observar los partidos de fútbol en la televisión de algún vecino con cable es una actividad cotidiana, más aún si se juega un partido de la selección. Si el partido no es en el horario de electricidad, se prenden el generador de la luz de la casa o solicitan que se extienda un poco más el horario ese día. Mientras veíamos un partido, uno de los moradores estornudó y el apu bromeó “es COVID, vamos a mandarlo a hacer su cuarentena”. Aparte de estos partidos, se suelen ver documentales, películas, novelas o programas de espectáculo que también reúnen a los moradores en la noche. Además de estos espacios están las clases en el colegio, las misas del sábado, las reuniones, a veces en las tardes hay más afluencia de personas en la avenida principal y en las tiendas igualmente.

Finalmente, respecto a las relaciones intercomunales, el viernes 8 de octubre fue la celebración del aniversario de Cuninico, por lo que casi toda Nueva Santa Rosa fue. Había un total de 9 comunidades presentes para el partido de fútbol. Todas las personas estaban agrupadas en diferentes partes de la cancha principal, visitaban amigos, compraban comida o también habían llevado productos para vender. Así como en la misma comunidad, entre las y los moradores de las comunidades no hay preocupación por contagiarse entre ellos mismos. La enfermedad te agarra en la ciudad, así que no existe motivo de miedo.

Figura 11. Penales del partido de fútbol por el aniversario de Cuninico



Fuente: Elaboración propia

5.5.1. Primeras impresiones de la vacunación contra el COVID-19

El 30 de septiembre de 2021 se realizó la primera dosis de vacunación contra el COVID-19. Para esto, el 6 de septiembre el técnico había hecho un censo de vacunación en el cual 77 personas expresaron que querían vacunarse de los moradores mayores de edad. Cabe notar que la llegada de la vacunación había sido

una demanda de las autoridades y durante mi presentación esté también fue un tema que resonaba, ya que no había una fecha clara de la llegada de la brigada hasta un día de la vacunación. Dicho día anterior el apu utilizó el megáfono de la comunidad y anunció a los moradores que estuvieran atentos a la llegada de la DIRESA para su primera dosis. Esta acción se repitió el mismo día en la mañana a modo de recordatorio.

Ese día mientras desayunaba con Rómulo y Alicia C. conversamos un poco sobre las expectativas de los moradores sobre la vacunación. Algunos moradores que se habían empadronado al inicio, ahora estaban un poco inseguros o ya no querían vacunarse. Rómulo sí quería porque lo veía como una vacuna más, así como las que existen para otras enfermedades; mientras que Alicia mantenía que sí porque “cuando tienes que morir, mueres”.

En esa conversación, Rómulo me dijo también que había escuchado acerca de que al vacunarte te inyectaban un chip. Al finalizar me preguntó en una tonalidad baja, “¿tú crees que sea cierto?”. Si bien mi principal rol era escucharlos y preguntarles acerca de sus opiniones sobre el tema, los moradores también querían saber mi opinión acerca de la vacunación, al ser un tema coyuntural. Estas preguntas también habían surgido en otras conversaciones en las que me preguntaban directamente si yo me había vacunado, si quería vacunarme o si creía que eran ciertos algunos de los comentarios que se habían difundido sobre esta. En ese sentido, cabe decir que durante mi trabajo de campo también me convertí en una fuente de información sobre el tema, era una actora más respecto a este.

La enfermera Nativi tiene un vívido recuerdo de la primera vez que llegaron las vacunas al Perú. En la comunidad escuchaba tanto comentarios a favor como en contra. El comentario más recurrente era que les iban a poner el sello de la bestia, además que la vacuna mataba o era un chip. Dado que ella actualmente trabaja en Bajo Amazonas, pudo comprobar que “de punta a punta” esa misma idea está en las comunidades. Ella expresaba que también tenía un poco de temor aun siendo personal de salud, así que este aspecto le ayudaba a ponerse en su lugar. En su experiencia vacunando en Bajo Amazonas, la estrategia que utilizó para motivarlos era señalar que la vacuna que les iban a aplicar era la misma que primero le pondrían

a ella. Aclaraba que estas no eran vacunas distintas, “a mí me va a poner primero lo que a ti te van a poner”.

En entrevistas previas a este día, quienes expresaban su interés por vacunarse mencionan que la vacuna era una forma de estar protegidos si en cualquier momento vuelve la enfermedad; es decir, tener el cuerpo preparado. Esto último es bastante similar a la idea de los *vegetales* no solo como curación, sino como modo de prevención para fortalecer el cuerpo. Guido estaba a la expectativa de la brigada y consideraba que era una falta de cuidado no protegerse así cuando ya había una vacuna.

A las 8:45 am llega la brigada de la DIRESA. Se presentó la doctora principal encargada de la vacunación de pueblos indígenas, una licenciada quien se encargaría de vacunar y dos técnicos que ordenaban la recepción de documentos de identificación, la firma del consentimiento y los carnets de vacunación. El técnico de la comunidad no estaba presente porque estaba recibiendo una capacitación en la ciudad de Nauta acerca de vigilancia epidemiológica y factores de riesgo por exposición a metales pesados y metaloides en el marco del COVID-19. Después de que la doctora saluda al apu, el personal de salud se instaló en el tópic. Afuera de este, se puso un cartel de “Yo me vacuno contra el coronavirus” que resaltaba tres puntos: muchas personas ya han sido vacunadas contra el coronavirus, las vacunas salvan vidas y nos protegen; y no tener miedo a vacunarse tanto por uno mismo como por su comunidad. Algunos moradores ya estaban preparados para ir a vacunarse, otros todavía no se alistaban o recién volvían de la chacra. Cabe notar que, a la llegada del personal de salud, estos no usaban mascarillas, sino hasta después de haberse instalado y también ponerse sus EPP.

Figura 12. Día de la primera dosis de vacunación contra el COVID-19 en Nueva Santa Rosa



Fuente: Elaboración propia

Para Rómulo y Alicia C. era un evento importante, así que desde temprano se alistaron con sus mejores vestimentas y fueron los primeros en acudir al tópic. Por ser los primeros, les regalaron unas mascarillas y polos. A las 9:15 am abren el tópic y poco a poco, los moradores se fueron reuniendo. Pocas personas llegaron con sus mascarillas y el tema de la distancia no era un asunto de preocupación para los moradores, ni para el personal de salud. Dicho escenario de ausencia de mascarillas y distanciamiento también fue señalado por la doctora, pero el hecho de estar en la comunidad minimizaba las exigencias al respecto. Es así que se concibe a las comunidades indígenas como lugares donde los protocolos no son mandatorios, a pesar de los riesgos de contagio.

Antes de iniciar la vacunación, la doctora dio una breve presentación y espacio para resolver dudas de las y los moradores. En primer lugar, la dosis que se aplicó ese día correspondía a la vacuna de Sinopharm. Aclaró que esta era la misma que

había utilizado también para el personal de salud y que en total recibirían 2 dosis. La segunda debía ser mínimo 21 días después de la fecha. Después de vacunarse, debían esperar unos 20 minutos para evaluar si tenían alguna molestia. En segundo lugar, respecto a los efectos de la vacuna, la doctora les preguntó acerca de sus experiencias vacunando a sus hijos que eran ejemplos de que algunas veces las vacunas pueden generar malestares, dolor de cabeza, sensación de resfriado y dolor en el hombro. A pesar de esto, no les impide realizar su vida con normalidad. En tercer lugar, se abordó los comentarios que habían escuchado sobre la vacuna. Ella mencionó los siguientes comentarios en su experiencia vacunando en comunidades: la vacuna mata; es el 666; es un chip para perseguirlos y saber sus acciones; te vuelve gay; te vuelve infértil y que la vacuna está llegando a las comunidades nativas para matar a los indígenas. Al respecto, catalogó estos comentarios de mentiras. Resaltó que hasta el momento habían vacunado más de 500 comunidades en las que todos seguían vivos, al igual que ellos como personal de salud, y que estas no tenían ningún contenido hormonal.

En cuarto lugar, se señaló que el propósito de la vacuna era prevenir; es decir, el hecho de vacunarse no significa que no se volverían a contagiar. Sino, se reducía la gravedad de los síntomas y el riesgo de muerte. La doctora hacía énfasis en la mortalidad del virus señalando la abundancia de casos y muertes en las ciudades. En quinto lugar, quienes no podían acceder a esta primera dosis eran personas que habían estado resfriados recientemente y todavía estaban en proceso respiratorio, así como quienes habían consumido alcohol el día anterior. Por otro lado, quienes tenían diabetes, hipertensión, epilepsia o cualquier otra enfermedad que conforma el grupo de riesgo son las principales personas que debían vacunarse. La segunda dosis estaba planificada para el 27 octubre y quienes no había llegado a recibir su primera dosis ese día, la recibirían en la segunda entrada de la brigada. Sin embargo, para dichas personas, debían acudir a Maypuco para la segunda. En el espacio para dudas una de las preguntas fue el rango de edad para vacunación, a lo que se respondió mayores de 18 años. Asimismo, se preguntó si podían vacunarse a pesar de tener dolores en la espalda. Ante esto, ese tipo de dolores que corresponden al tipo de trabajo de los moradores no tienen ninguna contraindicación y, si llevaban algún tratamiento con medicamentos, podrían continuar este con normalidad.

Figura 13. Moradores esperando su turno para su primera dosis en el tópic



Fuente: Elaboración propia

La estrategia de la DIRESA consistió en que el primero en vacunarse debía ser el apu para dar el ejemplo a las y los moradores. Como principal autoridad, el hecho que fuese el primero daba una buena imagen para la campaña. Sin embargo, se comentaba que el apu no quería vacunarse. De hecho, parecía que buscaba excusas para no vacunarse; por ejemplo, se olvidó su documento de identidad. Sin embargo, al notar estas estrategias para evadir a la brigada, la doctora le dijo que no era necesario que saliera para traer el documento, sino que brindase sus datos. En el tópic, los moradores rumoreaban que el apu tenía miedo, pero finalmente este fue el primer vacunado. Conversando con él días después afirmó que había sido de esas personas que no querían vacunarse porque había muchos comentarios, pero que cambió de opinión por la futura utilidad del carnet de vacunación para trabajar y viajar.

Figura 14. Segundo morador recibiendo su vacuna contra el COVID-19



Fuente: Elaboración propia

Mientras los primeros moradores se vacunaban, el ambiente en el tópico era silencioso, se percibía la tensión y la expectativa de las y los moradores. Sin embargo, poco a poco, mientras más personas llegaban fue tornándose más bullicioso. Los comentarios humorísticos entre quienes esperaban su turno tenían más protagonismo: “está de miedo”, “ya tiene la marca [de la bestia]”, “¿ya has muerto o estás viviendo?”, “no vamos a comer 4 días”, “esa aguja queda ya dentro del hombro”.

De acuerdo con Overing (2000), lo lúdico es una herramienta poderosa para la vida social, es una habilidad de convivialidad considerada necesaria para varios aspectos de la vida. Es una herramienta que debe ser afinada y perfeccionada por los

miembros de una comunidad, sobre todo por los líderes, para mantener la moral del grupo. Para los piaroas, una buena risa es esencial para la salud de la comunidad (p. 76). En este caso, cada una de las bromas alrededor de la vacunación contra el COVID-19 tiene de trasfondo la incertidumbre de lo escuchado y leído sobre estas. En ese sentido, las aproximaciones lúdicas hacia la vacunación permitían aligerar los nervios al mismo tiempo que hacían referencia a sus miedos. En otras palabras, el humor era una manera en que los moradores podían exponer y reconocer entre ellos sus temores abiertamente al mismo tiempo que aligeraba estos últimos.

En la parte final de la campaña, para abrir un frasco de la dosis, tenía que haber 5 personas. Si no había esta cantidad, no podía abrirse, así que estaban esperando a que otros moradores llegasen. Sin embargo, para no demorar, también preguntaban a las personas que estaban dentro o alrededor del tópico si querían vacunarse o conocían a alguien que todavía no se había acercado. Era curioso que dichos moradores que estaban cerca del tópico que no se habían vacunado habían ido a observar cómo era la campaña. Al invitarles a vacunarse para abrir el frasco, aceptaban, a pesar de que no habían previsto vacunarse ese día por las inseguridades que tenían. Más allá de que hubiese un censo, como todo evento, una invitación era necesaria para motivar la confianza. En total se vacunaron 80 personas. Carolina no quería que la vacunaran y había escuchado por una de sus sobrinas que quienes tienen diabetes, como ella, no les vacunan. Sin embargo, ante la duda, ese día cuando su pareja Lizardo volvió de la chacra, lo envió a averiguar si era cierto. Al enterarse que sobre todo vacunaban a los diabéticos fue al tópico, esperó su turno y se vacunó. A la enfermera Nativi, le contaron que algunas personas que al inicio se negaron en Nueva Santa Rosa, se dejaron vacunar y eso la alegró, ya que indicaba que los moradores estaban más concientizados. Los moradores estaban a la espera de su segunda dosis el próximo mes.

Después de la vacunación, conversé nuevamente con algunos moradores. Algunos señalaron haber sentido un poco de dolor en su hombro, pero varios concordaban en que habían estado nerviosos. Aunque habían asistido a vacunarse, no estaban del todo seguros sobre las consecuencias de esta. Rondaba la pregunta “¿cómo será?”. Es decir, quienes se vacunaron lo hicieron aún con dudas y están esperando unos meses para verificar la certeza de los comentarios que escuchaban. En un tono humorístico, unos moradores decían que eran vacunas de vaca y que,

luego, se convertirían en vacas. Sobre el tema de que la vacuna “choca”, añaden que esperarían entre 6-8 meses para ver la reacción de sus cuerpos. No podían hacer más que esperar porque “ya estaban sellados”:

“Para mí era un pensamiento, yo cuando he ido a ponerme ahí para mí era un pensamiento, yo decía “aquí me muero, me muero” porque decían, así pues. [A] la gente mayor les choca bien fuerte, caen muertos, un derrame, no sé qué decían. Yo decía voy a ponerme nomás una de dos. Le decía a mi doña yo, “dice que a los de edad les choca fuerte. [Las] ampollas son de vaca”, no sé qué decían.” (Rubel - Entrevista)

En relación con quienes no se habían vacunado, los moradores mencionaban que había dos temores: i) la vacuna era muy fuerte y si estabas débil, te mataba y ii) era el sello de la bestia. Sobre este último, sin dicho sello no se podría viajar, comprar, obtener trabajo de acuerdo con las escrituras de la Biblia. El propósito de este sello era tenerte controlado en un sistema donde sabrían tus acciones. Este sello aparece en tu mano o en la frente. De acuerdo con el Apocalipsis del Nuevo Testamento, el número 666 es la marca de la bestia, impuesto por Satanás o el Anticristo. Quienes no adoren la imagen de la bestia morirán. Esto hizo que todas las personas se pusieran una marca en la mano derecha o sus frentes. Quienes no tengan el número de la bestia no podrán comprar o vender (Apocalipsis 13:13-18). En el libro *The New Money System*, Stewart (1982) discute acerca de cómo los códigos de barra de productos, lugares y personas se están convirtiendo en un sistema universal de identificación que contiene el número 666 para propósitos de compra y venta. Al final de los tiempos, quienes no tuviesen la marca del 666 serían afectados por la guerra económica del Anticristo sin el privilegio de comprar y vender. Miguel Ángel Cadenas y Manolo Berjón, quienes tienen una larga trayectoria de trabajo en el Marañón con población kukama kukamiria, mencionaron que las iglesias evangélicas han incorporado el pensamiento escatológico indígena que ven reflejadas en la oposición a las vacunas como castigo divino (Berjón y Cadenas, comunicación personal, 2021). Cabe resaltar que algunos denominaban estos temores como comentarios y otros como rumores. Las formas de nombrarlos dan cuenta de la percepción de los moradores sobre la duda y la desconfianza a partir de la información que recibían.

En resumen, los temores descritos hasta el momento sobre la vacunación eran de que la vacuna los matara, es para tenerlos controlados o afectará su reproducción. El aspecto común de todos estos temores está arraigado a la violencia histórica que

conforma la memoria colectiva de pueblos indígenas. En relación con las tensiones y desencuentros entre el Estado y población indígena, Espinosa (2019) señala que el primero tiende a ser descrito como una amenaza no solo en el ámbito de la seguridad jurídica de territorios indígenas, sino como amenaza directa para la seguridad y supervivencia indígena. Dicho temor se expresa en la asociación de instituciones y funcionarios del Estado con seres sobrenaturales y peligrosos como *kamari*, *pishtacos*, saca-ojos o saca-órganos, pela-caras, corta-cabezas quienes ponen en riesgo la salud y vida indígena (p. 14). Santos-Granero y Barclay (2010) señalan la diversidad de presentaciones de los selladores en distintos pueblos indígenas. En el territorio awajún-wampis, se sintetiza en la imagen de un “funcionario estatal encargado de programas de ayuda a las comunidades nativas encargado de programas de ayuda a las comunidades nativas que sella a la gente por diferentes medios y en distintas partes del cuerpo con el fin de hacerle daño.” (Santos-Granero y Barclay, 2010, p. 36). En los asháninka, hay otra versión del sellador como una promotora del programa Juntos y, por último, es presentado como un promotor o promotora de salud encargado de las campañas de vacunación. De igual modo, la amenaza del Estado asociada con el anticristo o el sello de la bestia se ha mostrado también en la inscripción del nombre para obtener el documento de identidad nacional (DNI) o al ser beneficiario de un programa social como Beca 18, en el cual se dice que se les coloca un chip a los DNI de jóvenes universitarios accesitarios a dicha beca (Espinosa, 2019). Estas referencias al sello de la bestia, relacionadas a seres peligrosos, se traduce en el incremento de tensiones en comunidades indígenas que no solo corresponde a la presencia cada vez más intensa del Estado, sino de empresas extractivas, narcotraficantes, mineros y madereros ilegales; así como incremento de escolarización, procesos de migración y urbanización, monetarización y la agresividad de la economía de mercado (Espinosa, 2019, p. 64). Como se ha descrito, en el escenario kukama kukamiria, las desequilibradas relaciones de poder entre las comunidades afectadas por los derrames de petróleo y el Estado explican los miedos hacia la figura del personal de la campaña de vacunación contra el COVID-19. Las tensiones respecto a las instituciones estatales han producido la intensificación del constante estado de alerta en Nueva Santa Rosa, así como en los otros casos descritos.

Respecto a las inequidades en poblaciones indígenas, “la cultura es utilizada con frecuencia para justificar la incapacidad de respuesta de las instituciones del Estado” (Martini-Briggs y Briggs, 2011, p. 389). En este caso, el riesgo de que los temores son resignificados como solo rumores, se invalida las sensaciones de miedo e impide una mirada crítica a la propuesta de vacunación en pueblos indígenas. Sin embargo, un punto positivo fue traer a colación la memoria de campañas de vacunación anteriores, sobre todo en relación con las experiencias de vacunación de sus hijos contra el sarampión, la hepatitis, la viruela, la fiebre amarilla, entre otras que transmitía la idea de que similar a otras enfermedades, había una vacuna también contra el COVID-19. En ese sentido, la normalización de la enfermedad como una más de la lista facilitó también la aceptación de la vacuna.

5.6. Más allá del COVID-19: temas pendientes de salud

“Que en Europa los que nos son comerciantes no conozcan al Perú es excusable; que los peruanos que residen en Lima u otro lugar cualquiera y que nada tiene que ver, ni hacer con Loreto, lo desconozcan y se contenten con su rudimentario y falso concepto de escolares, pasa; pero que el Gobierno, el encargado de vigilar el desarrollo cultural, el progreso de sus pueblos, no sepa, no conozca el departamento de Loreto, ignore sus necesidades, sus producciones, sus industrias, su comercio, etc. es enteramente inexcusable.”

Miguelina Acosta

La reflexión de Miguelina Acosta sobre el Estado respecto al departamento de Loreto sigue vigente y continúa siendo inexcusable la falta de respuestas rápidas ante la necesidad de acciones urgentes. Uno de los enfoques de los márgenes del Estado de Das y Poole (2008) se resume en que dichos márgenes no son simplemente una ubicación fuera del Estado, “sino más bien como ríos que fluyen al interior y a través de su cuerpo” (p. 29). Al contrario del imaginario de los márgenes como espacios inertes y poblaciones a la espera de dirección; reclaman y demandan más del Estado. Dentro de la precariedad de los márgenes también existen acciones e ideas relegadas para reconfigurar el cuerpo ciudadano.

En ese sentido, un término que cobra importancia es “andar” en la búsqueda de justicia. De acuerdo con la Defensoría del Pueblo (2002), en las denuncias y pedidos sobre desapariciones forzadas, la demanda de responsabilizar a los culpables tiende a disminuir tras largos años de búsqueda en comparación con la búsqueda de

la verdad. Se solicita la información fidedigna de dónde se encuentran o que se les entreguen los restos de sus familiares. “[...] Eso queremos nosotros, justicia queremos. Justicia. ¿Cómo vamos a andar sin saber nada? Pero siempre estamos andando nosotros ¿Cómo nos vamos a quedar así?” (citado por Defensoría del Pueblo, 2002, p. 229). Este tipo de expresiones de memoria constan de formas de protección, denuncia y señalamiento (Gautavita, 2014). De forma similar, en el caso de las afectaciones de los derrames de petróleo, los moradores “siguen andando” para recuperar lo perdido: “Desde el 2015, he empezado a andar duro”, “yo sigo andando” y “no he andado en vano” (Pablo - Conversación). Una tarea que comenzaron los adultos y cuya responsabilidad pasa a las próximas generaciones por la defensa de un ambiente y cuerpos sanos.

En el Bajo Maraón no solo se está viviendo la pandemia, sino también las consecuencias de la contaminación petrolera. Uno de los moradores describe a los funcionarios estatales como *buchisapos*; quienes comen, toman, bailan, se ríen, se divierten, están caminando; mientras que quienes sufren son ellos que están trabajando. Resistieron al COVID-19 hasta encontrar su remedio, pero para uno de los moradores más antiguos “más importante es la demanda”. La pandemia parece controlada mientras que la remediación de la quebrada, sus territorios, sus medios de subsistencia, sus cuerpos y sus vidas aún permanecen pendientes.

La duración del plan de salud de atención a los afectados por derrames de petróleo, que fue aprobado en septiembre de 2019, era de dos años: octubre de 2019 - octubre de 2021. Sin embargo, este fue ampliado hasta diciembre de 2021. El hecho de que las cuatro comunidades demandantes hayan tenido atenciones cercanas durante la pandemia con las facilidades y dificultades mencionadas dependió de dicho plan. Sin embargo, en vista de las fechas, este está próximo a su fin. Por este motivo, las narrativas y experiencias de cuidado inscritas en procesos de atención se orientan a la demanda por una atención de salud permanente en la comunidad y el módulo en Cuninico. “Antes, nuestros padres, abuelos decían que no había farmacia, ¿con qué nos curábamos? Con puritos *vegetales* y nos curábamos. Ahora la medicina ha avanzado y con una ampolla, una pastilla, habiendo mejores medicinas”, dice Rómulo. Para curarse, la medicina son tanto los *vegetales* como la farmacéutica, para lo cual necesitan una posta o centro de salud al cual puedan acudir rápidamente y esté bien implementado. Así como lo ha ejemplificado la pandemia, Aureliano cree que lo

necesitan para defenderse de las enfermedades que vienen, enfermedades que pueden ser más complicadas que el COVID-19 y necesitan estar preparados y preparadas.

5.7. Balance del capítulo

En este capítulo, el foco de atención fueron los cuidados de las personas enfermas dentro de las supuestas tensiones que se planteaban alrededor del COVID-19. En el contexto de la comunidad donde la llegada de la enfermedad todavía era un punto de incertidumbre, las supuestas tensiones no eran visibles. En primer lugar, un tema recurrente en las conversaciones y entrevistas eran las consecuencias de los derrames. Estos forman parte de la historia de las comunidades afectadas y, por lo tanto, son inseparables de sus memorias y de sus cuerpos. Las categorías de cuerpos sanos y cuerpos enfermos no pueden entenderse en Nueva Santa Rosa sin preguntarse qué cuerpos habitan después de los derrames; cuerpos que cuestan ubicarse en la categoría de sanos. En segundo lugar, la simplificación de la enfermedad ante la incertidumbre del contagio provocó que los cuidados no estuviesen dirigidos por el protocolo estatal de distanciamiento, uso de mascarillas, entre otros. El cuidar no era un asunto de tensión en términos de contagios, sino que la prioridad era que la persona se recupere. El reconocimiento de la presencia de la enfermedad en la comunidad fue posterior: pasó de ser solo una gripe a el COVID-19. Las implicancias de este giro significó que los moradores autoanalizaran nuevamente sus propias experiencias y reconocieran el factor extraño en estas. Sin embargo, incluso al reflexionar sobre esto, el COVID-19 no hubiera supuesto el aislamiento de los parientes enfermos. Cuando uno estaba enfermo, era cuando más necesitaba de sus parientes para cuidarlo. Además, el espacio era determinante respecto a las posibilidades de las casas para distanciarse, que en la mayoría de casos no lo permitía.

En tercer lugar, al ampliar la mirada de espacios como Cuninico y Maypuco, las tensiones se hacían más visibles respecto a los traslados de otras comunidades. Estas se ejemplificaban con comentarios críticos sobre la presencia de posibles personas infectadas de COVID-19 hasta el rechazo de la atención de estos. La figura de “el extraño” es nuevamente analizada no como una persona completamente foránea, sino alguien conocido que también es motivo de miedo y rechazo para algunos moradores.

Principalmente, las narrativas comparadas entre Nueva Santa Rosa y Cuninico exponen la lógica de explicar la llegada del virus desde tener a un extraño a quien responsabilizar. Sin embargo, la presencia o la ausencia de este orienta las posibilidades de las explicaciones y la necesidad de dar sentido a los hechos de otras formas. Por otra parte, los hospitales son los lugares que exacerban las cuestiones ligadas a los cuidados. Ante la sospecha de estar infectados o la sugerencia de ser trasladados al hospital, la respuesta es no. Es un no del paciente y de los familiares porque dichos lugares son descritos como “lugares de la muerte”. Se cuestionaban para qué irse, si finalmente no volverían. Entre las opciones de estar cerca de sus hogares y sus familiares a irse a un hospital lejano, no existe dudas en preferir lo primero; más aún con las restricciones de visitas debido a la pandemia. Además, estas representaciones de los hospitales están asentadas en las vivencias de las y los moradores mucho más antes que la misma pandemia. Sin embargo, traslados a puestos de salud cercanos como Cuninico y Maypuco reúnen las cualidades que los familiares buscan para cuidar a sus parientes enfermos.

En cuarto lugar, al profundizar en la figura del extraño, las narrativas acerca de la llegada del coronavirus que hacían referencia al apu no eran contadas todas de la misma manera. Algunas podían señalar directamente, pero otras no lo nombraban desde el inicio o ni lo nombraban. Señalarlo era un hecho complicado por las implicancias en términos de contagios. Por eso, era comprensible que, a pesar de indicarlo, se retornase a la pregunta sobre cómo llegó el virus para retomar su componente foráneo. De igual modo, el acto de contagiar también es narrado con cuidado. Nuevamente se evita señalar a un culpable de que otra persona se haya contagiado. Las narrativas de las rutas de contagio no culpabilizan, pero muestran el orden. En caso de que busquen culpabilizar, no lo harán con un familiar cercano, sino retrocederán hasta el inicio de los contagios.

En quinto lugar, se comentó los cuidados que sigue la comunidad después de los momentos más difíciles de esta a mediados del 2020. Los cuidados parten de la premisa de la ausencia de miedo. Si bien la pandemia continúa, en la comunidad, la enfermedad ha sido normalizada. Los moradores son conscientes de que pueden volver a enfermarse o de que la enfermedad puede aún estar rondando cerca. Sin embargo, sus experiencias de enfermedad y curación les han dado confianza, en comparación de los temores que sentían cuando esta aún estaba en la categoría de

lo desconocido. No hay temor ante las visitas de moradores de otras comunidades o foráneos. Son estos últimos los que son los recordatorios de la continuidad de la pandemia y los cuidados respecto a esta. Además, otro hecho importante que tuvo bastante espera y demanda fue la vacunación. Antes que nada, había dudas e inseguridades de la población. Comentarios y rumores que resultaban en la muerte de indígenas habían circulado entre las comunidades sobre la vacuna contra el COVID-19. Por una parte, el personal de salud mostraba comprensión y empatía hacia los temores de los moradores. La estrategia previa a la vacunación era señalar que, como personal de primera línea, ellos recibirían primero la vacuna. Es decir, serían la prueba de que la vacuna no provoca mayores perjuicios a sus cuerpos. Por otro lado, al momento de la vacunación, la estrategia era que la autoridad de la comunidad, el apu, fuese el primer vacunado para dar el ejemplo y confianza a la población. La vacunación era un evento esperado, pero también complicado, lleno de incertidumbre. Evocaba las memorias de campañas de vacunación, pero también los temores de violencia asentados como pueblos indígenas. Sin embargo, un factor no previsto que favoreció la campaña fue la normalización de la enfermedad dentro de la memoria de enfermedades recientes de la zona.

Por último, en el contexto de la pandemia del COVID-19, no se puede obviar que el punto de partida de las narrativas y experiencias de los moradores para pensar sobre el cuerpo y la enfermedad es la contaminación petrolera. Así como vivieron el coronavirus, en paralelo, venían viviendo en cuerpos contaminados y ambientes carentes de vida. Las demandas de salud están claras: la medicina o *mutšana* debe ser accesible. La pandemia es un ejemplo más de las enfermedades que les persiguen y ante las cuales necesitan todos los recursos para defenderse.

CONCLUSIONES

Esta investigación se inscribe en el conjunto de investigaciones recientes sobre pueblos indígenas en la pandemia del COVID-19 en el contexto peruano. Abordar las perspectivas locales para profundizar en las narrativas y experiencias de cuidado es sumamente importante para comprender las historias y voces desde las comunidades indígenas quienes han sido parte de los grupos más vulnerables durante la pandemia. Desde una aproximación etnográfica, sobresalen los significados alrededor del COVID-19, las vivencias durante la pandemia y, sobre todo, la importancia de los cuidados ante una nueva enfermedad.

La pregunta de investigación planteada al inicio era la siguiente: **¿Cuáles son las narrativas y experiencias de cuidado durante la pandemia de la COVID-19 en relación con las nociones de enfermedad y cuerpo en la comunidad kukama kukamiria Nueva Santa Rosa?** A lo largo del trabajo de campo, las primeras conversaciones fueron importantes para entender puntos significativos de la experiencia comunitaria de la enfermedad. El momento de narración de los hechos corresponde a más de un año después de los momentos más críticos de la comunidad, por lo que las entrevistas y conversaciones también fueron motivo de reflexión sobre los hechos recientes. En este proceso de reflexión, la pregunta más reiterante de las y los moradores era cómo habrá llegado esa enfermedad. Esta era el hilo conductor para entender las nociones relacionadas al COVID-19. Era una pregunta que carecía de una sola respuesta y abrió las posibilidades de contemplar la manera en que se articulaban los cuidados para pensar en las memorias, el miedo, la sospecha, el compartir, lo extraño y la salud.

Metodológicamente, un aspecto que enriqueció la investigación fue la observación-participante en la comunidad, ya que permitió desarrollar vínculos de confianza ante la figura de una desconocida, principalmente con las y los moradores adultos. Asimismo, la visita a Cuninico fue favorable para entender la ruta de acceso a salud por parte de Nueva Santa Rosa como una de las comunidades que conforman el plan de salud de las cuatro comunidades afectadas por derrames de petróleo. De igual modo, a pesar del replanteamiento a un campo presencial, las reflexiones sobre la etnografía a raíz de la pandemia fueron significativas para una metodología híbrida. Considerar un campo remoto hizo posible acceder a actores que también se habían movilizado durante la pandemia, así como incluyó coordinaciones previas con la

comunidad. Visto así, es de gran importancia rescatar las narrativas y experiencias de las y los moradores de Nueva Santa Rosa. En sus cotidianidades se visibilizan los cuidados a través de sus conocimientos, acciones, sentires y relaciones.

La agencia de las enfermedades y reflexiones sobre la llegada del COVID-19

En primer lugar, esta investigación ha tomado en cuenta poner al COVID-19 en perspectiva con la historia epidemiológica de la zona. Existen memorias y experiencias familiares y personales sobre las enfermedades, que incluso consideran la práctica de aislamiento dependiendo de lo peligrosa de la enfermedad. Sin embargo, un eje fundamental de las historias de las enfermedades fueron los derrames, los cuales afectaron cada aspecto de la vida de las personas. Las enfermedades eran caracterizadas como agentes que atacaban si te las cruzabas, peor aún si uno no era cuidadoso. No obstante, en un ambiente contaminado, las enfermedades toman más agencia. No solo existen, sino que les persiguen. En ese sentido, el lugar que habitan, las actividades que realizan, la comida que comen ha cuestionado la idea de cuerpos saludables en la comunidad. En este contexto aparece el COVID-19, una enfermedad más que se suma a las experiencias de las y los moradores, que será leído y explicado a partir de dichas memorias de enfermedades previas.

En segundo lugar, las narrativas de los moradores tenían como hilo conductor explicar la complejidad de la llegada de la enfermedad. El contagio general de la comunidad era un tema de incertidumbre atravesado por la sospecha debido a la ausencia de pruebas, pero también por las inquietudes a partir de los síntomas desarrollados. Cuando los moradores analizaron sus vivencias de la enfermedad en cuestión, comprendieron que no era solo una gripe, sino el COVID-19. Si bien los puntos claves de las narrativas eran el primer caso, la ausencia de fallecidos y el énfasis en el cuidado a través de las restricciones de la comunidad; en este panorama, la pregunta sobre cómo llegó el coronavirus persistía. Es por eso que, para dar sentido a lo extraño y familiarizarlo, se recurrió a los recursos del aire y la noche que trazan el vínculo entre la enfermedad y los seres no-humanos. El punto final que cierra las narrativas es que la cura de la enfermedad existe. Tal como en otras enfermedades, se encuentra en el repertorio medicinal de *vegetales* y *farmacia*, los cuidados recibidos y particularmente en la propia sospecha de haber estado enfermos de COVID-19.

Los cuidados: relaciones de protección y compartir

En tercer lugar, los cuidados en Nueva Santa Rosa tienen como base la noción de protección. El cuidado comunitario principal fue la vigilancia en el cierre de la comunidad, aunque esto también supuso complicaciones para las relaciones entre familiares. Las demás medidas de cuidado dentro de la comunidad no eran obligatorias, debido a que se pensaba que la enfermedad aún estaba fuera de esta. Por lo que, en las experiencias, las medidas de prevención orientadas a lo foráneo tuvieron más peso que las de control. Sin embargo, en un ambiente de dudas, los cuerpos enfermos que en un primer momento estaban relacionados a una gripe fuerte se convirtieron en sospechosos a partir de la sintomatología relacionada con el COVID-19. La experiencia corporal de la combinación de ciertos síntomas como la pérdida del olfato o el gusto despertó la sospecha de haber sido agarrados por el coronavirus, peor aún si sus cuerpos estaban débiles por el frío.

De igual modo, la principal problemática fue el doble rol entre cuidar y ser cuidados que hace difícil no solo el cuidado de los enfermos, sino en general del hogar. Por otra parte, las formas de cuidar tenían como enfoque compartir porque el cuidado es un acto relacional. Se ayudaban compartiendo plantas medicinales, recetas de remedios, alimentos, en general, cuidando unos de otros. Las redes de cuidado se extendían incluso fuera de la comunidad y en estas se mantenían un flujo constante de comunicación.

Asimismo, en el uso de medicinas no había una línea divisoria entre el repertorio de los *vegetales* y la farmacia. Si bien las proporciones entre el uso de ambas podían variar, cada una sumaba a las recetas para curarse, sobre todo ante la caracterización de nuevas enfermedades desde los derrames que van tras ellos. El uso de ambas fue clave siguiendo la lógica conocida del equilibrio térmico y las recomendaciones del personal de salud. Este último también reconocía los beneficios de los *vegetales* como fuente de apoyo, lo cual muestra apertura desde la biomedicina. Las circunstancias para brindar atención fueron difíciles, pero se destaca el trabajo colaborativo con las autoridades y moradores. La recuperación fue de la mano de los cuidados compartidos. Los cuerpos recuperados no eran motivo de estigma, pero esta etapa era descrita como peligrosa. Para algunos sus cuerpos volvieron a cierta normalidad, pero para otros sus cuerpos han quedado inestables.

Simplificar y normalizar la enfermedad

En cuarto lugar, los derrames vuelven a ser un aspecto relevante para las nociones de enfermedad porque, antes de la pandemia, los cuerpos que habitan después de la contaminación no entran en la casilla de salud. Además, “batallar” la enfermedad resultó complicado en el sentido de que se desconocía quién era el enemigo en su momento. El negar la presencia de la enfermedad o simplificarla como una gripe era visto como una estrategia para lidiar con la enfermedad en medio de la duda y la incertidumbre, pero también provocó que los lineamientos básicos del protocolo estatal no fuesen el marco de los cuidados. Aunque no hubo tensiones en cuidar a alguien enfermo, incluso si lo hubiesen sabido, dudan de que hubieran seguido dicho protocolo porque es lo opuesto a las bases del cuidado. Además, los hospitales o los “lugares de la muerte” no eran vistos como una opción favorable para los enfermos ni antes de la pandemia, ni durante esta. Lugares inestables como los hospitales son lo que menos necesitan los enfermos, pero se muestra apertura a otros niveles de atención en salud que cumplan las características requeridas por los familiares.

En quinto lugar, la problemática de “lo extraño” en las narrativas puede reformularse cuando existe la figura del extraño a quien responsabilizar. Sin embargo, Nueva Santa Rosa fue el caso opuesto. Las narrativas acerca de las rutas de contagio dentro de la comunidad eran secuenciales. No se señalaba culpables del contagio de los moradores y, por ende, también era un acto de cuidado. A partir de la normalización de la enfermedad, que implicaba la ausencia de miedo, los cuidados comunitarios se suspendieron. Se reconoce que la pandemia aún es un peligro, por eso, se solicitaba la vacunación contra la COVID-19. Sin embargo, a pesar de la demanda, esta contenía temores que se anclaban en la violencia histórica a pueblos indígenas. Por lo expuesto, las narrativas y experiencias de las y los moradores de Nueva Santa Rosa en la pandemia están estrechamente relacionadas con sus vivencias a raíz de los derrames de petróleo. El COVID-19 se suma a las demandas de salud por las que siguen “andando” que necesitan para protegerse de las enfermedades por venir.

Bibliografía

- Abdelsattar, J. M., Coleman, J. R., Nagler, A., Shabahang, M., Ellison, E. C., Baker, ... Spanknebel, K. (2021). Lived Experiences of Surgical Residents During the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Assessment. *Journal of surgical education*. Advance online publication. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2021.04.020>
- AIDSESEP, FORMABIAP y Fundación Telefónica. (2000). *El ojo verde. Cosmovisiones amazónicas*. Lima: AIDSESEP, FORMABIAP, Fundación Telefónica.
- Agüero, O. (1994). *El milenio en la Amazonía peruana: mito-utopía tupí-cocama o la subversión del orden simbólico*. Lima: CAAAP.
- Alecrim, W. (2001). *Enfermedades transmisibles y tropicales en la amazonia brasileña*. *Revista de Salud Pública*, 3(1s), 42-46.
- Aliyu, S., Travers, J. L., Norful, A. A., Clarke, M., & Schroeder, K. (2021). The Lived Experience of Being Diagnosed With COVID-19 Among Black Patients: A Qualitative Study. *Journal of Patient Experience*, 8, 1-9. Recuperado de <https://doi.org/10.1177/2374373521996963>
- Amid, V. (2000). Introduction: constructing the field. En V. Amid (Ed.), *Constructing the Field: Ethnographic Fieldwork in the Contemporary World* (1st ed.). Londres: Routledge.
- Amnistía Internacional. (2017). *Estado tóxico: violaciones del derecho a la salud de pueblos indígenas en Cuninico y Espinar, Perú*. Londres: AI.
- Anda, S. y Trujillo, P. (2021). La enfermedad ya me conoce: la historia de Doña Irma, una sanadora kichwa en tiempos de COVID-19. *Mundos Plurales - Revista Latinoamericana De Políticas y Acción Pública*, 8(1), 31-56.
- Aróstegui, J. (2006). Traumas colectivos y memorias generacionales: el caso de la guerra civil. En *Guerra civil, mito y memoria* (pp. 57-95). Madrid: Marcial Pons Ediciones de Historia.
- Azevedo, D., Fernandes, J., Gouveia, J., Salgado, L., Barreto, S. y Rezende, J. S. (2021). Breves narrativas indígenas sobre a infecção, tratamento e a cura do Coronavírus em Manaus, Brasil. *Mundo Amazónico*, 12(1), 201-215.
- Barclay, F., y Tulumba, V. L. A. (2008). *La vida secreta de las plantas medicinales en los pueblos Kichwa, Kukama-Kukamiria y Tikuna: Una aproximación al conocimiento de algunas plantas de uso medicinal en la comunidad educativa de Zungarococha*. Iquitos: Programa de Formación de Maestros Bilingües de la Amazonía Peruana – FORMABIAP.
- Baumeister, Roy y L. Newman (1994). How stories make sense of personal experiences: Motives that shape autobiographical narratives. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 20(6), 676-690.
- Belaunde, L.E. (2018). *Sexualidades amazónicas. Género, deseos y alteridades*. Lima: La Siniestra Ensayos.

- Belaunde, L.E., Mendes dos Santos, G., y Bolívar-Urueta, E. (2020). Presentación: Reflexiones y perspectivas sobre la pandemia del Covid-19 (Parte 1). *Mundo Amazónico*, 11(2), 314-320.
- Behar, R. (1990). Rage and Redemption: Reading the Life Story of a Mexican Marketing Woman. *Feminist Studies*, 16(2), 223-258.
- Berjón, M. y Cadenas, M.A. (2009). "La inquietud 'se hizo carne...' y vino a vivir entre los kukama. Dos lecturas a propósito de los pelacara". *Estudio Agustiniano*, 44, 425-437.
- Berjón, M. y Cadenas, M.A. (2011). "Ser dueño": criterio de la familia Kukama. *Estudio Agustiniano*, 46(3), 561-595.
- Berjón, M. y Cadenas, M.A. (2014). «Inestabilidad Ontológica»: El Caso de los Kukama de la Amazonía Peruana. OALA, Organización de Agustinos de Latinoamérica Área de Formación Recuperado de <https://docplayer.es/33049190-Inestabilidad-ontologica-el-caso-de-los-kukama-de-la-amazonia-peruana.html>
- Berjón, M. y Cadenas, M.A. (2018). "Motocarro matador: Variaciones sobre el dominio". *Estudio Agustiniano*, 53(3), 577-613. Recuperado de <https://revistas.agustinosvalladolid.es/index.php/estudio/article/view/92>
- Berjón, M. y Cadenas, M.A. (2020, Mayo). Morir y contar en Kukama en medio de la pandemia. Homenaje póstumo a la señora Ilda Ahuanari. CAAAP. Recuperado de <https://www.caaap.org.pe/2020/05/28/morir-y-contar-en-kukama-en-medio-de-la-pandemia-homenaje-postumo-a-la-senora-ilda-ahuanari/>
- Berjón, M. y Cadenas, M.A. (2020, Junio). Ante la muerte de un amigo kukama. Más allá de lo anecdótico. Instituto Bartolomé de las Casas Recuperado de <https://bcasas.org.pe/covid-19-ante-la-muerte-de-un-amigo-kukama-muchomas-alla-de-lo-anecdótico/>
- Berjón, M. y Cadenas, M.A. (2022). Los ojos, la fiebre y Jesús a la luz de la COVID-19: entrevista con Rusbel Yahuarcani Caritimari (líder kukama). En O. Espinosa y E. Fabiano (Eds), *Las enfermedades que llegan de lejos. Los pueblos amazónicos del Perú frente a las epidemias del pasado y a la COVID-19* (pp. 97-107). Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Bravo-Díaz, A. (2020). Notas Amazónicas frente a la pandemia, el caso Waorani en Ecuador. *Periferia, revista de pesquisa e formação em antropologia*, 25(2), 22-33, <https://doi.org/10.5565/rev/periferia.742>
- Bruner, J. (2002). *Making Stories: Law, Literature, Life*. New York: Farrar, Strauss & Giroux.
- Buchillet, D. (2002). Contas do vidro, enfeites do branco e "potes de malária". Epidemiologia e representações das doenças infecciosas entre os Desana do alto Rio Negro. En A. Bruce y R. Ramos (Eds.), *Pacificando o branco*. São Paulo: Editora UNESP.

- Bussmann, R. y D. Sharon. (2015). *Plantas medicinales de los andes y la amazonía - La Flora mágica y medicinal del Norte del Perú*. Centro William L. Brown – Jardín Botánico de Missouri
- Bustíos, C. (2014). *La malaria y el dengue en la historia de la salud pública peruana: 1821-2011*. Lima: UNMSM.
- Butler, J. (2004). *Precarious life*. London: Verso.
- Butler, J. (2020). "Rastros humanos en las superficies del mundo". *Lobo suelto!* Recuperado de: <http://lobosuelto.com/rastros-humanos-en-las-superficies-del-mundo-judith-butler/>.
- Cabel, Andrea. (2022). Más allá de la herida y el olvido: la voz memoriosa y su narrativa en dos documentales de Radio Ucamara. *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología*, 46, pp. 99-122.
- Cabezas C., Espinoza M. y J. Ruiz. (2005). Un acercamiento al conocimiento de la fiebre amarilla en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 22(4), 308-315.
- Cabezas C, Fiestas V, García-Mendoza M, Palomino M, Mamani E, Donaires F. (2015). Dengue en el Perú: a un cuarto de siglo de su reemergencia. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 32(1), 146-156.
- Cabezas-Sánchez, C. (2014). Enfermedades infecciosas desatendidas: un permanente reto para la salud pública y la equidad en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 31(2). doi:<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2014.312.54>
- Calcina, L. y Atamain, Y. (2021). Esquizofrenia estatal y estrategias de sobrevivencia de los pueblos indígenas frente al COVID-19 en el Perú. En G. Herrera (Presidencia). *Congreso Internacional de la Asociación LASA 2021*, Congreso llevado a cabo en Vancouver, Canadá.
- Campanera, M. (2012). ¿Campesina o nativa? Derecho, política e identidad en los procesos de titulación de comunidades en la Amazonía peruana. *Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia*, 17(1), 10-24.
- Campanera Reig, M. (2018). Humanidad territorializada. Madres, dueños y personas que cuidan. *Revista de Antropología Iberoamericana*, 13(2), 189-212.
- Campanera, M. (2022). «La enfermedad está surcando los ríos»: relatos loreanos sobre la COVID-19. En O. Espinosa y E. Fabiano (Eds), *Las enfermedades que llegan de lejos. Los pueblos amazónicos del Perú frente a las epidemias del pasado y a la COVID-19* (pp. 108-123). Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Cardenas, C., y Reymundo, L. (2021). ¿A dónde vamos a llevar a nuestros enfermos? Narrativas de dos líderes awajún sobre el COVID-19 en Condorcanqui, Amazonas. *Mundo Amazónico*, 12(1), 151-168.
- Carel, H. (2020). The locked-down body: embodiment in the age of pandemic. *The Philosopher*, 12-17.

- Carman, T. (1999). The Body in Husserl and Merleau-Ponty. *Philosophical Topics*, 27(2), 205-226.
- Caso, F. (2020) "Are We at War? The Rhetoric of War in the Coronavirus Pandemic". *The Disorder of Things*. Recuperado de <https://bit.ly/3goclnw>
- Cavarero, A. (2016). *Inclinations*. (A. Minervini y A. Sitze, Trad.). Stanford: Stanford University Press.
- Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. (2020). *Situación epidemiológica del VIH-Sida en el Perú*. Setiembre 2020. Recuperado de: https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/vih-sida/vih-sida_20209.pdf Consultado: 17 de julio de 2021.
- Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (27 de octubre de 2020). *Alerta epidemiológica. Incremento de la transmisión de dengue con ocurrencia de brotes y defunciones por dengue en el país*. Recuperado de: https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/alertas/alertas_202023.pdf. Consultado 29 de agosto de 2021.
- Cepek, M. (2018). *Life in oil. Cofán survival in the petroleum fields of Amazonia*. Texas: University of Texas Press.
- Chirif, Alberto (2017). *Después del caucho*. Lima: Lluvia Editores, CAAAP, IWGIA e IBC.
- Cirruzzo, C. (2021). Here's What We Know (And Don't Know) About Long COVID. *U.S. News & World Report - The Report*, 17–20.
- Clough, P. (2010). The Affective Turn. En M. Gregg y G. Seigworth (Eds.) *The Affect Theory Reader* (pp. 206-225). Durham: Duke UP.
- Cook, Noble David (1981). *Demographic Collapse: Indian Peru, 1520-1620*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Correa, N. y Yeckting, F. (2020). Pueblos indígenas y amazónicos y COVID-19: La urgencia de una respuesta diferenciada a la emergencia. En *Por una nueva convivencia. La sociedad peruana en tiempos de COVID-19: escenarios, propuestas de política y acción pública*. Lima: Grupo temático de Ciencias Sociales RM 213-2020-MINSA.
- Crosby, A. (1967). Conquistador y Pestilencia: The First New World Pandemic and the Fall of the Great Indian Empires. *The Hispanic American Historical Review*, 47(3), 321-337.
- Csordas, T. (1990). Embodiment as a Paradigm for Anthropology. *Ethos*, 18(1), 5-47.
- Cueto, M. (2000). *El regreso de las epidemias: salud y sociedad en el Perú del siglo XX*. Lima: IEP.
- Cueto, M. (2002). El rastro del SIDA en el Perú. *História, Ciências, Saúde Manguinhos*, 9, 17-40.
- Dahiya, A. (2020). The Phenomenology of Contagion. *Bioethical Inquiry*, 17, 519–523.

- Daly, M. (2021). The concept of care: Insights, challenges and research avenues in COVID-19 times. *Journal of European Social Policy*, 31(1), 108–118.
- Das, V. (2012). Ordinary Ethics. En D. Fassin (Ed.), *A Companion to Moral Anthropology* (pp. 133–149). Singapur: Wiley-Blackwell.
- Das, V. y Poole, D. (2008). El Estado y sus márgenes. Etnografías comparadas. *Cuadernos de Antropología Social*, (27), 9-52.
- Das, V. (2015). *Affliction: Health, Disease, Poverty*. New York: Fordham Univ. Press.
- Decreto Legislativo N° 1489 (10 de mayo de 2020). Normas Legales, N° 15413. Diario Oficial El Peruano.
- Decreto Supremo N° 044-2020-PCM. (15 de marzo de 2020). Normas Legales, N° 15312. Diario Oficial El Peruano.
- Defensoría del Pueblo (2002). *La desaparición forzada de personas en el Perú*. Lima: Defensoría del pueblo.
- Degregori, C. I. (1989), La imagen popular de la violencia a través de los relatos de degolladores. En Ansión, Juan (Ed.) *Pishtacos, de verdugos a sacaojos* (pp. 109-114.). Lima: Tarea.
- Delgado, D. y Martínez, V. (2020). *En un ambiente tóxico: ser madres después de un derrame de petróleo*. Buenos Aires: CLACSO.
- Descola, P. (2004). Les deux natures de Lévi-Strauss. En M. Izard (Ed.), *L'Herne. Lévi-Strauss* (pp. 296-305). París: Ed. de l'Herne.
- Descola, P. (2012). *Más allá de la naturaleza y cultura*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Dias, B. y Deluchey, J.-F. (2020). The “Total Continuous War” and the COVID-19 Pandemic: Neoliberal Governmentality, Disposable Bodies and Protected Lives. *Law, Culture and the Humanities*, 1-18.
- Dobyns, H. (1963). An outline of Andean epidemic history to 1720. *Bulletin of the History of Medicine*, 37(6), pp. 483-515.
- Dodds, S. (2007). Depending on care: Recognition of vulnerability and the social contribution of care provision. *Bioethics*, 21, 500–512.
- Dourojeanni, M. (2013). *Loreto sostenible al 2021*. Lima: DAR.
- Drotbohm, H. y Alber, E. (2015). Introduction. En *Anthropological perspectives of care*. Nueva York: Palgrave Macmillan US.
- Elder, G. (2001). Life Course: Sociological Aspects. En P. Baltes y N. Smelser (Eds.), *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences*, (pp. 1614–1622). Amsterdam: Elsevier.
- Espinosa, L. (1989), *Breve diccionario analítico castellano-tupí del Perú. Sección cocama*. Iquitos: CETA.

- Espinosa, O. (2007). Relaciones de género en las sociedades indígenas de la Amazonía: Discusiones teóricas y desafíos actuales. En M. Barrig (Ed.). *Fronteras interiores: identidad, diferencia y protagonismo de las mujeres* (pp. 183-202) Lima: IEP.
- Espinosa, O. (2019). Una historia de tensiones y desencuentros: la relación entre el Estado y los pueblos indígenas de la Amazonía en el Perú. En *Pueblos indígenas y estado: Avances, límites y desafíos del reconocimiento indígena*. (pp. 45 - 70). Quito: Abya Yala.
- Espinosa, O. (2020). El «Mundialito shipibo»: identidad, etnicidad y modernidad en la Amazonía peruana. *Debates En Sociología*, (50), 143-165.
- Espinosa, O, Romio, S., y Ramírez Colombier, M. (2021). Introducción. En *Historias, violencias y memoria en la Amazonía* (pp. 9-44). Lima: PUCP.
- Fabiano, E., y Arahua, S.N. (2021). Kurunabirus. Una mirada urarina sobre la creación de las enfermedades y los nuevos contagios en la cuenca del río Chambira (Amazonía peruana). *Mundo Amazónico*, 12(1), 187-200.
- Fausto, C. (2002). Banquete de gente: comensalidades e canibalismo na Amazônia. *Mana*, 8(2), 7-44
- Ferguson, James y Gupta, A. (1997). Discipline and practice: "The field" as site, method, and location in anthropology. En *Anthropological locations: boundaries and grounds of a field science*. Berkeley: University of California Press.
- Fernandes Moreira, D. y Ramírez, M. (2019). Mi casa pequeña, mi corazón grande. Política territorial y cosmológica del pueblo Kukama. *Mundo Amazónico*, 10(1), 157-184.
- Fernandes Moreira, D. (2022). Los kukama en tiempos de la COVID-19: los papatuas revelan un pasado actualizado. En O. Espinosa y E. Fabiano (Eds), *Las enfermedades que llegan de lejos. Los pueblos amazónicos del Perú frente a las epidemias del pasado y a la COVID-19* (pp. 125-140). Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Figuroa, F. de (1904). *Relación de las Misiones de la Compañía de Jesús en el País de los Maynas*. Madrid: Librería General de Victoriano Suárez.
- Fineman, M. (2013). Feminism, masculinities and multiple identities. *Nevada Law Review*, 13, 619–674.
- Freund, P., McGuire, M.B. y Podhurst, L. (2003). *Health, Illness and the Social Body: a Critical Sociology*. New Jersey: Prentice Hall.
- García, B. (2021). *Cuninico: Construyendo la historia del Perú*. Iquitos, CAAAP. Disponible en: <https://www.caaap.org.pe/2021/01/15/cuninico-construyendo-la-historia-del-peru/>
- Gasché, Jürg (2017). La gente del centro y los impactos del caucho. En Alberto Chirif (ed.), *Después del caucho* (pp. 49-78). Lima: Lluvia Editores, CAAAP, IWGIA e IBC.

- Geordan, S., Motta, A., Cáceres, C., Skordis-Worrall, J., Bowie, D. y A. Prost (2017) ¿Somos iguales? Using a structural violence framework to understand gender and health inequities from an intersectional perspective in the Peruvian Amazon. *Global Health Action*, 10, pp. 43-54.
- Giraldo, C. (2000). Medicina Tradicional de las mujeres Inga. *Revista de la Academia Colombiana de Ciencias Exactas Físicas y Naturales*, 24(5), pp. 5-23.
- Guatavita Garzón, A. (2014). *La construcción de sentido de la desaparición forzada en el proceso de memoria de hijos e hijas en Colombia* [Tesis de posgrado, Universidad Nacional de La Plata]. Memoria Académica.
- Gómez, E. (2017). Etnografía celular: una propuesta emergente de etnografía digital, *Virtualis*, 8(16), pp. 77-98.
- Gómez, E. y Harindranath, R. (2019). WhatsApp as 'technology of life': Reframing research agendas. *First Monday*, 25(1).
- Gómez, J. (2001). Dinámicas de producción de las enfermedades en la Amazonia: ¿autóctonas, introducidas?. *Enfermedades Emergentes*, 3(1), 15-21.
- Gonçalves, J. (2015). Healing in the Hospital: the Caring Sensorium and the Containment of Yanomami Bodies. *Tipiti: Journal of the Society for the Anthropology of Lowland South America*, 13(2), 120-136.
- Good, B. (1994). El cuerpo, la experiencia de la enfermedad y el mundo vital: una exposición fenomenológica del dolor crónico. En *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica* (pp. 215-246). Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Gow, P. (1991). *Of mixed blood: kinship and history in Peruvian Amazonia*. Oxford: Clarendon Press.
- Gow, P. (2003). "Ex-cocama": identidades em transformação na Amazônia peruana. *Mana*, 9(1), 57-79.
- Gow, P. (2011). *An Amazonian myth and its history*. New York, Oxford University Press.
- Grados, C., y Pacheco, E. (2016). El impacto de la actividad extractiva petrolera en el acceso al agua: el caso de dos comunidades Kukama Kukamiria de la cuenca del Marañón (Loreto – Perú). *Anthropologica*, 34(37), 33-59.
- Grohs, Waltraud (1974). Los indios del Alto Amazonas del Siglo XVI al XVIII. *Poblaciones y migraciones en la antigua provincia de Maynas*. Bonn: Estudios Americanistas.
- Guber, R. (2004). *El salvaje metropolitano*. Buenos Aires: Paidós.
- Gutiérrez, M. (2009). "Ambivalencias elementales. Representaciones amerindias". En M. Martínez (Ed.) *Identitats ambivalents a debat. Quaderns de l'ICA. Sèrie Monogràfics*, 141-160.

- Han C, y Das, V. (2015). Introduction: a concept note. En V Das, C Han (Eds), *Living and Dying in the Contemporary World: A Compendium* (pp. 1–38). Berkeley: Univ. Calif. Press.
- Herring, J. (2013). *Caring and the law*. Oxford: Hart.
- Herring, J. (2016). Health as Vulnerability; Interdependence and Relationality, *The New Bioethics*, 22(1), 18-32.
- Huarag, E. J.(2014). Acerca de la organización discursiva de los mitos de origen en la amazonía peruana. *Revista sentidos Da Cultura*, 1(1), pp. 55 - 76.
- Huertas, B. y Cueva, N. (2020, abril). El aislamiento frente a las epidemias: Una estrategia de sobrevivencia de los pueblos indígenas. *Debates Indígenas*. Recuperado de <https://debatesindigenas.org/notas/39-aislamiento-estrategia-de-pueblos-indigenas.html>
- Iheduru-Anderson, K. (2021). Reflections on the lived experience of working with limited personal protective equipment during the COVID-19 crisis. *Nursing Inquiry*, 28, 1-15.
- Jiménez, E. (2021). *Nuevo coronavirus y buen gobierno. Memorias del COVID-19 en Perú*. Lima: IEP.
- Kelly, J.A. (2004). Médicos “extranjeros”: algunas reflexiones sobre las relaciones entre médicos y pacientes entre los Yanomami del Alto Orinoco. *Antropológica*, (101), 37-62.
- Kingstone, T., Taylor, A. K., O'Donnell, C. A., Atherton, H., Blane, D. N., & Chew-Graham, C. A. (2020). Finding the “right” GP: a qualitative study of the experiences of people with long-COVID. *BJGP Open*, 4(5).
- Kleinman, A. (1988). *The Illness narratives: suffering, healing and the human condition*. New York: Basic Books.
- La Torre López, L. (1998). *¡Sólo Queremos Vivir en Paz! Experiencias Petroleras en Territorios Indígenas de la Amazonía Peruana*. Lima: IWGIA/Racimos de Ungurahui.
- Lam Chung, C.; Xu, J. y Zhang, M. (2020). Geographies of Covid-19: how space and virus shape each other. *Asian Geographer*, 37(2), 99-116.
- Lango, M. N. (2020). How did we get here? Short history of COVID-19 and other coronavirus-related epidemics. *Head & neck*, 42(7), 1535–1538.
- Lazo, R. (6 de julio de 2020). Subregistro y etnocidio en los pueblos indígenas. Ojo Público. <https://ojopublico.com/1945/subregistro-y-etnocidio-en-los-pueblos-indigenas>
- LeCompte, M. y Schensul J. (1999). Analysis from the top down. En *Analyzing and Interpreting Ethnographic Data* (pp. 45-66). Walnut Creek: Altamira Press.
- Manderson, L., y Levine, S. (2020). COVID-19, Risk, Fear, and Fall-out. *Medical anthropology*, 39(5), 367–370.

- Martínez Hernáez, Á. (2011). *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.
- Martini-Briggs, C. y Briggs C. (2011). Narrativas patológicas y epidemias de discriminación hacia la población warao: la epidemia de cólera y los indígenas como ciudadanos de segunda en Venezuela. En G. Freire (Eds.), *Perspectivas en salud indígena: Cosmovisión, enfermedad y políticas públicas* (pp. 385–416). Quito: Ediciones Abya-Yala.
- McCallum, C. (2001). *Gender and Sociality in Amazonia. How Real People are Made*. Oxford: Berg.
- Merleau-Ponty, M. (1999). *Fenomenología de la percepción*. Barcelona: Editorial Altaya.
- Merleau-Ponty, M. (2004). *The world of perception* (O. Davis, Trad.). London and New York: Routledge.
- Ministerio de Salud. (1 de febrero de 2020). Resolución Ministerial N.º 039-2020-MINSA. Recuperado de <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/422383-039-2020-minsa>
- Ministerio de Salud. (8 de marzo de 2020). Resolución Ministerial N.º 084-2020-MINSA. Recuperado de <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/455338-084-2020-minsa>
- Ministerio de Salud. (2020). *Análisis de Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de la Amazonía viviendo en el ámbito de las Cuatro Cuencas y el Río Chambira*. Lima: CDC-Perú.
- Ministerio de Salud. (s.f.-a). Conoce qué es el coronavirus COVID-19. *Ministerio de Salud*. Recuperado 19 de mayo de 2021 de <https://www.gob.pe/institucion/minsa/campa%C3%B1as/699-conoce-que-es-el-coronavirus-covid-19>
- Ministerio de Salud. (s.f.-b). Sala de población indígena con COVID-19. University. Dirección General de Epidemiología - Ministerio de Salud del Perú Recuperado el 17 de julio de 2021 de <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/informacion-publica/sala-de-poblacion-indigena-con-covid-19/>
- Ministerio de Salud. (s.f.-c). Sala situacional COVID-19 Perú. Fallecidos. Recuperado el 29 de octubre de 2021 de https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp
- Ministerio de Salud. (s.f.-d). Sala de población indígena con COVID-19. Reporte de COVID-19 en Población Indígena Amazónica y Andino. Recuperado el 10 de diciembre de 2021 de <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/informacion-publica/sala-de-poblacion-indigena-con-covid-19/>
- Missel, M. (2020). Birkelund R. Ricoeur's narrative philosophy: A source of inspiration in critical hermeneutic health research. *Nurs Philos*, 21(2), 12254.
- Missel, M., Bernild, C., Christensen, S., Dagyarán, I., y Berg, S. (2021a). The marked body - a qualitative study on survivors embodied experiences of a COVID-19 illness trajectory. *Scandinavian journal of caring sciences*, 1-9.

- Missel, M., Bernild, C., Christensen, S., Dagheran, I., y Berg, S. K. (2021b). It's Not Just a Virus! Lived Experiences of People Diagnosed With COVID-19 Infection in Denmark. *Qualitative health research*, 31(5), 822–834.
- Mol, A. (2002). *The body multiple: ontology in medical practice*. Durham: Duke University Press.
- Mol, A., Moser, I. y Pols, J. (2015). Care: putting practice into theory. In A. Mol, I. Moser y J. Pols (Eds.), *Care in Practice* (pp. 7-26). Bielefeld: transcript Verlag.
- Molina, A., Varela, A. y J. Lossio. (2020). *El río deja de ser. Introducción al estudio de la historia y la cultura contemporánea de la Amazonía peruana*. Lima: Instituto Riva Agüero y PUCP
- Monjazebi, F., dolabi, S., Tabarestani, N., Moradian, G., Jamaati, H., y Peimani, M. (2021). Journey of Nursing in COVID-19 Crisis: A Qualitative Study. *Journal of Patient Experience*, 8, 1-7.
- Myers, Thomas (1974). Spanish contacts and social change on the Ucayali river, Perú. *Ethnohistory*, 21(2), 135-157.
- Myers, Thomas (1988). El efecto de las pestes sobre la población de la Amazonía Alta. *Amazonía Peruana*, 9(15), 61-81.
- Norman, K. (2000). Phoning the field: meanings of place and involvement in fieldwork 'at home'. En V. Amit (Ed.), *Constructing the Field: Ethnographic Fieldwork in the Contemporary World* (1st ed.). Londres: Routledge.
- Norouzadeh, R., Abbasinia, M., Tayebi, Z., Sharifipour, E., Koohpaei, A., Aghaie, B., y Asgarpour, H. (2021). Experiences of Patients With COVID-19 Admitted to the Intensive Care Units: A Qualitative Study. *Journal of Patient Experience*, 8, 1-9.
- Nuestras historias desde Cuninico. (2020, octubre). Natalia, Talita y Lidia: la enfermedad y la cura son colectivas [Episodio de pódcast de audio]. En *Nuestras historias desde Cuninico. El Podcast*. <https://open.spotify.com/episode/1iDfNkORohtF2qctISjdt4?si=50a1389b56804ed8>
- Ochoa, J. (2002). *Mito y chamanismo: el mito de la tierra sin mal en los Tupí-Cocama de la Amazonia peruana*. (Tesis doctoral). Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Ochs, E. (2006). Narrative Lessons. En A. Duranti (Ed.) *A Companion to Linguistic Anthropology*, (pp. 269–289). Malde: Blackwell Publishing.
- Okamoto, T. (2011). *Enclave extraction and unruly engagements: Oil spills, contamination and the Cocama-Cocamilla indigenous people in the Peruvian Amazon*. (Tesis de maestría). Norwegian University of Life Sciences.
- Organización Mundial de la Salud. (1947). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Ginebra: OMS.

- Organización Mundial de la Salud. (27 de abril de 2020). COVID-19: cronología de la actuación de la OMS. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
- Ortega Pérez, F. (1980). *La dicotomía caliente/frío en la medicina andina*. *Debates En Sociología*, (5), 115-139. Recuperado de <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/debatesensociologia/article/view/6822>
- Overing, J. y Passes, A. (2000). Introduction: Conviviality and the opening up of the Amazonian Anthropology. En J. Overing y A. Passes (Eds.), *The Anthropology of Love and Anger. The Aesthetics of Conviviality in Native Amazonia* (pp. 1-30). Londres: Routledge.
- Paredes, J. (20 de febrero de 2021). De Voz a Voz 12: el artista de origen uitoto Santiago Yahuarcani pinta cómo venció al coronavirus. *El Comercio*. Recuperado de <https://elcomercio.pe/luces/de-voz-a-voz-12-el-artista-de-origen-uitoto-santiago-yahuarcani-pinta-como-vencio-al-coronavirus-noticia/>
- Pau, S. (2019). Desangrar. Violencia y relaciones inter-étnicas en algunos relatos de la Amazonía peruana». *Mitologías Hoy*, 19, pp. 63-73. Recuperado de <https://raco.cat/index.php/mitologias/article/view/v19-pau>.
- Pérez, A y Artiaga, A. (2014). Tres años de aprendizaje colectivo y global sobre los cuidados. En *¿Por qué nos preocupamos por los cuidados?*. UN Women Training Center.
- Pesantes, M.A., y Gianella, C. (2020). ¿Y la salud intercultural?: Lecciones desde la pandemia que no debemos olvidar. *Mundo Amazónico*, 11(2), 93-110.
- Phillips I, Need J, Escamilla J, Colan E, Sanchez S, Rodriguez M, et al. (1992). First documented outbreak of dengue in the Peruvian Amazon region. *Bull Pan Am Health Organ*, 26(3), 201-207.
- Pinedo, D. (2021). Estado y pueblos indígenas en la Amazonía peruana. *Revista De antropología*, (8), 3-16.
- Piñeros, J. (2010). Malaria y determinantes sociales de salud: un nuevo marco heurístico desde la medicina social latinoamericana. *Biomédica*, 30, 178-187.
- Portocarrero, J. (2015). VIH en gestantes indígenas: un reto para la salud pública peruana. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 32(3), 546-54.
- Povinelli, E. (2011). *Economies of Abandonment: Social Belonging and Endurance in Late Liberalism*. Durham: Duke Univ. Press.
- Purnell, K. (2021). *Rethinking the body in global politics*. Nueva York: Routledge.
- Ramírez Colombier, M. (2015). Karwara y bufeos colorados: El rastro de la memoria en los relatos míticos de los Kukama del Bajo Marañón. *Anthropía*, (13), 58-67. Recuperado de <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/anthropia/articloe/view/21317>

- Ramírez Colombier, M. (2018). *Cuerpos y territorialidad del pueblo Kukama en la política contemporánea sobre la Amazonía*. [Tesis de maestría, Pontificia Universidad Católica del Perú].
- Regan, J. (1993). *Hacia la tierra sin mal: la religión del pueblo en la Amazonía*. Iquitos: CETA, CAAAP e IIAP.
- Regan, J. (2000). Religión entre los Cocama, Chayahuita y Napuruna. En *Un reino en la frontera. Las misiones jesuitas en la América colonial* (pp.331-342) S. Negro y M.M. Marzal, Coords. Quito: Abya-Yala, Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Restrepo, E. (2016). *Etnografía: alcances, técnicas y éticas*. Bogotá: Departamento de Estudios Culturales, Pontificia Universidad Javeriana.
- Reymundo, L. (2021). La selva sin bosques. Relato sobre el oro, la depredación y el COVID-19 entre los Arakbut de una comunidad nativa en Madre de Dios. *Mundo Amazónico*, 12(1), 169-186.
- Ricoeur, P. (1983). *Time and narrative*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Ricoeur, P. (2006). La vida un relato en busca de narrador. *Agora*, 2(25), 9-22.
- Rita, A. (1996). Voces indígenas: el contacto vivido y contado. En F. Santos-Granero (Eds.), *Globalización y Cambio en la Amazonía Indígena* (Vol, 1, pp. 183-218). Quito: Abya-Yala.
- Rivas, R. (1994). La mujer cocama del bajo Ucayali: matrimonio, embarazo, parto y salud. *Amazonía Peruana*, 12(24), 227-242.
- Rivas, R. (2003). *Uwaritata. Los Kukama-Kukamiria y su bosque*. Iquitos: FORMABIAP-ISPL- AIDSESP- WWF-AIF/DK.
- Rivas, R. (2004). *El gran pescador. Técnicas de pesca entre los cocama-cocamillas de la Amazonia peruana*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Rivas, R. (2011). *Le serpent, mère de l'eau. Chamanisme aquatique chez les Cocama-Cocamilla d'Amazonie péruvienne*. (Tesis doctoral). École des Hautes Études en Sciences Sociales, Francia.
- Rivas, R. (2016). *Prácticas de crianza en niños y niñas menores de tres años en los pueblos Tikuna, Yagua y Kukama*. Ministerio de Educación- OEA-Fondo de Cooperación para el Desarrollo, Lima.
- Rivas, R y Murayari, T. (2022). *El saber popular en Loreto se impuso a la COVID-19*. En O. Espinosa y E. Fabiano (Eds), *Las enfermedades que llegan de lejos. Los pueblos amazónicos del Perú frente a las epidemias del pasado y a la COVID-19* (pp. 141-155). Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Sabucedo, J.M., Alzate, M., y Hur, D. (2020). COVID-19 and the metaphor of war. *International Journal of Social Psychology*, 35(3), 618-624.

- Sahoo, S., Mehra, A., Suri, V., Malhotra, P., Yaddanapudi, L. N., Puri, G., & Grover, S. (2020). Lived Experiences of COVID-19 Intensive Care Unit Survivors. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 42(4), 387–390.
- Santos, G. (6 de abril de 2021). La epidemia del dengue crece en medio de la pandemia por Covid-19. *Ojo Público*. Recuperado de <https://ojo-publico.com/2606/la-epidemia-del-dengue-crece-en-medio-de-la-pandemia-por-covid-19>
- Santos-Granero, F. (1996). Introducción: Hacia una Antropología de lo Contemporáneo en la Amazonía Indígena. En F. Santos-Granero (Eds.), *Globalización y Cambio en la Amazonía Indígena* (Vol, 1, pp. 7-43). Quito: Abya-Yala.
- Santos-Granero, F. (2000). The Sisyphus Syndrome, or the struggle for conviviality in Native America. En J. Overing y A. Passes (Eds.), *The Anthropology of Love and Anger. The Aesthetics of Conviviality in Native Amazonia* (pp. 268-287). Londres: Routledge.
- Santos-Granero, F. y Barclay, F. (2002). *La frontera domesticada: historia económica y social de Loreto, 1850-2000*. Lima: PUCP.
- Sarmiento, J. (2022). El fin del mundo (otra vez): reflexiones sobre la idea de la persona asháninka en el Perú posconflicto. En O. Espinosa y E. Fabiano (Eds), *Las enfermedades que llegan de lejos. Los pueblos amazónicos del Perú frente a las epidemias del pasado y a la COVID-19* (pp. 314-329). Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Scheper-Hughes, N. y Lock, M. (1987). The mindful body: A prolegomenon to future work. *Medical Anthropology Quarterly*, 1(1), 6-41.
- Schweitzer de Palacios, D. (2008). Shamanes, bellezas y Copa Mundial: de la selva al campo de fútbol. *Anthropos*, 103(1), 127-138.
- Seeger, A., Da Matta, R. y Viveiros de Castro, E. (2019). The construction of the person in indigenous Brazilian societies. *HAU: Journal of Ethnographic Theory*, 9(3), 694-703.
- Shepard, G. (2022). La madre de la viruela y los niños encantados: relatos de epidemias en la mitología matsigenka del río Picha. En O. Espinosa y E. Fabiano (Eds), *Las enfermedades que llegan de lejos. Los pueblos amazónicos del Perú frente a las epidemias del pasado y a la COVID-19* (pp. 450-456). Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Silva, J., Barrientos, J., y Espinoza-Tapia, R. (2013). Un Modelo Metodológico Para El Estudio Del Cuerpo en Investigaciones Biográficas: Los Mapas Corporales. *Alpha. Revista de Artes, Letras y Filosofía*, 37, 163–182.
- Shildrick, M. (1997). *Leaky bodies and boundaries*. London: Routledge.
- Slater, C. (1994). *Dance of the dolphin: Transformation and disenchantment in the Amazonian imagination*. Chicago: University of Chicago Press.

- Soto-Calle, V., Rosas-Aguirre, A., Llanos-Cuentas, A., Abatih, E., DeDeken, R., Rodriguez,...Speybroeck, N. (2017). Spatio-temporal analysis of malaria incidence in the Peruvian Amazon Region between 2002 and 2013. *Scientific Reports*, 7(40350), 1-13.
- South China Morning Post. (15 de febrero de 2020). Li Wenliang: an 'ordinary hero' at the centre of the coronavirus storm. Recuperado de <https://www.scmp.com/news/china/society/article/3050733/li-wenliang-ordinary-hero-centre-coronavirus-storm>
- Stang, C. (2012). *A walk to the river in Amazonia Ordinary Reality for the Mehinaku Indians*. New York, Oxford: Berghahn Books.
- Stocks, A. (1981). *Los nativos invisibles. Notas sobre la historia y realidad actual de los coca-milla del río Huallaga, Perú*. Lima: CAAAP.
- Stocks, A. (1983). Native enclaves in the upper amazon: a case of regional non-integration. *Ethnohistory*, 30(2), 77-92.
- Strauss, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.
- Surrallés, A. (2009). De la intensidad o los derechos del cuerpo. La afectividad como objeto y como método. *RUNA: Archivo Para Las Ciencias Del Hombre*, 30(1), 29-44.
- Taylor, A.C. (1996). The soul's body and its states: an Amazonian perspective on the nature of being human. *Journal of the Royal Anthropological Institute*, 2, 201-215.
- Taylor, A.C. (1998). Corps immortels, devoir d'oubli: formes humaines et trajectoires de vie chez les Achuar. En M. Godelier y M. Panoff (Eds), *La production du corps: approches anthropologiques et historiques* (pp. 317-38). Amsterdam: Editions des Archives Contemporaines.
- Taylor, A., Kingstone, T, Briggs, T., O'Donnell, C., Atherton, H., Blane, D. y Chew-Graham, A. (2021). Reluctant pioneer': A qualitative study of doctors' experiences as patients with long COVID. *Health Expect*, 24, 833– 842.
- Tello, L. (2014). Ser gente en la Amazonía, fronteras de lo humano: aportes del pueblo kukama. En R. Badini (Ed.), *Amazzonia indigena e pratiche di autorappresentazione* (pp. 39-48). Milano, Franco Angeli.
- Tello, L. y Boyd, S., (2017). *Karuara: La gente del río*. Lima: Asociación Quisca.
- Tello, Leonardo (2020b). Loreto: dos demonios y muchos pueblos amazónicos en riesgo. Disponible en https://ojopublico.com/1844/loreto-dos-demonios-y-muchos-pueblos-amazonicos-en-riesgo#_blank
- Thelen, T. (2015). Care as social organization: Creating, maintaining and dissolving significant relations. *Anthropological Theory*, 15(4), 497–515.
- Thomas, C. (1993). De-constructing concepts of care. *Sociology*, 27(4), 649-669.

- Tournon, J., y U. Reátegui. (1988). Enfermedad y medicina entre los Shipibo-konibo del alto Ucayali. *Amazonía Peruana*, (15), 9-31.
- Tournon, J. (1990). Magia, brujería, chamanismo, plantas y enfermedades. *Anthropologica*, 8(8), 175-192. Recuperado de <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/anthropologica/article/view/16477>
- Turner, B. (2000). The History of the Changing Concepts of Health and Illness: Outline of a General Model of Illness Categories. En G. Albrecht, R. Fitzpatrick y S. Scrimshaw (Eds.), *The Handbook of Social Studies in Health and Medicine* (pp. 9-23). Londres: Sage.
- Uffe, M. y Vergara, R. (2021). ¡Hemos sobrevivido a todo! Cuidado y trabajo colaborativo en los pueblos Kukama Kukamiria de la Amazonía peruana frente a la COVID-19. *Sociedade e Cultura Dossier "Ciências Sociais e Covid 19 contribuições epistemológicas e desafios metodológicos"*, 24, pp. 1-41.
- Uffe, M. y Vergara, R. (2022). Measuring incommensurability. Próxima publicación.
- Unesco. (2014). *Falando sobre prevenção as DTS/AIDS e hepatites virais Kanamari*. Brasilia: Unesco.
- Urteaga, P., Segura, F., Sánchez, M. (2019). *El derecho humano al agua, los pueblos indígenas y el petróleo*. Lima: CICAJ PUCP.
- Valadeau, C. (2022). Llegar, matar y permanecer presentes entre los yánesha: inclusión de las enfermedades desconocidas en el tejido de los seres vivos. En O. Espinosa y E. Fabiano (Eds), *Las enfermedades que llegan de lejos. Los pueblos amazónicos del Perú frente a las epidemias del pasado y a la COVID-19* (pp. 269-284). Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Vallejos, R. (2014). Interculturalidad: los Kukama-Kukamira y su rol en la cultura e historia de Loreto. En *Iquitos* (pp. 140-147). Lima: Telefónica.
- Vallejos, R. y Amías, R. (2015). *Diccionario Kukama-Kukamiria*. Iquitos: Formabiap, Aidesep, Isepl.
- Vilaça, A. (2002). Making Kin Out Of Others In Amazonia. *Journal of the Royal Anthropological Institute*, 8, 347-365.
- Vilaça, A. (2005). Chronically Unstable Bodies: Reflections on Amazonian Corporalities. *The Journal of the Royal Anthropological Institute*, 11(3), 445-464.
- Vilaça, A. (2020). *Morte na floresta*. Río de Janeiro: Editora todavia.
- Villar, R.; Nashwan, A., Mathew, RG, et al. (2021). The lived experiences of frontline nurses during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic in Qatar: A qualitative study. *Nursing Open*; 00, 1–11.
- Viveiros de Castro, E. (1979). A fabricação do corpo na sociedade xinguana. *Boletim do Museu Nacional. Antropologia*, (32), 40-49.
- Viveiros de Castro, E. (2002). *A inconstância da alma selvagem*. Sao Paulo: Cosac & Naify.

Viveiros de Castro, E. (2004). Perspectivismo y multinaturalismo en la América indígena. *Tierra adentro: Territorio indígena percepción del entorno* (pp. 37-80). Lima: IWGIA.

Yahuarcani, R. (2021). Retratos de la pandemia: pintura y fotografía desde la chacra de mis padres. *Mundo Amazónico*, 12(1), 216-234.

Yajahuanca, R. A., Diniz, C. S., y Cabral, C. (2015). We need to "ikarar the kutipados": intercultural understanding and health care in the Peruvian Amazon. *Ciencia & saude coletiva*, 20(9), 2837–2846. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015209.13712014>



Anexos

Anexo 1 – Resumen de metodología

¿Cuáles son las narrativas y experiencias de cuidado durante la pandemia de la COVID-19 en relación con las nociones de enfermedad y cuerpo en una comunidad Kukama Kukamiria Nueva Santa Rosa?			
PREGUNTAS SECUNDARIAS	Lugar	Actores	Técnicas
¿Qué narrativas circulan sobre el COVID-19 en la comunidad Kukama Kukamiria de Nueva Santa Rosa?	Comunidad Kukama Kukamiria Nueva Santa Rosa	3 casos de contagios	Entrevista a profundidad Entrevista semiestructurada Conversaciones informales
¿De qué manera las experiencias de cuidado a raíz de la pandemia construyen las nociones de cuerpos?		Cuidadores de los casos de contagio Autoridades comunales, promotores de salud y sabios	Entrevista a profundidad Entrevista semiestructurada Línea de tiempo Mapa corporal Observación-participante
¿Cómo los lazos de convivialidad responden a las tensiones de cuidado de cuerpos sanos y cuerpos enfermos?		Personal de salud	Entrevista a profundidad Entrevista semiestructurada Conversaciones informales Observación-participante

Fuente: Elaboración propia

Anexo 2 – Guía de entrevistas de casos principales de contagio

Duración: 40 minutos cada entrevista

I. COVID-19 y epidemias pasadas

Sección 1: Información general

- ❖ Nombre:
- ❖ Edad:
- ❖ Lugar de nacimiento:
- ❖ Lugar de residencia:
- ❖ Ocupación:

Sección 2: La enfermedad del COVID-19

- ❖ ¿Qué es la COVID-19?
- ❖ ¿Cómo se enteró usted de la existencia de esta enfermedad?, ¿cuál es su origen?
- ❖ ¿Cómo llegó al Perú?, ¿Cómo llegó a su comunidad?
- ❖ ¿Cómo las personas se contagian de la COVID-19?
- ❖ ¿Cómo esta enfermedad afecta el cuerpo?
- ❖ ¿Cómo se identifica que una persona está con Covid-19?
- ❖ ¿A quiénes afecta más la enfermedad?
- ❖ ¿Cree que la enfermedad tiene cura?

Sección 3: Experiencias de epidemias anteriores

- ❖ ¿Han sufrido antes epidemias/pandemias en la comunidad?
 - ❖ ¿Qué hicieron para hacer frente a esa pandemia?, ¿qué hicieron la comunidad?
 - ❖ ¿Cómo se organizaron las familias? ¿Cómo se organizaron en las casas?
 - ❖ ¿Recibieron apoyo del Estado? ¿Recibieron apoyo de alguna institución?
 - ❖ ¿El COVID-19 es similar o diferente de las epidemias anteriores?
-

II. Experiencia personal sobre la pandemia de la COVID-19

Sección 4: Experiencia antes del contagio de COVID-19

- ❖ ¿Cómo la pandemia cambió su rutina?
- ❖ ¿Qué medidas tomó para cuidarse y evitar contagiarse?
- ❖ ¿Algún familiar, amigo o persona cercana usted se enfermó de COVID-19?, ¿alguno falleció?
- ❖ ¿Alguna vez sospechó que usted o alguien que conocía podría estar contagiado?, ¿por qué?

Sección 5: Experiencia de contagio de COVID-19

- ❖ ¿Qué características tiene una persona sana?, ¿qué características tiene una persona enferma?
- ❖ ¿Cuándo se enfermó de COVID-19? ¿Fue solo una vez o más de una vez? En caso haya sido más de una vez, ¿hubo diferencias entre los contagios?
- ❖ ¿Cómo supo que se contagió?, ¿le hicieron alguna prueba?
- ❖ ¿Qué síntomas presentó? En una escala del 1 al 5, donde 1 es leve y 5 severo, ¿qué tan graves fueron sus síntomas?
- ❖ ¿Cuánto tiempo estuvo enfermo/a?
- ❖ ¿Tenía alguna otra enfermedad o condición previa que agravó su contagio?
- ❖ ¿Cómo afectó sus actividades diarias?, ¿cómo se sentía?
- ❖ ¿Quién(es) cuidó de usted mientras estuvo enfermo/a?, ¿Cómo lo hacía?
- ❖ ¿Recurrió a la atención de salud en el módulo de la comunidad?, ¿qué le pareció la atención?
- ❖ ¿Qué tratamientos utilizó?

III. Experiencia personal después del contagio

Sección 6: Experiencia después del COVID-19

- ❖ ¿Su recuperación fue fácil o difícil? ¿cuánto tiempo le tomó recuperarse?
- ❖ Después de la enfermedad, ¿tiene/tuvo alguna secuela?, ¿cómo se sentía?

- ❖ ¿Siente que su cuerpo es o no es el mismo después del COVID-19?
- ❖ ¿Las personas lo trataban igual sabiendo que había estado enfermo de COVID-19?
- ❖ ¿Se ha vacunado o piensa vacunarse contra la COVID-19?

Anexo 3 – Guía de entrevistas de casos principales de cuidadores

Duración: 40-60 minutos

I. COVID-19 y epidemias pasadas

Sección 1: Información general

- ❖ Nombre:
- ❖ Edad:
- ❖ Lugar de nacimiento:
- ❖ Lugar de residencia:
- ❖ Ocupación:
- ❖ Relación con el caso de contagio:

Sección 2: La enfermedad del COVID-19

- ❖ ¿Qué es la COVID-19?
- ❖ ¿Cómo se enteró usted de la existencia de esta enfermedad?, ¿cuál es su origen?
- ❖ ¿Cómo llegó al Perú? ¿Cómo llegó a su comunidad?
- ❖ ¿Cómo las personas se contagian de la COVID-19?
- ❖ ¿Cómo esta enfermedad afecta el cuerpo?
- ❖ ¿Cómo se identifica que una persona está con Covid-19?
- ❖ ¿La enfermedad afecta más a ciertas personas que a otras?
- ❖ ¿Cree que la enfermedad tiene cura?

Sección 3: Experiencias de epidemias anteriores

- ❖ ¿Han sufrido antes epidemias/pandemias en la comunidad?
- ❖ ¿Qué hicieron para hacer frente a esa pandemia?, ¿qué hicieron en el pueblo /comunidad?

- ❖ ¿Cómo se organizaron las familias? ¿Cómo se organizaron en las casas?
 - ❖ ¿Recibieron apoyo del Estado? ¿Recibieron apoyo de alguna institución?
 - ❖ ¿El COVID-19 es similar o diferente de las epidemias anteriores?
-

II. Experiencia personal sobre la pandemia de la COVID-19.

Sección 4: Experiencia antes del contagio de COVID-19

- ❖ ¿Cómo la pandemia cambió su rutina?
- ❖ ¿Qué medidas tomó para cuidarse y evitar contagiarse?
- ❖ ¿Algún familiar, amigo o persona cercana usted se enfermó de COVID-19?, ¿alguno falleció?
- ❖ ¿Alguna vez sospechó que usted o alguien que conocía podría estar contagiado?, ¿por qué?

Sección 5: Experiencia de contagio de COVID-19

- ❖ ¿Qué características tiene una persona sana?, ¿qué características tiene una persona enferma?
- ❖ ¿Había estado enfermo de COVID-19 antes, durante o después de la enfermedad de_____?

En caso sí haya estado enfermo:

- ¿Cuándo se enfermó de COVID-19? ¿Fue solo una vez o más de una vez? En caso haya sido más de una vez, ¿hubo diferencias entre los contagios?
- ¿Cómo supo que se contagió? ¿Le hicieron alguna prueba?
- ¿Qué síntomas presentó? En una escala del 1 al 5, donde 1 es leve y 5 severo, ¿qué tan graves fueron sus síntomas?
- ¿Cuánto tiempo estuvo enfermo?, ¿tenía alguna otra enfermedad o condición previa que agravó su contagio?
- ¿Cómo afectó sus actividades diarias?, ¿cómo se sentía?
- ¿Quién cuidó de usted mientras estuvo enfermo/a?, ¿Cómo lo hacía?

- ¿Recurrió a la atención de salud en el módulo de la comunidad?, ¿qué les pareció la atención?
 - ¿Qué tratamientos utilizó?
 - ¿Su recuperación fue fácil o difícil? ¿cuánto tiempo le tomó recuperarse?
 - Después de la enfermedad, ¿tiene/tuvo alguna secuela?, ¿cómo se sentía?
 - ¿Siente que su cuerpo es o no es el mismo después del COVID-19?
 - ¿Las personas lo trataban igual sabiendo que había estado enfermo/a de COVID-19?
- ❖ ¿Se ha vacunado o piensa vacunarse contra la COVID-19?

Sección 6: Experiencia de cuidado durante la pandemia de la COVID-19

- ❖ ¿Era la primera vez que cuidaba de alguien enfermo de COVID-19?, ¿alguien más cuidaba de _____ con usted?
- ❖ ¿Cuáles fueron los síntomas que presentó _____? En una escala del 1 al 5, donde 1 es leve y 5 severo, ¿qué tan graves fueron sus síntomas?
- ❖ ¿Cómo cuidaba de _____ mientras estuvo contagiado de COVID-19?, ¿recibió orientaciones o consejos de alguien sobre cómo cuidar a una persona enferma de COVID-19?
- ❖ ¿Cuidarlo/la fue fácil o difícil?, ¿qué ventajas y dificultades tuvo mientras lo/la cuidaba?
- ❖ ¿Cómo cambió su rutina al cuidar de _____?, ¿qué medidas tomó para evitar contagiarse al cuidar de _____?
- ❖ ¿Qué sentía al ver a _____ enfermo?
- ❖ ¿Las personas lo trataban igual sabiendo que cuidaba de alguien enfermo de COVID-19?

Anexo 4 – Guía de entrevistas de sabio y/o autoridad

Duración: 40 minutos

Sección 1: Información general

- ❖ Nombre:
- ❖ Edad:
- ❖ Lugar de nacimiento:
- ❖ Lugar de residencia:
- ❖ Ocupación: _

Sección 2: La enfermedad

- ❖ ¿Qué es la COVID-19?
- ❖ ¿Cómo se enteró usted de la existencia de esta enfermedad?, ¿cuál es su origen?
- ❖ ¿Cómo llegó al Perú? ¿Cómo llegó a su comunidad?
- ❖ ¿Cómo las personas se contagian de la COVID-19?
- ❖ ¿Cómo se identifica que una persona está con COVID-19?, ¿es fácil o difícil identificarlos?
- ❖ ¿La enfermedad afecta más a ciertas personas que a otras?
- ❖ ¿Conoce cuántas personas se contagiaron en la comunidad?, ¿cuántas fallecieron? ¿A qué se debió?
- ❖ ¿Qué se hizo con el cuerpo de la persona? (entierro, etc.)

Sección 3: Experiencias de epidemias anteriores

- ❖ ¿Han sufrido antes epidemias/pandemias en la comunidad?
- ❖ ¿Cuál fue el origen de estas enfermedades?
- ❖ ¿Qué hicieron para hacer frente a esas enfermedades?, ¿cómo se organizaron en el pueblo /comunidad?
- ❖ ¿Cómo se organizaron las familias? ¿Cómo se organizaron en las casas?
- ❖ ¿Cuáles fueron los tratamientos usados para las personas que estaban enfermas?
- ❖ ¿Había alguien en el pueblo que conociera estas prácticas de curación? ¿Cómo las conocía? ¿Era un conocimiento exclusivo de esas personas o estaba extendido en la comunidad?
- ❖ ¿En qué casos los tratamientos funcionaban y en qué casos no?
- ❖ ¿Recibieron apoyo del Estado? ¿Recibieron apoyo de alguna institución?

- ❖ ¿El COVID-19 es similar o diferente de las epidemias anteriores?

Sección 4: Sobre el cuerpo enfermo y cuidado

- ❖ En general, ¿qué características tiene una persona sana?, ¿qué características tiene una persona enferma?
- ❖ ¿Qué sucede cuándo saben que alguien se enferma de COVID-19?
- ❖ ¿Cómo esta enfermedad afecta el cuerpo?, ¿alguna parte específica de este?
- ❖ ¿Qué síntomas han presentado quienes se han contagiado de COVID-19?
- ❖ ¿Cómo se cuida a alguien que está enfermo de COVID-19?, ¿qué tratamientos se utilizan?
- ❖ ¿Cómo es la recuperación? ¿hay secuelas de la enfermedad?

Sección 5: Recuperación y situación actual

- ❖ ¿Cuánto tiempo estuvieron enfermos en la comunidad? ¿Tuvieron algunas secuelas? ¿Se recuperaron rápido o lentamente? ¿Eso afectó o no sus actividades diarias?
- ❖ ¿El cuerpo es o no es el mismo después del COVID-19?
- ❖ Después de haberse contagiado, ¿tomaron algunas medidas extra? ¿fueron distintas a las que tomaron al inicio?
- ❖ ¿Cómo están ahora? ¿Se están cuidando? ¿cómo?
- ❖ ¿Se han vacunado?

Anexo 5 – Guía de entrevistas del personal del módulo de salud

Duración: 30 minutos

Sección 1: Información general

- ❖ Nombre:
- ❖ Edad:
- ❖ Lugar de nacimiento:
- ❖ Lugar de residencia:
- ❖ Ocupación: _

Sección 2: La enfermedad

- ❖ ¿Qué es la COVID-19?
- ❖ ¿Cómo se enteró usted de la existencia de esta enfermedad?, ¿cuál es su origen?
- ❖ ¿Cómo llegó al Perú? ¿Cómo llegó a la comunidad?
- ❖ ¿Cómo las personas se contagian de la COVID-19?
- ❖ ¿Cómo se identifica que una persona está con COVID-19?, ¿es fácil o difícil identificarlos?
- ❖ ¿La enfermedad afecta más a ciertas personas que a otras?
- ❖ ¿Cuántas personas se contagiaron en la comunidad?, ¿cuántas fueron trasladadas a otros establecimientos?, ¿cuántas fallecieron? ¿A qué se debió?
- ❖ ¿Qué se hizo con el cuerpo de la persona? (entierro, etc.)
- ❖ ¿La enfermedad tiene cura?

Sección 3: Sobre el cuerpo enfermo y cuidado

- ❖ En general, ¿qué características tiene una persona sana?, ¿qué características tiene una persona enferma?
- ❖ ¿Qué sucede cuándo saben que alguien se enferma de COVID-19?
- ❖ ¿Cómo esta enfermedad afecta el cuerpo?, ¿alguna parte específica de este?
- ❖ ¿Qué síntomas han presentado quienes se han contagiado de COVID-19?
- ❖ ¿Cómo se cuida a alguien que está enfermo de COVID-19?
- ❖ ¿Cómo es la recuperación? ¿hay secuelas de la enfermedad?
- ❖ ¿El cuerpo es o no es el mismo después del COVID-19?

Sección 4: Cuidados

- ❖ ¿Cómo se comunicó y difundió información acerca del COVID-19 en el módulo de salud?
- ❖ ¿Daban recomendaciones para cuidarse y tratamientos para la enfermedad?
- ❖ ¿Qué dificultades hubo para la atención y recuperación de las personas indígenas enfermas por Covid-19? ¿Qué medidas se emplearon para mejorar la atención en las comunidades?
- ❖ ¿Se pudo coordinar con los pueblos indígenas? ¿con quiénes? ¿en qué niveles?

- ❖ ¿Cómo ha avanzado el proceso de vacunación?

Anexo 6 – Guía de línea de tiempo

Duración: 30 minutos

Materiales: 1-2 hojas de papel A4, lápiz, colores y/o plumones, de preferencia de diferentes colores

Aspectos técnicos: Esta técnica se puede desarrollar durante una llamada por teléfono o brindando las indicaciones previamente. En caso sea asincrónico, al terminar la línea, se conversará sobre el producto final. Esta técnica se aplicará después de la primera entrevista. Se solicitará consentimiento con la finalidad de resguardar criterios éticos del uso de la línea para efectos de investigación.

Descripción: El objetivo de esta actividad es ordenar visualmente una secuencia de eventos, acontecimientos y/o hitos acerca de su experiencia personal, pero también en relación con la comunidad, acerca de COVID-19. Se sugiere que para cada sección se usen colores diferentes. Las indicaciones son las siguientes:

Cronología sobre el COVID-19

Esta sección de la línea del tiempo corresponde a pensar el COVID-19 de manera general.

1. Antes de iniciar la línea, se debe identificar cronológicamente los hechos más relevantes acerca del COVID-19 y su llegada a la región, específicamente, a la comunidad. Las preguntas para orientar esta parte son cuándo recibió información sobre el virus, cuándo llegó el virus a la región, cuándo cerraron las fronteras, cuándo llegó a la comunidad, cuándo fue el primer contagio, cuándo fue la primera muerte, etc. Esto puede hacerse como borrador en una hoja extra.
2. Situar una hoja de manera horizontal y dibujar una línea a lo largo de esta.
3. Señalar las fechas iniciales y finales de la línea. La primera corresponde a la primera vez que escuchó acerca del coronavirus y la fecha final es la fecha actual.
4. De forma cronológica, seleccionar y organizar los hitos más importantes sobre el COVID-19 identificados previamente de forma ordenada.

5. Colocar fecha y datos breves acerca de los puntos señalados de manera suficiente para comprenderlos
6. Revisar los puntos anotados en la línea de tiempo y preguntar si desea agregar algún aspecto más

Experiencia personal sobre el COVID-19

1. Antes de iniciar la segunda parte de la línea, se debe identificar cronológicamente los hechos más relevantes acerca de su experiencia personal previa, durante el contagio y su recuperación del COVID-19. Las preguntas para orientar esta parte son desde cuándo comenzó a protegerse de la enfermedad, si algún familiar o cercano se contagió, cuándo se contagió, cuándo presentó síntomas, por cuánto tiempo estuvieron cuidándolo, si asistió al módulo o centro de salud, cuándo se recuperó. Esto puede hacerse como borrador en una hoja extra.
2. Sobre la misma hoja de la línea de cronología continuar con la actividad. De preferencia con otro color de lapicero, color o plumón.
3. De forma cronológica, seleccionar y organizar los hitos más importantes sobre el COVID-19 identificados previamente de forma ordenada
4. Colocar fecha y datos breves acerca de los puntos señalados de manera suficiente para comprenderlos
5. Revisar los puntos anotados en la línea de tiempo y preguntar si desea agregar algún aspecto más
6. Por último, se le solicitará tomar una fotografía de este.

Anexo 7 – Guía de mapas corporales

Duración: 30-40 minutos

Materiales: 1-2 hojas de papel A4, lápiz, colores y/o plumones, de preferencia de diferentes colores

Aspectos técnicos: Esta técnica se aplicará después de la segunda entrevista. Se puede desarrollar durante una llamada por teléfono o brindando las indicaciones previamente. En caso sea asincrónico, al terminar la línea, se conversará sobre el producto final.

Descripción: Esta actividad del mapa corporal consiste en dibujar el cuerpo para narrar la relación de este con tu experiencia de la enfermedad del COVID-19. El objetivo de esta actividad es reflexionar acerca de la relación entre la enfermedad y su cuerpo. Se solicitará consentimiento con la finalidad de resguardar criterios éticos del uso del mapa corporal para efectos de investigación.

1. La primera indicación es responder a la pregunta cómo es tu cuerpo. Debe imaginar su cuerpo desde la cabeza hasta los pies y dibujarlo en la hoja. En caso se realice esta actividad por llamada telefónica sincrónicamente, se le solicitará a la persona que mientras dibuje, vaya describiendo el cuerpo a la par. En caso contrario, se le solicitará hacer comentarios en la hoja sobre cómo es su cuerpo.
2. A continuación, la segunda indicación consiste en que haré una serie de preguntas alrededor de su experiencia corporal. Para las siguientes preguntas el/la participante puede utilizar flechas, símbolos, palabras o mensajes que representen la llegada al cuerpo y sus vivencias.
 - ¿Cómo cuidaba su cuerpo para prevenir contagiarse de COVID-19?
 - ¿Cómo llegó el COVID-19 a su cuerpo?
 - ¿Qué partes de su cuerpo afectó el COVID-19? ¿Qué síntomas tuvo? ¿cómo se sentía?
 - ¿Cómo se cuidó o cuidaron de usted al estar contagiado? ¿Qué tratamientos tuvo?
 - ¿Tiene secuelas de la enfermedad en su cuerpo? ¿en qué partes?
 - ¿Cree que el COVID-19 puede volver a su cuerpo?
3. Después de haber respondido cada pregunta desde el mapa corporal, revisar los puntos anotados del mapa corporal y preguntar si desea agregar algún aspecto más.
4. Por último, se le solicitará tomar una fotografía de este.