

**Estudio sobre prácticas, actitudes
y percepciones en relación con la COVID-19
en Nauta, San Juan Bautista y Belén, Loreto**



Estudio sobre prácticas, actitudes y percepciones en relación con la COVID-19 en Nauta, San Juan Bautista y Belén, Loreto.

© Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)

Parque Melitón Porras 350, Miraflores, Lima - Perú Teléfono: 613-0707

Página web:

www.unicef.org/peru

Foto de carátula:

© UNICEF/Florence Goupil

Diseño y diagramación:

Rubén Colonia

Edición:

Verónica Valcárcel.

Depósito legal: Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2023-03085

Primera edición Lima, marzo del 2023.

Coordinación del estudio: Ysabel Limache Ramírez, Oficial de Cambio Social y de Comportamiento, y Carlos Albrecht Lezama, Oficial de Salud y Nutrición.

Investigación a cargo del Instituto Peruano de Catastro (IPDC): Martín Márquez (gerente del Área técnica- Investigador asociado), Miriam Santivañez (investigadora principal), Armando Medina (investigador en Salud intercultural), Dessire Utrilla (investigadora asociada) y Kelly Ruiz (investigadora asociada).

Indice

Contexto	7
Ejes temáticos y metodología	11
Principales hallazgos	13
Conclusiones	23
Recomendaciones	26



Introducción

La pandemia por la COVID-19 evidenció brechas estructurales que afectan a la población, como las relacionadas con el acceso a los servicios de salud, además del equipamiento, la condición del recurso humano y la adecuación de los servicios al contexto sociocultural en regiones amazónicas y andinas.

A fin de generar evidencia que contribuya a adecuar los servicios y campañas de salud al contexto amazónico, se realizó el presente estudio en comunidades rurales de los distritos de Nauta, San Juan Bautista y Belén, en la región Loreto, ya que es una de las regiones que registra una alta brecha de vacunación contra la COVID-19. Resulta importante comprender por qué la población no completa las dosis de vacunación establecidas y cómo adecuó su cuidado y prevención ante la enfermedad.

Los hallazgos del estudio demuestran que una barrera que influyó en la cobertura de vacunación fue la logística, pues existió escasa disponibilidad de equipamiento e insumos, como vacunas, refrigerantes, combustible, personal y recursos financieros para que las brigadas de vacunación cumplieran con sus programaciones. Se evidenció que no hubo suficiente información adecuada al contexto sociocultural de la población, lo cual limitó la decisión de aceptar la vacuna contra la COVID-19, que estuvo influenciada por dogmas religiosos, desinformación, creencias y mitos sobre prevención en salud, miedos e influencia negativa de referentes comunitarios.

Además, se constató que se realizaron prácticas de la medicina tradicional, sobre las cuales, sin embargo, no se cuenta con la suficiente evidencia científica que permita constatar la eficacia de su uso en la manifestación asintomática y sintomática de la COVID-19.



Las principales percepciones positivas sobre la vacunación se relacionan con la protección y la seguridad, aspectos que formaron parte de la información brindada por el Ministerio de Salud, centros de salud, instituciones educativas y medios de comunicación. Las percepciones negativas estuvieron relacionadas con los dogmas religiosos. También circuló información falsa a través de redes sociales o mediante la comunicación directa con familiares y vecinos.

La pandemia por la COVID-19 generó, además, sentimientos de tristeza, ansiedad, estrés y frustración en la población adulta, adolescente y en el personal de salud; sin embargo, hubo redes de apoyo económico constituidas por el entorno familiar, amical y vecinal; y apoyo mental que brindaron los centros de salud y agentes comunitarios, lo que generó un importante valor de solidaridad que se sigue replicando en la actualidad.

Unicef espera que las evidencias generadas en el presente estudio contribuyan a la reflexión en el proceso de diseño, implementación y monitoreo de las estrategias de vacunación, que, con un enfoque intercultural y la participación de la comunidad, pueden lograr una mayor aceptación y cobertura en beneficio de la población, en especial en las niñas, niños y adolescentes de las comunidades más alejadas de las capitales de provincias y así asegurar su sobrevivencia y desarrollo.



A decorative horizontal band with a repeating geometric pattern of interconnected squares and lines, rendered in a lighter shade of green against the darker background.

Estudio sobre prácticas, actitudes
y percepciones en relación con la COVID-19
en Nauta, San Juan Bautista y Belén, Loreto



Contexto

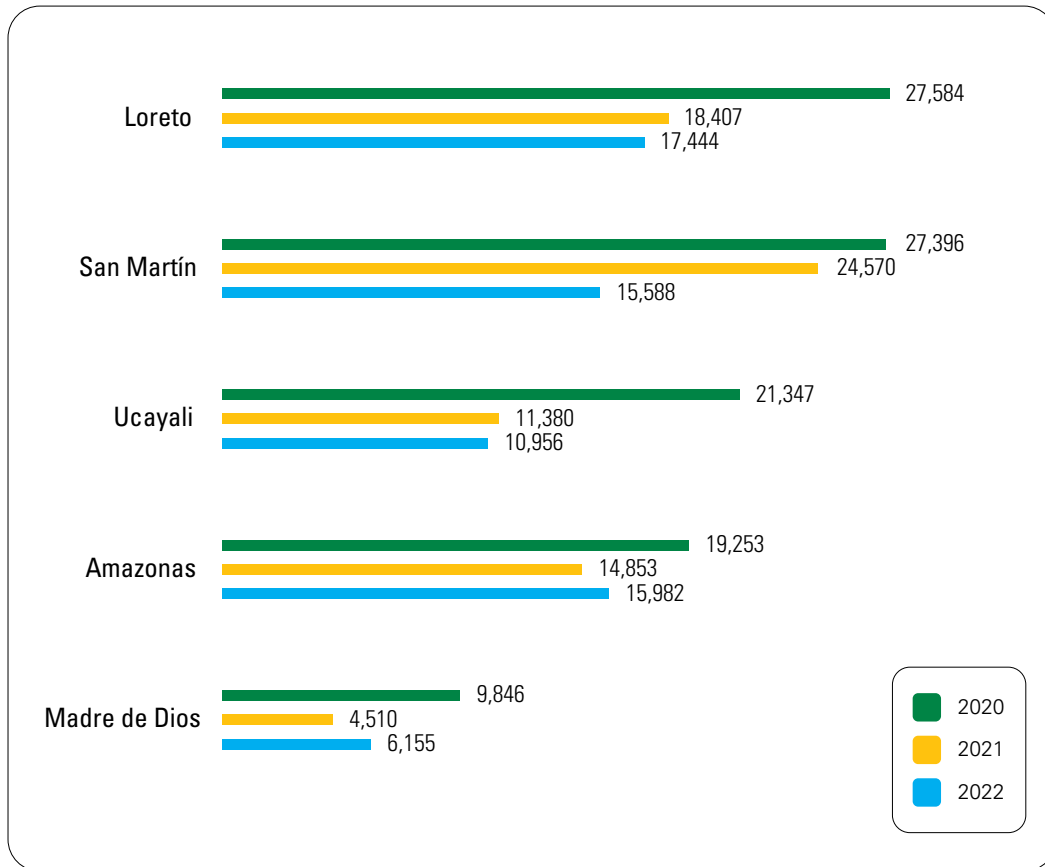
La presente investigación tuvo como principal objetivo identificar las prácticas, actitudes y percepciones de la población indígena y mestiza de Loreto para prevenir la COVID-19. La población estudiada pertenece a las comunidades y capitales de los distritos de Nauta, San Juan Bautista y Belén, en la región Loreto. La información primaria utilizada corresponde tanto a adolescentes como a adultos (incluye adultos mayores) y a información secundaria de fuentes bibliográficas. La recolección de información primaria y secundaria se realizó en noviembre del 2022.

Loreto es una de las regiones donde trabaja el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y este estudio se realizó en apoyo a la respuesta gubernamental ante la epidemia de COVID-19, que se da a través de los ministerios de Salud y Cultura, además del Gobierno Regional de Loreto, a través de la Gerencia Regional de Salud (Geresa) Loreto.

Loreto, al igual que las demás regiones de la Amazonía peruana, presentó los índices más altos de positividad en comparación con regiones de la costa o la sierra. Este indicador refleja la presencia de mayores barreras en la prestación de servicios de salud por: dispersión poblacional, establecimientos de salud distantes, menor disponibilidad de recursos humanos y brechas socioeconómicas de la población. Todos estos factores los hace más vulnerables en cuanto al acceso a un servicio de salud. Asimismo, se identifican barreras de adecuación cultural de los servicios a las prácticas y creencias culturales de los pueblos originarios en cuanto a salud-enfermedad.



GRÁFICO 1
Casos registrados de COVID-19, por año



Fuente: Elaboración propia, basada en reporte del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del MINSA. Corte al 24 de noviembre del 2022.



© UNICEF/José Vitica

La tasa de mortalidad por COVID-19 es otro reflejo de la precariedad en la capacidad de atención de casos confirmados en áreas de hospitalización y unidades de cuidados intensivos (UCI), lo cual revela barreras en la oferta de atención debido a la carencia de infraestructura sanitaria, equipos y recursos humanos.

TABLA N° 1:
TASA DE MORTALIDAD POR COVID-19 Y LETALIDAD, POR AÑO¹

Regiones amazónicas	2020		2021		2022	
	Tasa de mortalidad (Por 100,000 habitantes)	Letalidad (Por 100 habitantes)	Tasa de mortalidad (Por 100,000 habitantes)	Letalidad (Por 100 habitantes)	Tasa de mortalidad (Por 100,000 habitantes)	Letalidad (Por 100 habitantes)
AMAZONAS	139.2	3.09%	164.7	4.73%	18.74	0.50%
LORETO	277.7	10.35%	141	7.87%	13.04	0.77%
MADRE DE DIOS	257.2	4.54%	190.4	7.34%	60.41	1.71%
UCAYALI	281.3	7.76%	256.1	13.26%	21.90	1.18%
SAN MARTÍN	177.1	5.81%	162.4	5.95%	19.45	1.12%

Fuente: Elaboración propia, basada en reporte del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del MINSA. Corte al 24 de noviembre del 2022.

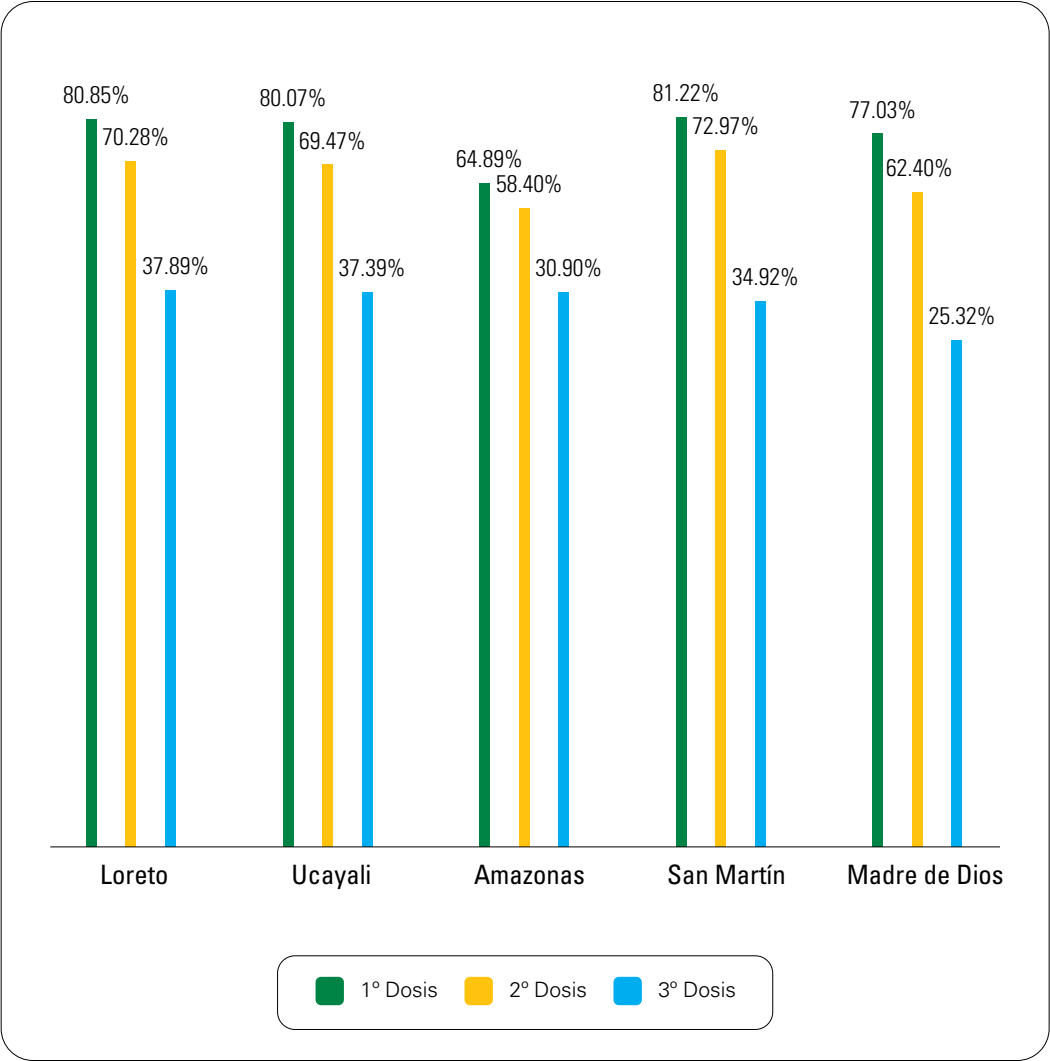
¹ La tasa de mortalidad por COVID-19 refleja el número de muertes por COVID-19 en función al total de la población peruana. La mayor tasa de mortalidad se presentó en el año 2021, lo cual guarda relación con la segunda ola, a pesar de que en la tercera y cuarta ola el número de afectados por la COVID-19 fue mayor.

La letalidad explica la severidad de casos de COVID-19 y se expresa en el fallecimiento de personas afectadas con esta enfermedad. En el 2020 se encontró que la letalidad fue mayor en comparación con los años 2021 y 2022. Las evidencias muestran que la reducción en el 2021 y más en el 2022, se explicaría en parte por la vacunación, que ha mostrado efectividad al reducir el grado de complicación de casos por COVID-19



De acuerdo con las estadísticas, Loreto es una de las regiones amazónicas con la más alta brecha de vacunación, situación que también afecta a las niñas, niños y adolescentes. En el caso de las y los adolescentes entre 12 a 17 años de edad, la cobertura nacional de la primera dosis de la vacunación de COVID-19 alcanzó el 89.44%, mientras que en Loreto la cobertura llegó al 80.8%. En otras regiones amazónicas, solo Madre de Dios se ubicó por debajo del 80% de cobertura. La segunda dosis de vacunación de COVID-19 en las y los adolescentes, a nivel nacional alcanzó una cobertura del 82.4%, mientras que en Loreto fue de 70.3%. En cuanto a la tercera dosis de vacunación de COVID-19 se redujo a la mitad a nivel nacional y se alcanzó solo a 42.5% de adolescentes; en Loreto la reducción fue similar y solo el 37.9% de las y los adolescentes tienen esta tercera dosis.

GRÁFICO 2
Cobertura de vacunación de COVID-19 en adolescentes, al 2022



Fuente: Elaboración propia, basada en REUNIS Vacunas pediátricas reporte al 27 de noviembre del 2022.
Nota: Población total adolescente por regiones en el 2022: Loreto (129,127); Ucayali (64,691); Amazonas (52,838); San Martín (104,756) y Madre de Dios (15,921).



Ejes temáticos y metodología

Los ejes temáticos abordados en el estudio fueron la identificación de las percepciones, preocupaciones y razones en relación con la aceptación o no de la vacunación como medida preventiva de la COVID-19, y el cumplimiento o no del proceso de vacunación que implica cuatro dosis para adultos y tres dosis para menores de 18 años; la identificación de las prácticas tradicionales locales de prevención ante la COVID-19 y las prácticas de prevención que corresponden a los protocolos establecidos por el MINSA (lavado de manos, uso de mascarillas, distanciamiento social). Finalmente, se indagó sobre el impacto en la salud mental en el contexto de la COVID-19 (aproximaciones a la ansiedad y depresión).

La metodología aplicada en la presente investigación incluyó una metodología etnográfica, así como el método de investigación social participativo, es decir que, la población no solo participó como informante del estudio, sino que también fue gestora para que participaran en las entrevistas: padres y madres de familia o cuidadores, operadores de salud, maestros o maestras, líderes y lideresas locales y adolescentes. Por otro lado, se abordó de manera transversal el enfoque intercultural, el cual se presenta en el análisis de los resultados del presente reporte, el cual se expone por eje temático y se hace énfasis en la identificación de las percepciones que tienen los actores sobre dichos ejes. Para la realización de esta metodología, se cumplieron con todos los principios éticos aprobados por el Comité de Ética de la Investigación para Ciencias Sociales, Humanas y Artes de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Para este estudio se realizaron 58 entrevistas semiestructuradas y a profundidad dirigidas a padres y madres de familia y/o cuidadores, líderes y lideresas locales y/o autoridades religiosas, operadores de servicios de salud, maestros y maestras, agentes comunitarios



de salud y adolescentes; nueve grupos focales presenciales con adolescentes de 12 a 17 años (se realizaron grupos focales con hombres, con mujeres y mixtos); se aplicaron siete fichas de observación participante que recogieron información de conductas, comportamientos y eventos en espacios como: centros de salud, instituciones educativas y espacios abiertos; y seis historias de vida con padres y madres de familia y/o cuidadores, operadores de salud y adolescentes. También, se realizó una revisión documentaria para conocer y analizar los documentos técnicos, normatividad, informes, estadística oficial, que permitiera contextualizar y mejorar el análisis de la información primaria recopilada.



© UNICEF/Florence Goupil





Principales hallazgos

Entre los principales hallazgos del estudio sobre las prácticas de prevención de acuerdo con los protocolos del Ministerio de Salud (MINSA), tanto adultos como adolescentes manifestaron que las medidas dictadas por el gobierno fueron oportunas y necesarias para mitigar la propagación de la enfermedad en la población. A su vez, también se reconoció que las y los jóvenes y la población adulta no acataron algunas medidas como el aislamiento social, lo cual agravó la crisis del sistema sanitario.

Entre las principales prácticas comunitarias, durante la visita a campo realizada durante la primera quincena de noviembre del 2022, se evidenció que la mayoría de la población no usa mascarillas, debido a que el gobierno oficializó que el uso de cubrebocas sería opcional en espacios abiertos. Además, se constató que en las instituciones educativas las y los estudiantes, docentes y personal administrativo ya no usan mascarillas. También, se evidenció que las maestras y maestros han enseñado a las y los estudiantes el lavado correcto de manos, ya que, durante las clases virtuales, se destinó una parte del tiempo a presentar material gráfico y didáctico con los pasos del lavado de manos y se logró que se convierta en un hábito personal y familiar para prevenir el contagio de COVID-19.

Es importante señalar que la mayoría de la población sostiene haber cumplido de manera parcial las medidas del gobierno como el distanciamiento social, el lavado de manos y el uso de mascarillas. Sin embargo, el distanciamiento físico representó para muchas personas un cambio significativo en sus rutinas diarias.

Finalmente, en los centros de salud visitados se observó que existía una aglomeración de pacientes en los pasillos de los consultorios, sin respetar el distanciamiento social para esperar su turno. Asimismo, es importante resaltar que el personal de salud mantiene la buena práctica del distanciamiento físico en la atención a los pacientes.



Por otro lado, en relación con la aceptación o no de la vacuna de COVID-19, según refirieron las personas que participaron en el estudio, se observó que, entre los adultos, la religión influyó directamente en sus percepciones y decisiones sobre aplicársela, principalmente, en las comunidades indígenas donde los líderes religiosos (católicos, evangélicos, testigos de Jehová, cristianos, adventistas, mormones e israelitas) no brindaban información basada en evidencia sobre la vacuna y prohibían que las y los miembros de la comunidad indígena se inmunizaran con el argumento de que Dios es el único que sana y cura enfermedades. Por ello, muchas personas, a pesar de tener alguna información oficial del MINSA sobre los beneficios de la vacuna, decidieron no vacunarse por influencia de estos líderes.

En la población adulta, respecto a la aceptación o no de la vacuna, existen diferencias entre la población que reside en las zonas urbanas y periurbanas con la población que vive en las comunidades indígenas. La población de las zonas urbanas y periurbanas tiene una opinión favorable sobre la aplicación de la vacuna contra la COVID-19, sin embargo, en las comunidades indígenas estudiadas, al haber recibido menos información y no haber sido sensibilizados, los niveles de rechazo a la vacuna fueron mayores. Es importante indicar que este último grupo poblacional no tiene acceso a los mismos canales de comunicación para recibir mensajes basados en evidencia y culturalmente apropiados.

En el caso de las y los adolescentes, la percepción de la vacunación fue positiva. En los testimonios recogidos se expresa que la vacuna les brinda protección y salva vidas. Esta aceptación o reticencia, en algunos casos, a la vacuna de COVID-19, está influenciada por la opinión que tiene el entorno familiar y amical, así como lo que se conversa en las instituciones educativas con sus pares. Sin embargo, las y los adolescentes, principalmente de las comunidades indígenas, tienen renuencia a la vacuna por factores religiosos y culturales impuestos por los padres y madres de familia, influenciados por los líderes religiosos en estas zonas.

En el siguiente gráfico se sintetizan las principales percepciones positivas y negativas que tiene la población adulta y adolescente sobre la vacunación, recopiladas en el estudio.

GRÁFICO N° 3:

Principales percepciones positivas y negativas en el entorno de la vacunación



Es importante señalar que la información recibida por los medios de comunicación se relacionó con la difusión de las medidas de prevención como el uso de mascarillas, distanciamiento social, lavado de manos y la importancia de la aplicación de las dosis completas de las vacunas contra la COVID-19, así como sobre sus potenciales efectos después de haber sido aplicada y las recomendaciones para dichos efectos en algunas personas.

Se destaca que los medios de comunicación fueron percibidos como medios confiables. Por otro lado, en las zonas rurales la información recibida fue menor, en comparación con las zonas urbanas y periurbanas. La información fue difundida, básicamente, por radiofonía y mediante visitas presenciales de las brigadas de vacunación en campañas itinerantes.

En la siguiente tabla, se muestran los diversos medios de comunicación utilizados para recibir información sobre la vacuna y la COVID-19 por las y los entrevistados.



TABLA N° 2:
Medios y espacios de comunicación utilizados en las comunidades indígenas

MEDIO DE COMUNICACIÓN	NOMBRES DE MEDIOS/CANALES/MATERIAL
Televisión	Frecuencia Latina
	América Televisión
	TV Perú
Radio	Radio Bemba
	Radio Exitosa
	Radio Ribereña
	Radio Loreto con Carlos Martínez
Redes digitales	Facebook, TikTok, WhatsApp, Twitter
Otros canales y materiales	Spots publicitarios
	Charlas virtuales

En la siguiente tabla se identifican a los actores clave que difundieron información en Loreto:

TABLA N° 3:
Actores en territorio que difunden información

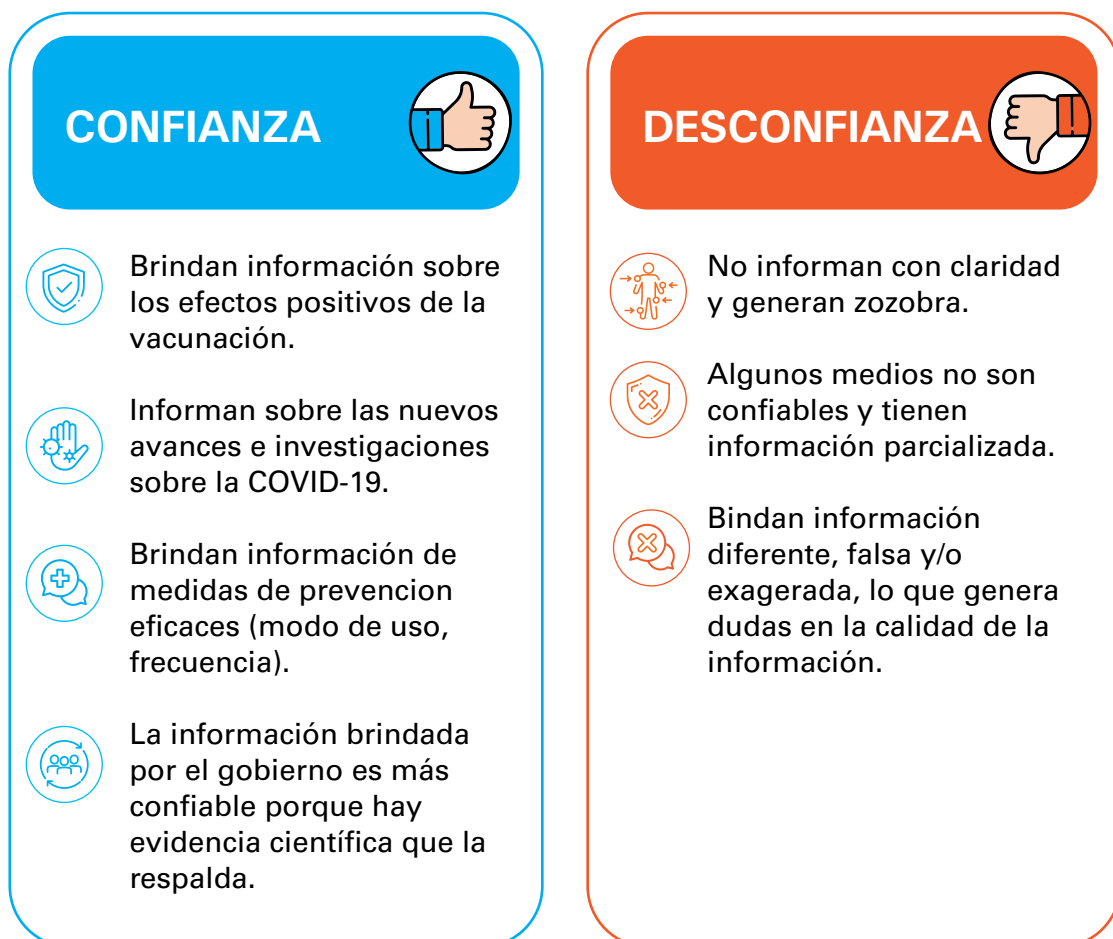
ACTORES QUE DIFUNDIERON INFORMACIÓN	CANALES/PIEZAS DE COMUNICACIÓN
Personal de salud del MINSA	Campañas itinerantes.
	Información grabada a través de alto parlantes.
	Reuniones presenciales con personal de salud y docentes/directores de instituciones educativas.
	Afiches, folletos, trípticos, boletines, rotafolios, banners, cartillas de información.
	Charlas, visitas de las brigadas, campañas itinerantes o móviles en motocarros o vehículos.
	Información grabada en spots y difundida a través de altoparlantes.
Líderes y lideresas comunales	Charlas presenciales en las comunidades indígenas.

Sobre la comprensión de los mensajes y la pertinencia cultural, no se evidencian dificultades. La mayoría de los informantes refirieron hablar castellano e indicaron que los mensajes fueron claros y adecuados. En las visitas realizadas a los centros de salud se apreciaron mensajes sencillos con el uso de lenguas originarias e imágenes sobre prácticas referidas a la prevención de la COVID-19. Sin embargo, en los centros educativos se encontraron menos mensajes, pero los hallados se enfocan en la prevención, de manera didáctica y ubicados en los periódicos murales y los muros.

En el siguiente gráfico se identifican las percepciones de confianza y desconfianza referidos por las y los entrevistados en relación con los medios de comunicación, durante el proceso de vacunación de COVID-19.

GRÁFICO N° 4:

Principales percepciones de confianza y desconfianza sobre los medios de comunicación durante el proceso de vacunación contra la COVID-19



La población que participó en el estudio manifestó que existieron barreras de carácter geográfico, comunicacional-digital, educacional, económico, cultural y logístico, en el proceso de vacunación. Una barrera importante que influyó en la cobertura de vacunación fue la tardía o escasa disponibilidad de equipos de vacunación y de la limitada información apropiada al contexto sociocultural de la población, influenciada por desinformación, creencias, miedos e influencia negativa de referentes comunitarios.

Se evidencia que la población adulta carece de conocimiento de las recomendaciones sobre las cuatro dosis de inmunización, únicamente saben sobre las tres dosis, este desconocimiento se repite en las comunidades indígenas.

En cuanto a la población adolescente, existen padres, madres o cuidadores que rechazan la vacunación de los menores de edad a su cargo y están apoyados por el entorno familiar y amical, que considera que existen situaciones peligrosas que podrían generar las vacunas, lo que influye en la decisión de vacunación de las y los adolescentes.

Sobre las prácticas tradicionales locales de prevención ante la COVID-19, específicamente sobre el uso de la medicina tradicional en adultos y adolescentes para prevenir y tratar los síntomas de la enfermedad, se identificó que adultos y adolescentes manejan las mismas opiniones, ya que la medicina tradicional es una práctica de saber colectivo y familiar, por lo tanto, se realizó el análisis de manera transversal. Es así como se identifica inicialmente que las personas empezaron a seguir las indicaciones de los especialistas del sector Salud, como mantener una alimentación balanceada y utilizar vegetales. Las personas agregaron a sus dietas productos como el jengibre o los dientes de ajo para aprovechar sus bondades medicinales.

Es necesario precisar que se identificaron las prácticas entre las personas que participaron del estudio, sin embargo no se cuenta con la información científica que permita demostrar la eficacia médica de las prácticas recopiladas en el presente estudio.

También, se identificó que para la población local, el uso de la medicina tradicional y la medicina convencional se complementaba, lo que generó la idea de una "doble protección". Al tratarse de un nuevo virus, sumado al temor de contagiarse y desarrollar síntomas graves, algunas personas optaron por consumir la medicina occidental y también remedios caseros para prevenir o tratar la COVID-19.

Según los hallazgos del estudio, las y los adolescentes demostraron conocer sobre la medicina tradicional, no solo al detallar las propiedades de las plantas medicinales, sino también sobre la preparación de los remedios para tratar las fiebres altas, el dolor de cabeza, el malestar corporal y otros síntomas del virus. Las y los adolescentes que participaron del estudio indicaron que estos conocimientos los obtuvieron mediante recetas familiares aplicadas por sus padres, madres, abuelos y abuelas, o que lo aprendieron en las instituciones educativas.

Sobre el impacto en la salud mental en el contexto de la COVID-19 en la población adulta, se evidenciaron diferentes tipos de emociones, como miedo de salir de sus viviendas y contagiarse de COVID-19, también, sintieron temor porque las Fuerzas Armadas o la Policía



Nacional podrían llevarlos a las comisarías por cometer alguna infracción debido al aislamiento social obligatorio que decretó el gobierno. Del mismo modo, manifestaron sentir tristeza, pena, angustia y dolor por los fallecimientos de familiares, amigos y amigas, vecinos y vecinas, así como por las niñas y niños que quedaron huérfanos, y por no asistir a velar a sus fallecidos. En algunas ocasiones se juntaban el miedo, temor y preocupación.

También se experimentó estrés, ansiedad y angustia por las noticias negativas que transmitían los medios de comunicación, que informaban sobre la cantidad de fallecidos, hospitales colapsados, falta de oxígeno, incertidumbre económica, entre otros, que contribuyó a generar un sentimiento de frustración, principalmente en aquellas personas que habían perdido familiares.

Es importante señalar que para mitigar las emociones negativas que presentaban las y los adolescentes, se ofrecieron diferentes alternativas, por ejemplo, en las instituciones educativas se les brindó tutorías para escucharlos y atenderlos, también se desarrollaron talleres con docentes y padres de familia; por otro lado, la Gerencia Regional de Educación de Loreto brindó asistencia emocional a través de sesiones lúdicas como juegos, canciones, e incluso técnicas de respiración. Asimismo, se crearon Comités de Bienestar para apoyar a las y los estudiantes



con problemas emocionales. En el caso de las y los adolescentes que tuvieron casos más críticos, fueron derivados a centros de salud en los que se les brindó terapias personales, grupales, familiares, y se trabajó de manera conjunta con asistencia social. Además, se contó con la red asistencial del Centro de Salud Mental Comunitario, que actuó de acuerdo con las necesidades de la población, con psicólogos y especialistas en salud mental, sobre todo con personas que perdieron familiares por la COVID-19. Por otro lado, los agentes comunitarios brindaban orientación a la población sobre temas emocionales o apoyo emocional por las manifestaciones de depresión que sufrían.

La ansiedad de la población se dio principalmente por el aislamiento en sus casas y habitaciones para no contagiarse del virus y esperar la vacuna, ya que la población quería estar protegida ante la COVID-19 y retomar parte de su rutina antes de la pandemia, pero conservando la salud.

El personal de salud también fue impactado emocionalmente, ya que en algunas ocasiones la población los culpaba por el fallecimiento de las personas, por la escasez de medicamentos, por no contar con información y por tener excesivo trabajo. Todo esto generó, en los profesionales de la salud, actitudes de intolerancia y hartazgo con los pacientes e incluso con sus propios familiares, manifestándose muchas veces en tristeza y llanto. Igualmente, sintieron miedo por la posibilidad de perder familiares, amistades y a colegas, quienes, por estar más expuestos al contagio, en algunos casos, decidieron no vivir en sus viviendas sino en albergues aislados.

En las comunidades indígenas, la pandemia se vivió de diferente manera que en las zonas urbanas o periurbanas. Al tratarse de asentamientos humanos pequeños donde las familias se conocen y tienen más cercanía, no se encontraron muchos testimonios que mostraran problemas de ansiedad o estrés.

Incluso, algunas familias vieron la oportunidad de compartir más tiempo entre ellos y así generar más comunicación y confianza: se compartió en familia, se conversó más, se jugaron juegos de mesa, se conocieron más entre padres y hermanos. Se realizaron colectas para los familiares fallecidos, del mismo modo que se brindó apoyo emocional y económico entre vecinos y vecinas o familiares.

De acuerdo con los hallazgos, cuando el gobierno nacional retiró la restricción del aislamiento social obligatorio, la población en general sintió alivio ya que recuperaron la potestad de salir a caminar, visitar a familiares y/o amigos y amigos, ir a restaurantes, pasear, entre otras actividades recreativas, lo cual permitió que sus niveles de estrés disminuyan.

En el ámbito de estudio se identificaron impactos emocionales significativos en niñas que vivían con padrastros o niños que vivían con madrastras. Se relataron casos en los que tuvieron que irse con otros familiares o a albergues, ya que sufrían de mucho maltrato. Asimismo, se obtuvieron testimonios según los cuales las y los adolescentes empezaron a estar más tiempo fuera de sus casas y a “tener malas juntas”, también se informó de casos de bullying, pandillaje, deserción escolar, embarazos adolescentes, agresiones, drogadicción e incluso suicidios.

Cuando llegó el momento de retornar a las aulas, las y los adolescentes se sintieron contentos de volver a ver a sus compañeras y compañeros de escuela, sin embargo, en algunos casos se observaron adolescentes que se sintieron cohibidos, lo que se manifestó en una baja participación en las clases, por lo que las y los maestros tuvieron que generar mecanismos para superar esta situación. Y, al contrario, también se apreció que en algunos casos, las y los adolescentes demostraron una mayor madurez frente a necesidades que se presentaron durante la pandemia de la COVID-19, situación que se vio reflejada en una mayor independencia de estos en los colegios al reiniciarse las clases.

En general, las y los adolescentes sintieron preocupación cuando sus familiares se contagiaban y llegaban a estar delicados, situación que se agravaba cuando esto impactaba en la economía de sus hogares, ya que en muchas de estas ocasiones la enfermedad impedía que se generaran ingresos, afectando principalmente la compra de alimentos.



Asimismo, las y los adolescentes manifestaron sentir aburrimiento por el confinamiento y estrés por las responsabilidades que les fueron asignadas en sus hogares, como cocinar, lavar ropa, lavar el menaje, limpiar, acarrear agua, cuidar a las hermanas y hermanos menores, entre otras tareas domésticas. De los testimonios de los informantes se puede inferir que, por cuestiones de machismo, en algunos casos, las madres y padres de familia asignaban más labores del hogar a las adolescentes mujeres porque los padres de familia se sentían incómodos cuando los quehaceres del hogar los realizaban sus hijos. Por otro lado, hubo casos donde el aprendizaje de las labores del hogar ocasionó que las familias se unan más, pues pasaron más tiempo compartiendo en familia y hubo más expresiones de cariño como abrazos.

Cabe señalar que el aspecto lúdico tuvo un papel muy importante en los hogares, ya que cuando ocurrían cambios en los estados de ánimo de las y los miembros de la familia, los juegos se transformaron en una especie de terapia para distraerse y superar el mal momento. Al inicio de la pandemia, algunas y algunos adolescentes no tenían confianza con sus padres y madres, lo cual ocasionaba que no tuvieran un nivel adecuado de comunicación, sin embargo, el confinamiento ayudó de cierta manera a superar esos problemas.

Se observó también un impacto negativo emocional en las y los adolescentes, quienes tras la tristeza, ansiedad y depresión por la que pasaban, empezaron a sentir ira, que se manifestó en agresividad hacia sus padres y madres, amigas y amigos. Del mismo modo, se evidencia que, en algunos casos, los cambios en los estados emocionales de las y los adolescentes fueron causados o tuvieron influencia por la falta de apoyo de los padres y madres.





Conclusiones

Las principales conclusiones de la investigación son:

1. Los hallazgos reflejan que una barrera que influyó en la cobertura de vacunación fue la logística, pues existió escasa disponibilidad de equipamiento e insumos como vacunas, refrigerantes, combustible, personal y recursos financieros para que las brigadas de vacunación cumplieran con sus programaciones. Igualmente, se evidencia que no hubo suficiente información apropiada al contexto sociocultural de la población, lo cual limitó la decisión de aceptar la vacuna contra la COVID-19, influenciada por dogmas religiosos, desinformación, creencias y mitos sobre prevención en salud, miedos e influencia negativa de referentes comunitarios.
2. Se evidenció que las maestras y maestros enseñaron a sus estudiantes el lavado correcto de manos, ya que, durante las clases virtuales, se destinó una parte del tiempo a presentar material gráfico y didáctico con los pasos del lavado de manos y se logró que se convierta en un hábito personal y familiar para prevenir el contagio de COVID-19. Es importante señalar que la mayoría de la población dice haber cumplido de manera parcial las medidas dictadas por el gobierno como el distanciamiento social, el lavado de manos y el uso de mascarillas.



3. El uso de mascarillas fue una medida adoptada por la población urbana y periurbana, se valoró su utilidad en la reducción del contagio; un factor negativo reconocido por toda la población fue el uso incorrecto de esta, que se explica por la limitación económica para su compra y reemplazo o desconocimiento sobre la correcta colocación, generando una falsa seguridad y mayor riesgo al contagio de COVID-19. En comunidades indígenas alejadas de la ciudad refieren no haber adoptado el uso de mascarilla; se consideró un factor favorable la distancia geográfica con la ciudad como un aspecto de contención o barrera en el contagio del virus.

4. Las prácticas y uso de los recursos de la medicina tradicional vinculados con tratamientos para las vías respiratorias cobraron mayor relevancia durante la pandemia; la población la usó como una opción “complementaria” a los sistemas oficiales de salud. Sin embargo, se carece de información científica que permite evidenciar la eficacia de las prácticas identificadas en el estudio.

5. Los agentes comunitarios de salud, en especial de zonas alejadas, asumieron un rol protagónico al informar sobre medidas de prevención contra la COVID-19, reconocieron las capacitaciones que recibieron por parte de los equipos de salud, que reforzó su posicionamiento y reconocimiento por las familias de su comunidad.

6. Las y los adolescentes afirmaron que facilitó su aceptación de la vacunación la influencia del entorno amical y familiar, a lo que se sumó la obligación de cumplir con la inmunización para el retorno escolar. La barrera de provisión de la vacuna en zonas rurales es un reto para lograr una mejor aceptación y cobertura de vacunación para cumplir con las tres dosis contra el virus en este grupo poblacional.

7. El impacto en la salud mental se manifestó en tristeza y angustia, que devino en sentimientos de frustración, estrés y ansiedad. Las familias que experimentaron la pérdida de un ser querido fueron las más impactadas. También, se vivieron episodios de ira y cólera causados por el estrés del aislamiento social obligatorio, lo que generó algunos casos o situaciones de violencia.



8. El personal de salud resultó afectado emocionalmente al ser culpados por el fallecimiento de las personas, por la escasez de medicamentos o por no contar con información. Asimismo, vivieron episodios de miedo y tristeza que se traducían en llanto debido a que muchas veces no podían retornar a sus hogares por temor a contagiar a sus familiares.

9. Sobre la respuesta emocional de los adultos ante la pandemia, se realizaron colectas para los familiares fallecidos, se compartió en familia, se conversó más, se jugaron juegos de mesa, se conocieron más entre padres y hermanos, se brindó apoyo emocional y económico entre vecinos y vecinas o familiares.

10. La respuesta emocional de las y los adolescentes evidencia que sintieron aburrimiento y estrés en algunas ocasiones, debido a las responsabilidades que les fueron asignadas en sus hogares. De los testimonios de los informantes se puede inferir que, por cuestiones de machismo, en algunos casos, se asignaban mayores labores del hogar a las adolescentes mujeres porque los padres se sentían incómodos cuando los quehaceres del hogar los realizaban sus hijos varones.





Recomendaciones

Las principales recomendaciones de la investigación son:

- 1.** La cobertura de vacunación de la tercera dosis en adultos aún tiene una brecha de 40%, mientras que en las y los adolescentes la brecha de la tercera dosis es mayor a 62%, situación que debe ser abordada a partir de intervenciones educativas que generen reflexión sobre los beneficios de cumplir con las dosis de vacunación establecidas. Frente a este escenario, se propone incluir a las autoridades, organizaciones, líderes indígenas y líderes religiosos, en el diseño y la ejecución de las estrategias y campañas de vacunación. En este proceso se requiere garantizar la pertinencia cultural y considerar la estrategia del diálogo intercultural que propone tres etapas señaladas en la Resolución Ministerial N° 611-2014-MINSA, operacionalizada en el documento técnico: Diálogo Intercultural de Salud.
- 2.** Se sugiere que la Gerencia Regional de Salud de Loreto evalúe incluir en su Plan Regional de Salud Intercultural anual la aplicación de la estrategia de información, educación y comunicación a los equipos de salud que trabajan en el primer nivel de atención, para fortalecer sus capacidades en el desarrollo de técnicas educativas activas, que aborden desde el diálogo intercultural una reflexión crítica y generen motivación e interés para adoptar prácticas de autocuidado.

3. Se requiere reconocer que los agentes comunitarios de salud (ACS) fueron referentes de salud en las comunidades durante la pandemia por COVID-19, ya que realizaron actividades de soporte ante la escasez de personal de salud en el primer nivel de atención. Se propone desarrollar un programa de educación sanitaria para estos agentes sobre medidas preventivas.

4. Se propone que, en base a la evidencia, la Gerencia Regional de Salud de Loreto valore la asignación de recursos humanos y logísticos para replantear estrategias de salida y cubrir las bajas coberturas de vacunación, previo mapeo de necesidades por jurisdicción de los establecimientos de salud. Se requiere considerar información que responda a los potenciales temores y rechazo de la población, además de reforzar las coordinaciones con los líderes de las comunidades.

5. Ante las evidencias recogidas en el estudio, se plantea desarrollar campañas informativas en las comunidades para involucrar a los padres y madres de familia, además de cuidadores, a estar alertas ante indicios de cambio de conducta y comportamientos en sus hijos e hijas como ira, llanto, intolerancia, entre otros, para acudir a los servicios de salud mental fijos o las brigadas itinerantes.

6. Ante el limitado servicio de salud mental en los establecimientos de salud del primer nivel de atención, se propone capacitar a los equipos multidisciplinarios de centros y puestos de salud bajo la dirección de la Gerencia Regional de Salud de Loreto para brindar apoyo psicológico y canalizar casos a los centros comunitarios de salud mental; siempre transversalizando el enfoque intercultural.





UNICEF trabaja para que cada niña, niño y adolescente tenga igualdad de oportunidades de ejercer plenamente sus derechos.



 www.unicef.org/peru

 UNICEF Perú

 @UNICEFperu

 @UNICEFPeru

 UNICEF Perú

 UNICEF Perú

 @unicefperu

 lima@unicef.org



para cada infancia