

Salud mental en mujeres indígenas gestantes ecuatorianas durante la pandemia de COVID-19. Aportes desde el feminismo crítico

Mental health in pregnant ecuadorian indigenous women during the covid-19 pandemic. Approaches from critical feminism

Autores:

María Gisela Escobar

Universidad Metropolitana, Venezuela

María del Carmen Gangotena

**Gender and Public Health Emergencies
Group, Canadá**

Autor de correspondencia

María Gisela Escobar

mescobar@unimet.edu.ve

- **Recibido:** 29 - Julio - 2025
- **Aprobado:** 09 - Noviembre - 2025
- **Publicación en línea:** 23 - Diciembre - 2025

Cómo citar: Escobar. M.G. y Gangotena, M.C.(2025). Salud mental en mujeres indígenas gestantes ecuatorianas durante la pandemia de COVID-19. Aportes desde el feminismo crítico. *Maskana*, 16(2), 187 - 202. <https://doi.org/10.18537/mskn.16.02.12>

Salud mental en mujeres indígenas gestantes ecuatorianas durante la pandemia de COVID-19. Aportes desde el feminismo crítico

Mental health in pregnant ecuadorian indigenous women during the covid-19 pandemic. Approaches from critical feminism

Resumen

El estudio tuvo como objetivo analizar las experiencias vividas por mujeres indígenas ecuatorianas en el embarazo y parto durante la pandemia de COVID-19. Las participantes fueron siete mujeres de la comunidad de San Francisco de Huarca. La recolección de datos involucró grupos focales y entrevistas, enmarcadas en un trabajo mayor de intervención acción participativa realizado durante el primer semestre de 2024. Los relatos fueron analizados a través del análisis de contenido y permitieron interpretar: a) experiencias negativas en las interacciones de las mujeres con los servicios de salud en pandemia, caracterizadas como violencia obstétrica; b) respuestas emocionales derivadas del confinamiento y la separación familiar durante los procedimientos obstétricos; y c) procesos de bienestar emocional en aquellas mujeres que conectaron con el apoyo familiar y prácticas culturales. Se discuten los determinantes interseccionales y de inequidad de la salud mental en mujeres indígenas, que se ven exacerbados en situaciones límite.

Palabras clave: mujer indígena, maternidad, salud mental, COVID-19, feminismo crítico.

Abstract

The study aimed to analyze the experiences of pregnancy and childbirth in indigenous women during the lockdown caused by the COVID-19 pandemic. The participants were seven women from the community of San Francisco de Huarca. Data collection involved focus groups and participatory interviews, framed within larger community intervention action research carried out during the first half of 2024. The narratives were subsequently analyzed through content analysis and made it possible to identify and interpret: a) negative experiences encountered by women in their interactions with health services, characterized as obstetric violence; b) emotional responses due confinement and family separation during obstetric procedures; and c) a subjective sense of well-being in some women, connected to family support and cultural practices. It is argued that the determinants of mental health are intersectional and underpinned by processes of inequity, which are exacerbated in extreme situations.

Keywords: indigenous women, motherhood, mental health, COVID-19, critical feminism.

1. Introducción

El feminismo crítico es una práctica reflexiva sustentada en el diálogo y cuestionamiento sobre el entorno opresivo del cual las mujeres forman parte. A través de este enfoque, las mujeres son capaces de expresar sus historias situadas desde su cultura, valorando las diversas experiencias, subjetividades y dinámicas de poder esenciales en la búsqueda de la justicia social y el empoderamiento (English e Irving, 2015; Duran et al., 2019), haciendo hincapié en la necesidad de abordarlos desde una visión más inclusiva y contextual que en esta investigación se ancla en la conciencia sobre la salud pre, peri y postnatal. Desde esta perspectiva, el feminismo crítico, promueve que todas las mujeres puedan resistir a la jerarquía que subyace a los sistemas y discursos de la salud-enfermedad durante la gestación y el parto, a través del diálogo y la reflexión sobre el poder, movilizándolo en un entorno participativo (Oetzel et al., 2018). En tal sentido, el estudio parte de un proceso transformador que se ha construido epistemológicamente sobre la base de los principios de la pedagogía crítica (Freire, 1982) y tiene en cuenta los determinantes sociales y la interseccionalidad entre la etnia, el género y la clase social (Lugones, 2008).

Comprender las experiencias de salud de las mujeres durante la pandemia es crucial, dado que la interseccionalidad revela cómo los sistemas de género, sexualidad, educación, etnia y clase social interactúan con estructuras más amplias, como los sistemas sanitarios y las políticas públicas (Fulcher et al., 2023). En países de ingresos bajos y medios como Ecuador, la depresión prenatal afecta a un cuarto de las mujeres (Gelaye et al., 2016), lo cual subraya la desigualdad en el acceso a recursos de salud mental; pero durante la pandemia, los problemas de salud mental en embarazadas y parturientas se agudizaron globalmente, ya que el confinamiento generó aislamiento (Bremner et al., 2021; Wilson et al., 2022) por la falta de contacto social (Milne et al., 2020), y a muchas se les negó el acompañamiento durante el parto (Akseer et al., 2020; Hübner et al., 2022; Jolivet et al., 2020; Pérez-Escamilla et

al., 2020; Organización de las Naciones Unidas ONU 2020; ONU Mujeres 2021), contraviniendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS 2020a; OMS 2020b).

El aislamiento durante la pandemia de COVID-19 generó consecuencias psicológicas negativas importantes en las mujeres embarazadas y parturientas, incluyendo estrés postraumático, ansiedad y depresión (Basu et al., 2021), así como angustia emocional, falta de control e incertidumbre por la percepción de vulnerabilidad durante el parto (Choi et al., 2020) y miedo al contagio (Corbett et al., 2020; Liu et al., 2020; Perzow et al., 2021; Taubman-Ben-Ari et al., 2020). Esta experiencia se caracterizó por el temor a la infección, la desinformación y la percepción de falta de preparación del personal sanitario (Gangotena y Zurita, 2023). La intensidad de estos efectos negativos en la salud mental estuvo asociada a factores geográficos según el número de infecciones por COVID-19 (Wu et al., 2020), socioeconómicos, por menor disponibilidad de alimentos (Mappa et al., 2020), intrafamiliares, por conflictos en el hogar (Moyer et al., 2020), edad, nivel educativo y menores ingresos familiares (Berthelot et al., 2020), así como incidencias en la etapa de gestación, con mayor ansiedad reportada tanto en el último (Moyer et al., 2020) como en el primer trimestre (Saccone et al., 2020).

Durante el confinamiento, la atención sanitaria prenatal fue irregular o incluso interrumpida. En la mayoría de los países los proveedores de atención médica minimizaron las visitas obstétricas no esenciales (Cohen et al., 2020; Davenport et al., 2020) y se interrumpieron los protocolos destinados a fomentar una experiencia de parto positiva. Los servicios de salud excluyeron a las parejas durante el trabajo de parto y el parto, separaron a las madres y los bebés en el período posnatal inmediato y restringieron la lactancia materna. Estas interrupciones tuvieron un impacto negativo en la calidad general de la atención al parto y en los procesos emocionales

de las madres (Cohen et al., 2020; Gangotena y Zurita, 2023). La Organización Mundial de la Salud (2018) expresa que el parto positivo implica dar a luz un bebé sano en un entorno seguro (clínica y psicológicamente), con apoyo continuo de una persona elegida, donde la atención debe ser proporcionada por personal amable y competente y asegurar que la mujer sienta control y participación en las decisiones.

La resiliencia, -definida como la capacidad de afrontar situaciones difíciles (Davis y Narayan, 2020)-, fue un factor crucial para la salud mental y el bienestar de las mujeres durante el embarazo y el parto en la pandemia. Estudios revelaron que las mujeres embarazadas mostraron diversos estilos de afrontamiento, utilizando sus capacidades individuales en interacción con sus contextos comunitarios y culturales (Kaye-Kauderer et al., 2021). Se observó una clara asociación entre mayores niveles de resiliencia y menor depresión y ansiedad (Brown y Shenker, 2021; Chen et al., 2022; Lubián et al., 2021), mientras que técnicas como la meditación o la oración promovieron la auto-confianza y redujeron la ansiedad (Taubman-Ben-Ari et al., 2022). Las redes de apoyo social, especialmente la familia, fueron fundamentales para generar resiliencia en las gestantes, superando incluso la dependencia de los profesionales de la salud (Preis et al., 2020; Brown y Shenker, 2021; Jean-Baptiste et al., 2020; Kaye-Kauderer et al., 2021; Silveiro, 2021). La pandemia también brindó una oportunidad para el desarrollo de fortaleza y resiliencia, al enseñar a las mujeres la importancia de la preparación para la adversidad y el valor de la hermandad (Gangotena y Zurita, 2023).

La pandemia de COVID-19 intensificó las inequidades sistémicas en la salud de las poblaciones indígenas a nivel global (Pickering et al., 2023; Robertson et al., 2021), haciéndolas más vulnerables a consecuencias graves y exacerbando problemas de salud mental (Mallard et al., 2021). Históricamente, las poblaciones indígenas enfrentan desigualdades estructurales en acceso a servicios básicos y atención médica de baja calidad en centros comunitarios (Pickering et al., 2023; ONU, 2020). Durante la pandemia, la drástica reducción de la atención pre, peri y posnatal para mujeres indígenas se vinculó con

un aumento de la mortalidad materna e infantil (Reinders et al., 2020; Rubio y Rangel, 2023; Stratton et al., 2021), subrayando la vulnerabilidad específica de los pueblos indígenas en salud.

Además, la situación de confinamiento entró en contradicción con la concepción de bienestar y la cosmovisión andina, enraizada en una lógica intuitiva y simbólica, que percibe la vida en su totalidad, priorizando la interconexión entre el ser humano, la comunidad, la naturaleza y el cosmos (Rodríguez, 1999). La filosofía andina entiende la enfermedad como un evento comunitario, y la curación implica restaurar el equilibrio con el medio ambiente y con uno mismo (Drexler, 2002); de tal manera que la intersección entre el simbolismo y la emoción que subyace a la cultura busca una comprensión profunda del ser a través de la integración, reconociendo la interconexión de todas las cosas dentro de una red de relaciones. En este sentido, la salud y el bienestar se logran en armonía y equilibrio de todas las dimensiones de la vida, trascendiendo las dicotomías occidentales y abrazando una visión holística e interconectada del mundo (Balarezo, 2015). Lo anterior nos permite afirmar que la salud física y mental no son independientes, sino que son parte de la interconexión entre la dimensión individual, espiritual y comunitaria. Del mismo modo, los saberes ancestrales sobre el embarazo, el parto y el puerperio en las mujeres indígenas son prácticas vitales transmitidas entre generaciones, que van más allá de la salud física para abarcar el bienestar emocional, espiritual y social-comunitario (Rodríguez y Duarte, 2020). Teniendo esto en cuenta, en Ecuador desde hace pocos años, el Ministerio de Salud Pública (2021) busca proteger a las mujeres de las desigualdades sistémicas y culturales que son promotoras de la violencia obstétrica, promoviendo un trato digno y humanizado a partir de un enfoque intercultural.

La salud materno-infantil en comunidades indígenas americanas depende de prácticas ancestrales de cuidado colectivo y la transmisión de conocimientos culturales entre mujeres (Acosta y Cleghorn, 2017; Martínez-Forero, 2021). Sin embargo, los dispositivos médicos hegemónicos discriminan las prácticas originarias y generan efectos de poder en la salud mental, sexual y reproductiva de las mujeres indígenas,

obligándolas a adaptarse al modelo médico (Baeza, 2013) y, en consecuencia, a perder paulatinamente sus conocimientos y prácticas tradicionales en salud (Alarcón y Nahuecheo, 2008). Aunado a esto, existe una disparidad persistente con mujeres indígenas recibiendo menos atención prenatal y hospitalaria que las no indígenas (Noreña-Herrera et al., 2015).

Pese al control que ejerce el modelo biomédico sobre las prácticas de salud indígenas, existen estrategias sanitarias en gestación y parto que combinan elementos de la medicina occidental con el conocimiento ancestral, permitiendo la resistencia y supervivencia de algunas comunidades en sus procesos de salud física y mental (Dias-Scopel et al., 2017), poniendo en diálogo los conocimientos comunitarios con los aportes científicos.

A partir de los supuestos previos, la presente investigación tuvo como objetivo analizar *expost facto* las experiencias vividas por mujeres indígenas ecuatorianas en la gestación y parto durante la pandemia de COVID-19, a fin de comprender cómo las dinámicas de poder dieron forma a sus oportunidades en el sistema sanitario público y las emociones asociadas a sus vivencias. Entendemos que los relatos obtenidos estuvieron mediados por los procesos de resignificación de experiencias transcurridos cuatro años desde los eventos; no obstante, consideramos oportuna su exploración como parte de la comprensión de las dinámicas de poder-salud que aún persisten y atraviesan el bienestar individual y comunitario de las mujeres indígenas ecuatorianas.

2. Materiales y métodos

Este estudio cualitativo adoptó una perspectiva crítica feminista para analizar las experiencias de embarazo y parto de siete mujeres indígenas multíparas (entre 17 y 35 años) de Imbabura y Cotopaxi, residentes en San Francisco de Huarca, Ecuador, durante la pandemia de

COVID-19, como se detalla en la Tabla 1. El enfoque epistémico-metodológico permitió profundizar en sus narrativas, prestando atención a las prácticas de cuidado gestacional en conjunto con los servicios de salud, la familia y la comunidad

Tabla 1. Participantes
Fuente: Autoras (2025)

Seudónimo ¹	Edad	Edad del parto	Número de hija/o*	Fecha de nacimiento del/la hijo/a	Origen	Lugar de parto
Pamela	26	22	2	26/9/2020	Prov. Cotopaxi	Casa
Danna	21	17	2	26/4/2020	Prov. Cotopaxi	Maternidad de la Nueva Aurora, Quito
Alondra	36	32	2	18/4/2020	Prov. Cotopaxi	Maternidad de la Nueva Aurora, Quito
Nicole	34	30	2	6/5/2020	Prov. Cotopaxi	Maternidad de la Nueva Aurora, Quito
Melany	39	35	2	20/8/2020	Prov. Cotopaxi	Casa
Gesela	33	29	4	24/12/2020	Prov. Cotopaxi	Maternidad de la Nueva Aurora, Quito
Sahori	29	25	3	20/04/2020	Prov. Imbabura	Hospital Sn. Luis Otavalo

Nota: *esta columna muestra el número de hija o hijo nacido en el período en estudio.

¹ Se empleó un seudónimo para resguardar la seguridad y confidencialidad de las personas participantes.

3. Resultados

Violencia obstétrica en tiempos de pandemia

La primera categoría temática que emerge de las narrativas de las mujeres la hemos denominado violencia obstétrica, teniendo en cuenta los postulados de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), que se refiere al maltrato y omisiones por parte de los profesionales de la salud en la atención de las mujeres durante el proceso de parto. Los relatos de las participantes remiten a una violencia generalizada por parte de los servicios de salud pública que las atendieron durante el embarazo y parto, agravadas por las medidas sanitarias implementadas por la pandemia.

Una experiencia de parto no positiva en tiempos de emergencia

Las restricciones impuestas en los centros de salud debido a la COVID-19 contribuyeron a que las experiencias prenatales y de parto se expresaran a través de evaluaciones predominantemente negativas. Estas evaluaciones ponen de manifiesto sentimientos de desvalorización, miedo, tristeza y sensación de olvido durante los momentos más intensos del parto:

“El COVID nos hizo llorar. Me dan ganas de llorar, cuando pienso en eso” (Melany, comunicación personal, 20 marzo 2024).

“Es duro en el hospital dar a luz porque ahí sí lloré hasta donde no tenía que llorar, fue durísimo” (Gesela comunicación personal, 20 marzo 2024).

Las experiencias negativas comienzan desde los controles prenatales debido a las estrictas medidas de distanciamiento social que acentuaron el abandono del personal de salud, que explicaremos más adelante. Todas las mujeres coinciden en señalar falencias en el acceso a los servicios de salud para los controles prenatales, algunas mujeres incluso descubrieron su embarazo cuando ya estaba avanzado. Melany refiere no haber recibido ningún control prenatal y tener

que tomar ella misma las acciones necesarias para hacer un seguimiento del embarazo:

“Como no hice control prenatal, fui a sacarme una ecografía pagando de mi bolsillo, pero sin ninguna orden médica. En el centro de salud no me quisieron atender” (Melany, comunicación personal, 20 marzo 2024).

En general, debido a la falta de control prenatal, las madres no contaban con un conteo preciso de la semana de gestación. Además, el desconocimiento sobre la condición del bebé generó angustia y, para algunos, les hizo dudar de la salud del embarazo:

“Me dolía la barriga y me sentía mal, no podíamos hacer nada porque no sabía que estaba embarazada. (...) ya no estaban recibiendo en los centros de salud ni hospitales. Casi una semana pasó y no avanzaba porque no sabía cuánto tiempo de embarazo tenía. Era una bebé y no se movía, no le daba cuenta a nada” (Gesela, comunicación personal, 20 marzo 2024).

El miedo al contagio y las limitadas facilidades que brindan los servicios de salud para el transporte y la atención de las parturientas llevaron a Pamela y Melany a decidir dar a luz en casa, apoyándose en sus redes de apoyo basadas en las tradiciones indígenas. Sin embargo, la experiencia no estuvo exenta de riesgos, ya que no existía un mecanismo de atención durante o después del parto. En el caso de Melany, su familia tuvo que utilizar sus recursos para llevar al recién nacido al centro de salud:

“Para dar a luz, no quería ir al hospital por el miedo al contagio. Decidí dar a luz en casa, y como mi hermana es partera, ella me ayudó (...) Mi marido tuvo que irse con mi hija a la clínica” (Melany, comunicación personal, 20 marzo 2024).

Las mujeres que decidieron acudir a los hospitales indicaron que se sometieron a procedimientos

invasivos. Experimentaron un dolor significativo debido a los largos tiempos de espera para la atención del parto y temieron por su salud y la de sus bebés:

“Estaba volviéndome loca, como usted dice, quería que me sacaran el bebé, que hicieran lo que fuera”. (Nicole, comunicación personal, 20 marzo 2024).

Negligencia del personal de salud

En general, todas las mujeres coinciden en que el personal de salud las trató con falta de cortesía, hubo omisiones y, en la mayoría de los casos, se les negó la atención en algún momento. Al respecto, Nicole relata que luego de ir al centro de salud y que le negaran el acceso, tuvo que regresar a su casa a pie, y luego solicitar una ambulancia porque estaba en trabajo de parto; Aun así, al regresar al centro de salud, se demoraron en atenderla:

“Cuando estaba a punto de dar a luz, no había carro para llevarme. Me fui a la maternidad de Nueva Aurora a las 4 de la mañana, llevando a un compadre escondido porque no podíamos movilizar el carro abiertamente. Él me dejó allí y se fue. Estuve hasta las 9 de la mañana sin que me atendieran (...) me mandaron regresar. Llegué aquí a pie, y el dolor empezó a aumentar más y más. (...) La ambulancia vino, me llevaron al centro de salud de Huamaní. Ya era tarde, tipo 3 o 4 de la tarde (...) no me querían atender” (Nicole, comunicación personal, 20 marzo 2024).

Coinciden en señalar que no fue solo la falta de atención, sino que el personal de salud no creyó en los reportes de mujeres embarazadas y parturientas. Alondra señala que ya estaba en trabajo de parto, pero el personal no le permitía ingresar al establecimiento de salud:

“Más dolor es mío, antes de botar en piso tengo que ir adentro... pero guagua ya salía” (Alondra, comunicación personal, 20 marzo 2024).

Paradójicamente, para prestar el servicio de salud, el personal sanitario solicitó a las mujeres la confirmación de sus síntomas de parto sin un examen clínico previo:

¡El bebé no se movía, me preocupé y llamé al centro de salud en Otavalo. Me dijeron que no podían mandar la ambulancia a menos que tuviera algo grave como sangrado” (Sahori, comunicación personal, 20 marzo 2024).

En algunos casos, se brindó atención informal en las puertas de los centros de salud, ya que no permitían el ingreso de mujeres embarazadas, a menos que mostraran síntomas de parto, según informa Gesela.

“Primero, me atendieron desde la puerta de afuera, preguntando si estaba sana o de parto, y luego me dejaron entrar”. (Gesela, comunicación personal, 20 marzo 2024).

Los cuidados recibidos durante el parto también fueron irrespetuosos. Alondra recuerda que una vez dentro del hospital, la dejaron sola en una camilla asignada a pesar de estar en trabajo de parto activo. Se sintió obligada a reprimir sus expresiones de dolor para que se le permitiera abandonar la camilla y caminar:

“Yo decía que no me dolía y me aguantaba porque no me traían la atención necesaria” (Alondra, comunicación personal, 20 marzo, 2024).

Salud mental y red de apoyo en condiciones difíciles

Esta categoría ofreció una ventana a la naturaleza multifacética de la salud materna y el bienestar de las mujeres durante sus experiencias. Si bien surgió una narrativa predominante de negatividad, a menudo entrelazada con sentimientos de soledad, aislamiento y miedo, también descubrimos dimensiones positivas dentro de la experiencia subjetiva. Estos elementos positivos se centraban en un sentido de identidad y una profunda conexión con su comunidad o grupo.

Soledad durante el embarazo y parto

Las mujeres describen sus experiencias como profundamente angustiantes, que involucran miedo, soledad, desesperación y tristeza. Profundizar en sus narrativas revela que, además del dolor físico del parto agravado por la negligencia del sistema de salud, las mujeres

también lidian con intensos sentimientos de soledad y aislamiento. Esta separación de sus familias y parejas se produce tanto durante el parto como durante todo el embarazo, a menudo exacerbada por las medidas de confinamiento. El testimonio de Danna subraya esta realidad, destacando cómo las mujeres se vieron obligadas a navegar solas por el sistema hospitalario, sin el apoyo de sus seres queridos.

“Solo ingresó mi mamá conmigo a la sala de abajo donde ponen a los pacientes. Entré a la sala de parto sola, mi marido estuvo afuera de la maternidad con mi cuñado, mi mamá abajo” (Danna, comunicación personal, 20 marzo 2024). Sahori relata que su pareja la acompañó a un chequeo prenatal debido a una hemorragia. Sin embargo, la prolongada espera y la política de prohibición de acompañantes la obligaron a regresar sola a casa.

“Así que salí de ahí, y volví a casa sola” (Sahori, comunicación personal, 20 marzo 2024).

Otras mujeres expresan que el aislamiento o confinamiento en casa debido a las medidas de confinamiento les generó una profunda sensación de soledad, ya que no pudieron conectarse con familiares y amigos.

“Yo durante la pandemia estuve encerrada aquí en mi casa. Nunca salí” (Pamela comunicación personal, 20 marzo 2024).

Alondra señala explícitamente que la soledad la llevó a un patrón de pensamientos repetitivos y al insomnio, lo que sugiere un impacto perjudicial en su salud mental.

“Aquí solamente cuatro paredes. Ya salimos un poco, mucho pensamiento, mucho pensativo, ni para dormir hasta la 1 de la mañana” (Alondra, comunicación personal, 20 marzo 2024).

3.2. La familia y la comunidad como pilares

La unidad familiar desempeña un papel vital en la prestación de cuidados y apoyo en el hogar, complementando los servicios ofrecidos por los profesionales sanitarios. Como se señaló

anteriormente, muchas mujeres de nuestro estudio, debido a las medidas de confinamiento, dependían únicamente de sus parejas y tenían una interacción limitada con sus familias extendidas. Nicole y Pamela relatan vívidamente el profundo impacto psicológico de experimentar la soledad durante el embarazo y el parto:

“Fui al baño y ya me empezó a salir algo. Ahí mi esposo fue y trajo a la doctora, diciéndole que ya estaba a punto de dar a luz y que no me atendían...Estaba volviéndome loca” (Nicole, comunicación personal, 20 marzo 2024).

“Mi esposo se iba a trabajar, solo llegaba de noche y se bañaba desinfectado todo ahí (...)Mi decisión fue dar a luz en la casa de mi suegra. Fue duro porque me arrepentí mil veces de no haber ido al hospital porque fue doloroso, casi me desmayo, casi no logro dar a luz” (Pamela, comunicación personal, 20 marzo 2024).

Si bien la narrativa predominante entre las mujeres está marcada por experiencias negativas, algunos relatos también destacan las redes de apoyo de la familia, pareja y comunidad como factores protectores positivos en la toma de decisiones respecto a la atención médica obstétrica:

“Después, ya sin avanzar con el dolor, mi papá en esos ratos se fue a buscar una camioneta. Me llevaron a la maternidad de Nueva Aurora (...) Mi papá era el que más me cuidaba, mientras mi mamá trabajaba” (Danna, comunicación personal, 20 marzo 2024).

Para Sahori, la presencia y el apoyo de su pareja, sus suegros y su cuñada le proporcionaron una fuerza emocional esencial durante un momento difícil:

“Me mandaron hacer una prueba de sangre de embarazo, esperé dos horas afuera y resultó positivo. Me puse a llorar porque mi marido no estaba trabajando y mi suegro, en nuestro idioma, me dijo: “Paniko², no llores, como sea te vamos a ayudar a salir. No llores, vas a hacerlo, es la bendición de Dios” (Sahori, comunicación

² Paniko, significa hermana, prima en kichwa ecuatoriano

personal, 20 marzo 2024).

Además, descubrimos que el apoyo familiar desempeñó un papel vital en las prácticas de atención médica, utilizando la sabiduría ancestral para nutrir y promover el bienestar durante todo el embarazo.

“Le dije, algo pasa. Llamé a mi papi para que me diera un remedio casero, tomé todo remedio” (Alondra, comunicación personal, 20 marzo 2024).

“Mi hermana es partera... de ahí vino a hacer remedio casero. Eso me hizo bien a mi niña” (Gesela, comunicación personal, 20 marzo 2024).

Los conocimientos indígenas sobre el parto, apoyados y compartidos dentro del grupo familiar, empoderaron a algunas mujeres para que eligieran el parto en casa, mitigando así las deficiencias de los servicios hospitalarios inadecuados:

“Decidí dar a luz en casa y mi hermana me ayudó, también mi tío ayudó, y de ahí di a luz. Mi marido tuvo que irse con mi hija a la clínica Inmaculada para que la atendieran allá” (Melany, comunicación personal, 20 marzo 2024).

“Mi cuñada es partera, si ella no venía, yo no sé qué habría pasado, yo o la bebé” (Pamela, comunicación personal, 20 marzo 2024).

4. Discusión

Las narrativas de las mujeres indígenas de San Francisco de Huarca, recopiladas cuatro años después del confinamiento por COVID-19, revelan experiencias y emociones predominantemente negativas sobre el embarazo y el parto. Se evidencia que las deficiencias históricas y estructurales del sistema de salud, especialmente en comunidades indígenas, se agudizaron durante la pandemia, como documentaron Reinders et al. (2020) al observar el cierre de centros de atención obstétrica. Esto, sumado a la negligencia y el maltrato inherentes al servicio médico, generó un entorno inseguro y contribuyó a que las mujeres se sintieran indefensas y vulnerables. Pero estas experiencias negativas no solo fueron resultado de las restricciones pandémicas, sino también de la ausencia de un enfoque intercultural y de dinámicas discriminatorias a dichas prácticas al interior del sistema de salud. Por ello, la implementación de un enfoque intercultural en la atención obstétrica (Olaza-Maguiña y De La Cruz-Ramírez, 2024) es crucial para garantizar un proceso respetuoso de las tradiciones culturales y los principios de salud física y mental de estas comunidades orientado al bienestar materno.

Las narrativas de las mujeres también exponen que los controles prenatales eran irregulares e ineficientes, con viajes extenuantes a centros

distantes y atención inadecuada. La negación de acceso a hospitales hasta que el trabajo de parto estaba avanzado, resultaba en largas esperas dolorosas y sin asistencia, poniendo en riesgo la salud materno-infantil. Estas experiencias, que las mujeres percibieron como de infravaloración y falta de respeto, se analizan bajo la perspectiva de la violencia obstétrica (OMS, 2014), que incluye maltrato y negligencia. Dicha violencia no solo impacta la salud física, sino también la salud mental de las mujeres, actuando como fuente de vulnerabilidad, con potencial contribución a trastornos como el estrés postraumático y la depresión posparto (Laínez et al., 2023). Aunque el estudio no profundizó en estos efectos, los testimonios indicaron una erosión de la confianza en el sistema de salud, lo cual concuerda con las consecuencias de la violencia obstétrica identificadas por Annborn y Finnbogadóttir (2022).

La investigación evidenció los importantes desafíos para el bienestar psicológico y la salud mental que enfrentaron las mujeres indígenas embarazadas y en parto durante la pandemia. Sus narrativas reflejaron desesperanza, tristeza y aislamiento, lo cual coincide con lo expuesto por Berthelot et al., (2020). Estas emociones se vieron exacerbadas por el confinamiento en casa

que limitó el contacto familiar y comunitario, aumentando su susceptibilidad a la depresión y ansiedad, especialmente en una población ya vulnerable por disparidades socioeconómicas, culturales y educativas. Por otro lado, las estrictas medidas de distanciamiento social impidieron el acompañamiento en centros de salud, separando a las mujeres de sus parejas durante consultas y el parto, lo que intensificó sentimientos de soledad e impotencia y contravino las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020a; OMS, 2020b) sobre la importancia del apoyo familiar durante el proceso.

En tal sentido, desde la perspectiva del feminismo crítico, el estudio revela las desigualdades inherentes y el ejercicio de poder en el ámbito de la salud materna en las mujeres indígenas a través de prácticas que derivaron en violencia obstétrica, transformando el parto en una experiencia de miedo, aislamiento y vulneración de derechos. La atención en salud en pandemia interrumpió las prácticas culturales ancestrales de embarazo y parto, erosionando el apoyo comunitario esencial para el bienestar materno-infantil, un efecto también observado por Haruna y Nishi (2020) y Nisa-Waller et al. (2024). Aunque algunas participantes de nuestro estudio recibieron cuidados tradicionales familiares, también mostraron dependencia de un sistema médico desconectado del cuidado en el hogar. Esto genera en las mujeres una pérdida gradual del conocimiento tradicional, forzando la adaptación al modelo médico dominante, lo cual concuerda con lo expuesto por Alarcón y Nahuecheo (2008) y Baeza (2013). Los resultados permiten afirmar que es crucial integrar las prácticas ancestrales de cuidado colectivo (Martínez-Forero, 2021) en los protocolos de atención obstétrica de la comunidad, especialmente durante emergencias.

No obstante, desde nuestra comprensión anclada en el feminismo crítico, este proceso también forjó una notable resiliencia en las mujeres y una conciencia de las participantes sobre su situación de vulnerabilidad. Pese a las experiencias negativas con el sistema de salud, el apoyo familiar y las redes comunitarias resultaron fundamentales para el bienestar físico y emocional de las mujeres que tuvieron esta opción, ofreciendo soporte basado en conocimientos tradicionales y fortaleciendo la resiliencia, tal y como encontraron Rodríguez y Duarte, (2020). Nuestros hallazgos en San Francisco de Huaracay indican que las mujeres indígenas con sólidas redes experimentaron mayor confianza durante el embarazo, optaron por parto en casa o integraron cuidados tradicionales que brindaron soporte físico, emocional y espiritual, reportando así experiencias más positivas que aquellas mujeres aisladas. Esto es consistente con los hallazgos de Martínez-Forero (2021) en la Amazonía colombiana durante el mismo período.

Lo anterior subraya el papel crucial del apoyo social-comunitario como promotor de resiliencia de las mujeres durante la pandemia, permitiéndoles trascender la dependencia de servicios médicos deficientes y valorar el conocimiento ancestral, en concordancia con lo hallado por Brown y Shenker (2021) y Preis et al. (2020), lo cual constituye un factor protector para la salud mental de estas mujeres en momentos difíciles. A través de este estudio, las mujeres han tomado conciencia de las experiencias negativas desproporcionadas que enfrentaron, incluyendo acceso limitado a la atención sanitaria, abandono por parte del personal y la vulneración de derechos fundamentales, procesos que se le ha ayudado a resignificar, siguiendo las premisas epistémicas metodológicas del feminismo crítico (Oetzel et al., 2018).

5. Conclusiones

Los relatos de las mujeres indígenas ecuatorianas revelan fallas sistémicas en las políticas de salud, y en la preparación de los profesionales de salud frente al parto durante la pandemia,

lo cual se asocia intrínsecamente con las experiencias de bienestar y salud mental en un momento crucial del desarrollo humano materno-infantil. La confluencia de la violencia

obstétrica, la insensibilidad del personal de salud hacia las redes culturales de cuidado y los inadecuados protocolos de emergencia, crearon condiciones que causaron un daño psicológico a las mujeres en uno de los momentos más vulnerables de sus vidas. Los hallazgos de esta investigación demuestran, por un lado, que los enfoques existentes para la atención materna y la preparación para emergencias son actualmente inadecuados para atender a las mujeres indígenas gestantes y en parto; por otro lado, estas condiciones vulneran su salud mental.

Por tal motivo, se requiere insistir en programas de control obstétrico y parto interculturales que respeten las prácticas comunitarias ancestrales de las mujeres indígenas en red con sus familias, no solo para reducir la mortalidad materno-infantil, sino para garantizar espacios seguros para su bienestar psicológico. Las dimensiones psicológicas de la atención materna, incluyendo la conexión entre las prácticas culturales y el bienestar emocional, deben reconocerse como

componentes esenciales de una atención de calidad, y no como adaptaciones opcionales.

Recientemente el Ministerio de Salud de Ecuador presentó el Manual de Buenas Prácticas para la Prevención de la Violencia Ginecológico-Obstétrica en las maternidades del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Salud, 2024), con el que se pretende reforzar el derecho a un acompañante en el parto, incluso durante crisis sanitarias, y exigir la integración de un apoyo de salud mental culturalmente apropiado en la atención prenatal y posnatal, siendo este un avance para el reconocimiento de los derechos obstétricos de las mujeres indígenas. Las futuras investigaciones e iniciativas de implementación deben priorizar las voces y experiencias de las mujeres indígenas como elementos centrales para el desarrollo de soluciones, en lugar de considerarlas como aspectos secundarios en el diseño de programas, garantizando así que futuras emergencias no repliquen las experiencias perjudiciales documentadas en estas mujeres durante la pandemia por COVID-19.

6. Agradecimientos

Este estudio es parte del Proyecto de Investigación internacional titulado: “Riesgos, impacto y respuesta de género al COVID-19: orientación para la investigación y las políticas” coordinado

por la Universidad Simón Fraser, BC Canadá que fue financiado por la Fundación Bill y Melinda Gates para el período 2020-2024.

7. Referencias bibliográficas

Acosta, M y Cleghorn, D. (2017). Mujer Indígena y Cuidados Durante el Embarazo y Puerperio. *Enfoque*, 21(17), 82–89. <https://doi.org/10.48204/j.enfoque.v21n17a5>

Akseer, N., Kandru, G., Keats, E. C. y Bhutta, Z. A. (2020). COVID-19 pandemic and mitigation strategies: implications for maternal and child health and nutrition. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 112(2), 251–256. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqaa171>

Alarcón, A., y Nahuelcheo, Y. (2008). Creencias sobre el embarazo, parto y puerperio en la mujer mapuche: conversaciones privadas. *Chungara. Revista de Antropología Chilena*, 40(2), 193–202. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-73562008000200007>

Allen, M. (2017). *The SAGE encyclopedia of communication research methods*. Sage Publications.

- Annborn, A. y Rafnar, H. (2022). Obstetric violence a qualitative interview study, *Midwifery*, 105. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103212>
- Arcidiacono, C., Natale, A., Carbone, A. y Procentese, F. (2017). Participatory action research from an intercultural and critical perspective. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 45(1), 44–56. <https://doi.org/10.1080/10852352.2016.1197740>
- Baeza, B. (2013). La memoria migrante y la escucha de los silencios en la experiencia del parto en mujeres migrantes bolivianas en Comodoro Rivadavia (Chubut, Argentina). *Anuario Americanista Europeo*, 11(2), 179–197. <http://www.red-redial.net/revista/anuario-americanista-europeo/article/view/210>
- Balarezo, D. A. (2015). Interculturalidad y Cosmovisión Andina. *Revista Médica HJCA*, 7(1), 88-92. <http://dx.doi.org/10.14410/2016.7.1.aa.19>
- Basu, A., Kim, H. H., Basaldua, R., Choi, K. W., Charron, L., Kelsall, N., Hernandez-Diaz, S., Wyszynski, D. F., y Koenen, K. C. (2021). A cross-national study of factors associated with women's perinatal mental health and wellbeing during the COVID-19 pandemic. *PloS One*, 16(4), e0249780. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249780>
- Berthelot, N., Lemieux, R., Garon-Bissonnette, J., Drouin-Maziade, C., Martel, E., y Maziade, M. (2020). Uptrend in distress and psychiatric symptomatology in pregnant women during the coronavirus disease 2019 pandemic. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 99(7), 848–855. <https://doi.org/10.1111/aogs.13925>
- Braun, V. y Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Breman, R. B., Neerland, C., Bradley, D., Burgess, A., Barr, E. y Burcher, P. (2021). Giving birth during the COVID-19 pandemic, perspectives from a sample of the United States birthing persons during the first wave: March-June 2020. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 48(4), 524–533. <https://doi.org/10.1111/birt.12559>
- Brito, M., y Robayo, L. (2023). Calidad de vida en barrios segregados por el Estado ecuatoriano durante el periodo 2008-2018. *Territorios en formación*. (21) <https://doi.org/10.20868/tf.2023.21.5239>
- Brown, A., y Shenker, N. (2021). Experiences of breastfeeding during COVID-19: Lessons for future practical and emotional support. *Maternal & Child Nutrition*, 17(1), e13088. <https://doi.org/10.1111/mcn.13088>
- Chen, H., Zou, Y., Shi, H. Ma, H., Huang, W., Wang, S. y Lu, J. (2022). COVID-19 affects psychological symptoms of pregnant women indirectly by increasing their maternal concerns. *Journal of Affective Disorders*, 317, 79–83. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.08.069>
- Choi, K., Records, K., Low, L., Alhusen, J. L., Kenner, C., Bloch, J. R., Premji, S. S., Hannan, J., Anderson, C. M., Yeo, S., y Logsdon, M. C. (2020). Promotion of maternal-infant mental health and trauma-informed care during the COVID-19 pandemic. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN*, 49(5), 409–415. <https://doi.org/10.1016/j.jog.2020.07.004>
- Cohen, M., Powell, A., Coleman, J., et al. (2020). Special ambulatory gynecologic considerations in the era of coronavirus disease 2019 (COVID-19) and implications for future practice. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 223(3), 372–378. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.06.006>
- Corbett, G. A., Milne, S. J., Hehir, M. P., Lindow, S. W., & O'connell, M. P. (2020). Health anxiety and behavioral changes of pregnant women during the COVID-19 pandemic. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 249, 96–97. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.04.022>
- Davis, E. & Narayan, A. (2020). Pregnancy as a period of risk, adaptation, and resilience for mothers and infants. *Development and Psychopathology*, 32(5), 1625–1639. [doi:10.1017/S0954579420001121](https://doi.org/10.1017/S0954579420001121)

- Davenport, M., Meyer, S., Meah, V., Morgan, S., y Khurana, R. (2020). Moms are not OK: COVID-19 and maternal mental health. *Frontiers in Global Women's Health*, 1. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2020.00001>
- Dias-Scopel, R., Scopel, D., & Langdon, E. (2017). Gestaç o, parto e p s-parto entre os Munduruku do Amazonas: confrontos e articula  es entre o modelo m dico hegem nico e pr ticas ind genas de autoaten  o. *Ilha Revista de Antropologia*, 19(1), 183–216. <https://doi.org/10.5007/2175-8034.2017v19n1p183>
- Drexler, J. (2002). * En los montes s , aqu , no! Cosmolog a y medicina tradicional de los Zen es*. Ediciones Abya-Yala.
- Duran, B., Oetzel, J., Magarati, M., Parker, M., Zhou, C., Roubideaux, Y., ... & Wallerstein, N. (2019). Toward health equity: a national study of promising practices in community-based participatory research. *Progress in Community Health Partnerships: Research, Education, and Action*, 13(4), 337–352.
- English, L M., & Irving, C. (2015). *Feminism in community: Adult education for transformation*. Brill Sense. <https://brill.com/view/title/37003>
- Freire, P. (1982) *Pedagog a del Oprimido*. Siglo XXI.
- Fulcher, M., Schroeder, K. and Dinella, L. (2023). How the COVID-19 global pandemic further jeopardized women's health, mental well-being, and safety: Intersectionality framework and social policy action. *Journal of Social Issues* 79 (2):543–555. <https://doi.org/10.1111/josi.12587>
- Gangotena, M., y Zurita, C. (2023) Inequidad en salud experienciada por mujeres ecuatorianas en el parto, sus percepciones de contacto piel a piel y lactancia materna inmediata durante la primera ola de la pandemia por Covid-19. *Archivos Latinoamericanos de Nutrici n*, 73-p170/s3-p43. <https://doi.org/10.37527/2023.73.S1>
- Gangotena, M. C. (2019, october) *A Qualitative Assessment of an Instructional Artifact Used to Promote Learning of Skin-to-Skin Contact and Immediate Breastfeeding in Ecuador*. In: Creating Learning Spaces that Encourage Inclusion and Respect Diversity. CASAE East Conference Mount Saint Vincent University.
- Gelaye, B., Rondon, M. B., Araya, R., & Williams, M. A. (2016). Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. *The Lancet. Psychiatry*, 3(10), 973–982. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(16\)30284-x](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(16)30284-x)
- Guba, E. & Lincoln, Y. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In *Denzin & Lincoln* (Eds.), *Handbook of qualitative research*, 105–117. Sage Publications.
- Haruna, M., & Nishi, D. (2020) Perinatal mental health and COVID-19 in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 74(9), 502–503. <https://doi.org/10.1111/pcn.13091>
- Hook, J. N., Davis, D. E., Owen, J., Worthington Jr., E. L., & Utsey, S. O. (2013). Cultural humility: Measuring openness to culturally diverse clients. *Journal of Counselling Psychology*®. doi:10.1037/a0032595
- H bner, T., Wolfgang, T., Theis, A., , Steber, M., Wiedenmann, L., W ckel, A., Diessner, J., Hein, G., Gr ndahl, M. K mmerer, U. , Kittel-Schneider, S., y Bartmann, C. (2022). The impact of the COVID-19 pandemic on stress and other psychological factors in pregnant women giving birth during the first wave of the pandemic. *Reproductive Health*, 19(1), 189. <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01493-9>
- Jean-Baptiste, C., Herring, R., Beeson, W., Dos Santos, H., & Banta, J.(2020). Stressful life events and social capital during the early phase of COVID-19 in the U.S. *Social Sciences & Humanities Open*, 2(1), 100057. <https://doi.org/10.1016/j.ssaho.2020.100057>
- Jolivet, R. R., Warren, C. E., Sripad, P., Ateva E., Gausman, J., Mitchell, K, 6, Hacker, H. P. Sacks, E. Langer, A.(2020). Upholding rights under COVID-19: The respectful maternity care charter. *Health and Human Rights*, 22(1), 391–394.

- Kaye-Kauderer, H., Feingold, J., Feder, A., Southwick, S., & Charney, D. (2021). Resilience in the age of COVID-19. *BJPsych Advances*, 27(3), 166–178. <https://doi.org/10.1192/bja.2021.5>
- Laínez, N., Martínez, G., Portillo, D., Alvarenga, A. y Véliz, A. (2023). Consecuencias físicas y psicológicas de la violencia obstétrica en países de Latinoamérica. *Alerta, Revista científica Del Instituto Nacional De Salud*, 6(1), 70–77. <https://doi.org/10.5377/alerta.v6i1.15231>
- Linden, K., Domgren, N., Zaigham, M., Sengpiel, V., Andersson, M. & Wessberg, A. (2022) Being in the shadow of the unknown. Swedish women's lived experiences of pregnancy during the COVID-19 pandemic, a phenomenological study, *Women and Birth*, 35 (5), 440-446. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.09.007>
- Liu, X., Chen, M., Wang, Y., Shi, Y., Wang, J., Zhang, H., Sol, G., y Baker, P. N. (2020). Prenatal anxiety and obstetric decisions among pregnant women in Wuhan and Chongqing during the COVID-19 outbreak: a cross-sectional study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 127(10), 1229–1240. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16381>
- Lubián López, D. M., Butrón Hinojo, C. A., Arjona Bernal, J. E., Fasero Laiz, M., Alcolea Santiago, J., Guerra Vilches, V., Casaus Fernández, M., Bueno Moral, A., Olvera Perdigones, A., Rodríguez Rodríguez, B., Cuevas Palomino, A., Presa Lorite, J., Coronado Martín, P., Sánchez-Prieto, M., Sánchez-Borrego, R., & González-Mesa, E. (2021). Resilience and psychological distress in pregnant women during quarantine due to the COVID-19 outbreak in Spain: a multicentre cross-sectional online survey. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 42(2), 115–122. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2021.1896491>
- Lugones, M. (2008) Colonialidad y Género. *Tabula Rasa*, 9, 73-101. <https://doi.org/10.25058/20112742.340>
- Mallard, A., Pesantes, M., Zavaleta-Cortijo, C. y Ward, J.(2021) An urgent call to collect data related to COVID-19 and Indigenous populations globally. *BMJ Global Health*, 6:e004655. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-004655>
- Mappa, I., Distefano, F. A., & Rizzo, G. (2020). Effects of coronavirus 19 pandemic on maternal anxiety during pregnancy: a prospectic observational study. *Journal of Perinatal Medicine*, 48(6), 545–550. <https://doi.org/10.1515/jpm-2020-0182>
- Martínez-Forero, T. (2021). Reflexiones en torno al nacimiento en tiempos de pandemia de coronavirus en Leticia, sur de la Amazonia colombiana. *Mundo Amazónico*, 12(1), 139-150. <https://doi.org/10.15446/ma.v12n1.88516>
- Mendoza, A., De León, R., Martínez, L., Chamorro, F., Chur, E., y Rodríguez, F. (2013). Inequidades en la salud sexual y reproductiva de las mujeres indígenas de Panamá. *Revista Centroamericana de Obstetricia y Ginecología*, 18(1), 15–20. <http://www.revcog.org/index.php/revcog/article/download/636/544>
- Milne, S. J., Corbett, G. A., Hehir, M. P., Lindow, S. W., Mohan, S., Reagu, S., Farrell, T., y O'Connell, M. (2020). Effects of isolation on mood and relationships in pregnant women during the covid-19 pandemic. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 252, 610–611. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.06.009>
- Ministerio de Salud Pública de Ecuador (2024, septiembre). *Manual de Buenas prácticas para la prevención de la violencia gineco-obstétrica en los establecimientos del Sistema Nacional de Salud*. <https://ecuador.unfpa.org/es/publications/manual-de-buenas-pr%C3%A1cticas-para-la-prevenci%C3%B3n-de-la-violencia-gineco-obst%C3%A9trica-en-los>
- Ministerio de Salud Pública de Ecuador (2021). *Acuerdo Ministerial Nro. 00030-2021 Norma Técnica para la Certificación de Establecimientos de Salud como Amigos de la Madre y del Niño-ESAMyN*. <https://www.gob.ec/regulaciones/acuerdo-ministerial-nro-00030-2021-norma-tecnica-certificacion-establecimientos-salud-amigos-madre-nino-esamyn>

- Moyer, C. A., Compton, S. D., Kaselitz, E., & Muzik, M. (2020). Pregnancy-related anxiety during COVID-19: a nationwide survey of 2740 pregnant women. *Archives of Women's Mental Health*, 23(6), 757–765. <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01073-5>
- Navarro, N.; Arenas, J.; Linero, R. & Guerrero, H. (2022) La fenomenología como método de investigación científica: una revisión sistemática. *Revista de Filosofía*, (2), 28-54. <https://produccioncientificaluz.org/index.php/filosofia/article/view/39034/43746>
- Nisa-Waller, A., Hall, Y., & Edmonds, L. (2024). Whānau (immediate and extended family) lived experiences of whakawhānau (birthing process) during COVID-19 in Aotearoa (New Zealand): an exploratory analysis. *AlterNative: An International Journal of Indigenous Peoples*, 0(0). <https://doi.org/10.1177/11771801241261729>
- Noreña-Herrera, C., Leyva-Flores, R., Palacio-Mejía, L. & Duarte-Gómez, M. (2015) Inequidad en la utilización de servicios de salud reproductiva en Colombia en mujeres indígenas y afrodescendientes. *Cadernos de Saúde Pública*, 31 (12), 2635-2648. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00016515>
- Oetzel, J., Wallerstein, N., Duran, B., Sanchez-Youngman, S., Nguyen, T., Woo, K., Wang, J., Schulz, A., KeaweKaholokula, J., Israel, B., & Alegria, M. (2018). Impact of Participatory Health Research: A Test of the Community-Based Participatory Research Conceptual Model. *BioMed Research International*. <https://doi.org/10.1155/2018/7281405>
- Olaza-Maguiña, A. & De La Cruz-Ramírez, Y. (2024). Factors associated with negative birth experience in Peruvian Quechua-speaking indigenous women in a context of contagion due to COVID-19. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 164(2), 633–640. <https://doi.org/10.1002/ijgo.15219>
- Organización de las Naciones Unidas (2020). *The COVID-19 Pandemic Is Exacerbating the Care Crisis in Latin-American and the Caribbean*. Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC). <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/37b9630e-15a3-49d9-bdfc-eb024f71510b/content>
- Organización de las Naciones Unidas Mujeres (2021, marzo). *Explainer: How Covid-19 Impacts Women and Girls*. <https://interactive.unwomen.org/multimedia/explainer/covid19/en/index.html#:~:text=The%20pandemic%27s%20economic%20impacts%20are,and%20refugee%20contexts%20particularly%20vulnerable.>
- Organización Mundial de la Salud (2020, abril). *Addressing human rights as key to the COVID-19 response*. <https://www.who.int/publications/item/addressing-human-rights-as-key-to-the-covid-19-response>
- Organización Mundial de la Salud (2020, mayo). *Considerations in adjusting public health and social measures in the context of COVID-19: interim guidance*. https://reliefweb.int/report/world/interim-guidance-public-health-and-social-measures-covid-19-preparedness-and-response?gad_source=1&gclid=Cj0KCQjwi5q3BhCiARIsAJCfuZkGqfiQpZ3-05w03RWiiZEJ1zPqdKPOUhtYRX3EMfzT0oBHSY3NpYaAsTeEALw_wcB
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Recomendaciones de la OMS: Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva (WHO/RHR/18.12)*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/92809762-b22d-497a-9554-063ed7dd2d41/content>
- Organización Mundial de la Salud. (2014, septiembre). *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf?sequence=1
- Pérez-Escamilla, R., Cunningham, K., & Moran, V. (2020). COVID-19 and maternal and child food and nutrition insecurity: a complex syndemic. *Maternal & Child Nutrition*, 16(3), e13036. <https://doi.org/10.1111/mcn.13036>

- Perzow, S., Hennessey, E., Hoffman, M., Grote, N. K., Davis, E. P., y Hankin, B. L. (2021). Mental health of pregnant and postpartum women in response to the COVID-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders Reports*, 4(100123), 100123. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100123>
- Pickering, K., Galappaththi, E.K., Ford, J.D., Singh, C., Zavaleta-Cortijo, C., Hyams, K., Miranda, J.J., Arotoma-Rojas, I., Togarepi, C., Kaur, H., Arvind, J., Scanlon, H., Namanya, D.B., Anza-Ramirez, C.; COVID- Observatories Team.(2023). Indigenous peoples and the COVID-19 pandemic: a systematic scoping review. *Environmental research letters: ERL* [Web site], 18(3), 033001. <https://doi-org.libproxy.stfx.ca/10.1088/1748-9326/acb804>
- Preis, H., Mahaffey, B., Heiselman, C., & Lobel, M. (2020). Pandemic-related pregnancy stress and anxiety among women pregnant during the coronavirus disease 2019 pandemic. *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*, 2(3), 100155. <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2020.100155>
- Reinders, S., Alva, A., Huicho, L., & Blas, M. (2020) Indigenous communities responses to the COVID-19 pandemic and consequences for maternal and neonatal health in remote Peruvian Amazon: a qualitative study based on routine programme supervision. *BMJ Open*; 10:e044197. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044197>
- Rodríguez, G. (1999). *La sabiduría del kóndor*. Ediciones Abya Yala.
- Rodríguez, V. & Duarte, C. (2020). Saberes ancestrales y prácticas tradicionales: Embarazo, parto y puerperio en mujeres colla de la región de Atacama. *Diálogo andino*, (63), 113-122. <https://dx.doi.org/10.4067/S0719-26812020000300113>
- Robertson, R., Mian, M., Sreedharan, S., & Lau, P. (2021). The impact of COVID- 19 on first nations people health assessments in Australia. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 33(5), 595–597. <http://dx.doi.org/10.1177/10105395211011012>
- Rubio, S. & Rangel, Y. (2023) Percepción del riesgo de COVID-19 en indígenas Nahuas embarazadas en México. *New trends in qualitative research*, 18, 1-12 <https://doi.org/10.36367/ntqr.18.2023.e821>
- Saccone, G., Florio, A., Aiello, F., Venturella, R., De Angelis, M. C., Locci, M^a, Bifulco, G., Zullo, F., y Di Spiezio Sardo, A. (2020). Psychological impact of coronavirus disease 2019 in pregnant women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 223(2), 293–295. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.05.003>
- Stratton, P., Gorodetsky, E. & Clayton, J. (2021) Pregnant in the United States in the COVID-19 pandemic: A collision of crises we cannot ignore. *Journal of the National Medical Association*, 113, (5), 499-503, <https://doi.org/10.1016/j.jnma.2021.03.008>
- Taubman-Ben-Ari, O., Chasson, M., Erel-Brodsky, H., Salam A., Skvirsky, V. & Horowitz, E. (2022). Contributors to COVID-19-related childbirth anxiety among pregnant women in two pandemic waves. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1), 110. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010110>
- Wilson, A. N., Sweet, L., Vasilevski, V., Hauck, Y., Wynter, K., Kuliukas, L., Szabo, R. A., Homer, C. S. E., & Bradfield, Z. (2022). Australian women's experiences of receiving maternity care during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional national survey. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 49(1), 30–39. <https://doi.org/10.1111/birt.12569>
- Wu, Y., Zhang, C., Liu, H., Duan, C., Li, C., Fan, J., Li, H., Chen, L., Xu, H., Li, X., Guo, Y., Wang, Y., Li, X., Li, J., Zhang, T., You, Y., Li, H., Yang, S., Tao, X., Xu, Y., Lao, H., Wen, M.,... Huang, H.-F.(2020). Perinatal depressive and anxiety symptoms of pregnant women during the coronavirus disease 2019 outbreak in China. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 223(2), 240.e1-240.e9. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.05.009>