

# Parir durante la primera ola de la pandemia de covid-19: inequidades en la atención y su impacto en la experiencia vivida y la salud psicosocial de mujeres nahuas y nuntajiiyi del sur de Veracruz, México

*Giving birth during the first wave of the covid-19 pandemic:  
inequities in care and their impact on the lived experience  
and psychosocial health of Nahua and Nuntajiiyi women  
from southern Veracruz, Mexico*

*Aimé López-González<sup>1</sup>, Amada Rubio Herrera<sup>2</sup>  
y Alejandra Núñez-de la Mora<sup>3</sup>*

Universidad Veracruzana<sup>1,3</sup>  
Universidad Nacional Autónoma de México<sup>2</sup>

Autor para correspondencia: Aimé López-González, [ailopez@uv.mx](mailto:ailopez@uv.mx).

## RESUMEN

En México, los contextos de violencia, pobreza, exclusión social y cultural en el que vive la mayoría de las comunidades indígenas trae como resultado la inequidad en la salud, incluido el acceso a una cobertura continua y de calidad en la atención perinatal. Dichas desigualdades se reflejan en perfiles desfavorables de mortalidad y morbilidad materno-infantil, así como en altos índices de violencia obstétrica e insatisfacción de las usuarias de las instituciones de salud. Tal situación se vio recrudecida durante la pandemia de covid-19 debido a la interrupción de los servicios sanitarios en las comunidades, particularmente en las localidades marginadas, y a las restricciones protocolarias en la atención en los hospitales. Así, la presente investigación cualitativa tuvo como objetivos, a saber: 1) describir la experiencia de un grupo de mujeres primigestas nahuas y nuntajiiyi del sur del estado de Veracruz (México), en cuanto a la atención perinatal en el contexto de pandemia de covid-19, y 2) identificar las barreras para el acceso y las limitaciones de atención del sistema de salubridad durante este periodo, así como la importancia de la salud psicosocial de las mujeres indígenas participantes. Se realizaron entrevistas en profundidad a 16 mujeres (ocho nahuas y ocho nuntajiiyi), cuyo contenido se analizó desde un enfoque fenomenológico. El análisis de la experiencia vivida de las mujeres participantes da cuenta de la incertidumbre y el espacio limitado para decidir sobre el lugar, el tipo de atención y el desarrollo del parto, del temor de contagiarse de covid-19 y de contagiar al bebé durante su estancia en el lugar de atención, así como también de las condiciones poco propicias para una recuperación adecuada durante el posparto y el puerperio. En conclusión, el deterioro en el acceso y la calidad de atención materna en el estado de Veracruz tuvieron consecuencias desfavorables para la salud psicosocial de las mujeres indígenas que gestaron y parieron durante la pandemia de covid-19.

<sup>1</sup> Universidad Veracruzana Intercultural, correo electrónico: [ailopez@uv.mx](mailto:ailopez@uv.mx), <https://orcid.org/0000-0002-2523-8926>.

<sup>2</sup> Centro Peninsular en Humanidades y Ciencias Sociales, correo electrónico: [amadarubioherrer@cephcis.unam.mx](mailto:amadarubioherrer@cephcis.unam.mx), <https://orcid.org/0000-0003-0598-6756>.

<sup>3</sup> Instituto de Investigaciones Psicológicas, Calle Dr. Luis Castelazo Ayala s/n, Industrial Ánimas, 91190 Xalapa, Veracruz, México, correo electrónico: [alnunez@uv.mx](mailto:alnunez@uv.mx), <https://orcid.org/0000-0002-1609-0771>.



**Palabras clave:** Inequidad; Salud materna; Población indígena; Asistencia perinatal; Covid-19.

### ABSTRACT

*In Mexico, Indigenous communities often face violence, poverty, and social and cultural exclusion, resulting in health inequities, including access to good quality continuous maternal health coverage. These inequalities usually lead to worsened child-maternal mortality and morbidity profiles, as well as higher rates of obstetric violence and dissatisfaction among users of health services in such communities. This situation was even worse during the COVID-19 pandemic due to the interruption of health services, particularly for individuals in marginalized localities, as well as the implementation of restrictive measures in hospitals. Thus, the aims of this qualitative research were: 1) to describe the experience of perinatal care in the context of the COVID-19 pandemic of a group of Nahua and Nuntajiyi primigravidae women in southern Veracruz and 2) to identify barriers in the access and limitations of the health system to provide quality care, the importance of psychosocial health and well-being of Indigenous women. We conducted in-depth interviews with 16 women (8 Nahua and 8 Nuntajiyi), and their contents were analyzed using a phenomenological approach. The following key themes surfaced from the analysis of the participants' lived experience: 1) uncertainty and lack of opportunities to exercise agency to decide on the place, birth plan, and preferred type of maternal care, 2) the fear of becoming infected and infecting their baby with covid-19 during their stay in hospital, and 3) unfavorable conditions to recover adequately during the postpartum and puerperium period. The findings highlight the deterioration in access and quality of maternal care received by Indigenous women who gestated and gave birth in the state of Veracruz during the COVID-19 pandemic and its impact on women's psychosocial health.*

**Key words:** Health inequities; Maternal health; Indigenous population; Perinatal care; Covid-19.

Recibido: 07/12/2023

Aceptado: 08/07/2024

**E**l covid-19, causado por el virus SARS-CoV-2 fue anunciado por primera vez en Wuhan, China, el 31 de diciembre de 2019. Un mes más tarde, la Organización Mundial de la Salud

(OMS) lo identificó como una emergencia de salud pública de alcance internacional, y el 11 de marzo de 2020, se le declaró oficialmente como una pandemia (Escudero *et al.*, 2021). En México, el primer caso de esta enfermedad se registró en el mes de febrero de 2020, y al mes siguiente, con 475 casos confirmados, las autoridades decretaron la fase de contingencia sanitaria e implementaron una serie de medidas, como el distanciamiento social, el confinamiento y la restricción laboral (Dirección General de Epidemiología/Secretaría de Salud, 2020). Pocas semanas después la enfermedad se había expandido a todo el país, siendo la Ciudad de México y el Estado de México los lugares con el mayor número de casos. En diciembre de 2020, en el estado de Veracruz se habían confirmado cerca de 43,054 casos, 11,092 se consideraban sospechosos y 11,718 personas habían fallecido, siendo los municipios de Poza Rica, Veracruz, Xalapa, San Andrés Tuxtla y Coatzacoalcos (los dos últimos al sur del estado de Veracruz) aquéllos con más contagios activos (Gobierno del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave, 2020).

En México, el efecto de la pandemia en el ámbito de la salud fue significativo; las deficiencias en el acceso, la cobertura y la calidad de los servicios, así como la insuficiencia de infraestructura, capital humano, equipos y medicamentos se exacerbaban durante la crisis sociosanitaria (Talanquer y Sepúlveda, 2024). En cuanto a la salud materna, la Secretaría de Salud puso en práctica durante el periodo de contingencia sanitaria una serie de medidas encaminadas a disminuir la posibilidad de contagio sin interrumpir la atención; entre ellas, la reducción del número de controles prenatales para embarazos de bajo riesgo, la reducción de la estancia hospitalaria y del seguimiento postparto, y la suspensión de otras prácticas recomendadas, como el contacto piel a piel y el inicio de la lactancia materna inmediata al nacimiento (Gobierno de México, 2020). En la práctica, tales acciones, aunadas a la ineficiente implementación de espacios diferenciados para la atención del embarazo, el parto y el puerperio, la ineficaz comunicación de los riesgos y la carencia de equipos de protección personal en algunos servicios, entre otras deficiencias estructurales mencionadas anteriormente, entrañaron condiciones de verdadero riesgo para las mujeres embarazadas o puérperas.

Antes de la pandemia de covid-19, las principales causas de muerte materna registradas en México eran el edema, la proteinuria, los trastornos hipertensivos y las hemorragias obstétricas. En julio de 2020, a cuatro meses de declarada la contingencia sanitaria, el covid-19 se registró como la primera causa de muerte materna en México y una de las tres principales en mujeres de 15 a 44 años de edad (Talanquer y Sepúlveda, 2024). La razón de mortalidad materna (o RMM) presentó un incremento de 37.8 % con relación al año anterior, lo que implicó un retroceso de más de una década en dicho indicador (Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, 2020; Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2021a; Observatorio de Muerte Materna, [OMM], 2021). En el estado de Veracruz, el número de muertes maternas registradas al término del segundo año de la pandemia fue de 71, en contraste con las 39 ocurridas el año anterior (OMM, 2021). Las cifras de morbimortalidad materna y neonatal, el número de embarazos tempranos, de embarazos no deseados y de necesidad insatisfecha de planificación familiar, son indicadores adicionales de las consecuencias directas e indirectas de la disrupción de la atención de la salud durante la pandemia. En conjunto, estos números representan un grave retroceso respecto a las metas y compromisos establecidos por nuestro país con relación a la salud materno-infantil de la Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible (Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, 2020; Chávez y Negrete, 2021; Talanquer y Sepúlveda, 2024).

La atención de la salud materna durante la pandemia de covid-19 descrita anteriormente se desarrolló en el contexto de un sistema de salud fragmentado, falta de inversión y en proceso de reestructuración (Moreno *et al.*, 2023; Talanquer y Sepúlveda, 2024), lo que agudizó las desigualdades preexistentes en la cobertura, el acceso y la atención entre los diferentes sectores de la sociedad, en particular en la población indígena y más específicamente las mujeres. En efecto, desde que se iniciaron los registros en México, las mujeres indígenas han mostrado indicadores elevados de mortalidad materna comparadas con las no indígenas, incluso aquéllas en circunstancias socioeconómicas similares. Las barreras geográficas, cultu-

rales y de lenguaje; la discriminación económica, étnico-racial y de género por parte de las instituciones en general, y en particular las de salud, así como distintos aspectos de la violencia estructural, se han identificado como factores asociados directa e indirectamente con dichas inequidades (Berrio, 2017; Chávez y Negrete, 2021; Pelcastre *et al.*, 2020). En esta entidad, el único diagnóstico con perspectiva de género reportado a la fecha sobre la situación de las mujeres en las poblaciones de la sierra de Zongolica y Santa Marta (donde se localizan las comunidades estudiadas) revela una elevada insatisfacción con la calidad de la atención recibida en los servicios públicos de salud, así como una demanda expresa de atención culturalmente pertinente (Instituto Veracruzano de las Mujeres [IVM], 2009). Las cifras que emergieron tras la pandemia de covid-19 reiteran el efecto de las desigualdades históricas al evidenciar que las poblaciones indígenas sufrieron un deterioro mayor en la salud y la salud materna que otros grupos (Meneses *et al.*, 2022).

En México, el efecto directo e indirecto que tuvo la pandemia de covid-19 en los indicadores de muerte materna refleja solo un aspecto de las consecuencias de dicha experiencia colectiva para la salud. Otro aspecto, igualmente crítico por su alcance y duración, es el efecto que tuvo en la salud mental de las personas (Talanquer y Sepúlveda, 2024), en particular las mujeres que vivieron el embarazo, parto y puerperio en condiciones de distanciamiento social y demás restricciones asociadas a la contingencia epidemiológica (Parasi, 2021). Algunos estudios efectuados en México y en varios países con características diversas han documentado una clara y consistente asociación entre la incertidumbre ante el contagio, la preocupación por mantener la salud propia, la del bebé y la de sus familias, así como el estrés económico, la violencia doméstica y el confinamiento prolongado de las mujeres gestantes y puérperas son indicadores desfavorables de salud mental y emocional (Akhter *et al.*, 2021; Wolfe-Sherrie *et al.*, 2022). Sin embargo, la experiencia de las mujeres indígenas y la forma en que la pandemia alteró sus procesos de gestación, parto y puerperio ha recibido poca atención.

En consecuencia, el presente trabajo propone documentar la experiencia de la atención perinatal de un grupo de mujeres primigestas nahuas y nuntajiyi del sur del estado de Veracruz durante la pandemia de covid-19 y sus implicaciones en términos de bienestar y salud psicosocial. Se pretende con ello reflexionar cómo es que las mujeres participantes organizaban y elaboraban esa vivencia y la revestían de significado a partir de la experiencia vivida (Rubio, 2017). El término “experiencia vivida” se refiere a la manera en que las personas sienten e interpretan afectiva y cognitivamente una situación y emprenden acciones o conductas (Jodelet y Kalampalikis, 2015). Esta forma de conocimiento apunta a una situación local concreta; comprende elementos emocionales que involucra a las subjetividades particulares; se expresa y toma conciencia a través del intercambio de experiencias sociales, lo que implica saberes y significados comunes, y tiene funciones prácticas en la vida cotidiana (Jodelet y Kalampalikis, 2015, p. 443).

## MÉTODO

### Poblaciones y contexto del estudio

La investigación se llevó a cabo en dos municipios del sur del estado de Veracruz: Soteapan y Zaragoza, con 83.5% y 37.8% de población indígena, respectivamente. En las poblaciones indígenas de Soteapan se habla el idioma nuntajiyi en su variante zoqueana (Velázquez, 2010), mientras que en Zaragoza se habla el náhuatl del sur de Veracruz. La economía de estas comunidades es preponderantemente agrícola, y en Zaragoza se complementa con el comercio de artesanías y textiles en pequeña escala (Cruz, 2020). La región muestra valores altos de vulnerabilidad social e indicadores desfavorables de salud materno-infantil asociados a las condiciones de pobreza (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL], 2020). Las muertes maternas, predominantemente de mujeres de 20 a 29 años de edad, en las que la entidad veracruzana ocupa el tercer lugar nacional, están concentradas en la jurisdicción sanitaria de Coatzacoalcos (Gobierno

del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave, 2019), a la que pertenecen los municipios donde se realizó la investigación. De manera relevante, 70% de las muertes maternas fueron por causas prevenibles y ocurrieron en hospitales del sector público. Dichas cifras son congruentes con los indicadores de calidad y eficiencia en la atención en las instituciones de salud, en las que se reporta un número preocupante de casos de maltrato y discriminación por parte del personal de salud, especialmente hacia las mujeres indígenas (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2016; Instituto Veracruzano de las Mujeres, 2009). En los últimos cinco años se ha reportado una prevalencia de maltrato durante la atención obstétrica en el estado de 36.1% (INEGI, 2021b; Comisión Nacional de Arbitraje Médico, 2024).

### Diseño

Se efectuó una investigación etnográfica de corte cualitativo que describe e interpreta formas de vida, cultura y estructuras sociales de un grupo (Rodríguez *et al.*, 1999), empleándose la perspectiva fenomenológica como el enfoque para examinar las experiencias vividas de las mujeres participantes en relación a la atención de su salud durante el embarazo, el parto y el puerperio (atención perinatal). En su sentido más amplio, la atención perinatal es considerada como el conjunto de factores personales, físicos, sociales, culturales, políticos e ideológicos, así como las prácticas y circunstancias colectivas de la vida de una mujer que le permiten experimentar un embarazo y un parto seguro, saludable y una maternidad próspera (World Health Organization, 2016). En tal sentido, el abordaje fenomenológico intenta comprender los significados de la experiencia situada en la vida cotidiana y el contexto sociocultural de las personas, en contraste con otras aproximaciones que se enfocan en relaciones estadísticas entre diversas variables, el predominio de tales o cuales opiniones sociales, o la frecuencia de algunos comportamientos (Rodríguez *et al.*, 1999).

La investigación se desarrolló en tres momentos: 1) identificación de las comunidades de estudio y reclutamiento de participantes; 2) entrevista en profundidad para documentar las expe-

riencias de la atención perinatal de las mujeres, y 3) entrevista semiestructurada para evaluar aspectos de la salud psicosocial de las participantes dentro de las primeras seis semanas del puerperio.

El estudio fue avalado por los Comités de Investigación y de Ética en Investigación del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Veracruzana (30CEI00120180131).

## Participantes

Participaron ocho mujeres primigestas que se auto-identificaron como nahuas y ocho como nuntajjiyis, quienes cumplieron los criterios de inclusión de ser mayores de 16 años, oriundas y residentes de los citados municipios y encontrarse en el tercer trimestre de gestación al momento de aceptar colaborar en la investigación.

El rango de edad de las participantes fue de 16-26 años. De las mujeres nahuas, 75% reportó tener estudios preparatorios y 25% secundarios. En el grupo nuntajjiyi, 25% había terminado la educación primaria, 25% la educación secundaria, y 50% la preparatoria. Todas las mujeres reportaron como actividad principal el trabajo doméstico no remunerado.

## Procedimiento

El estudio se llevó a cabo durante el periodo 2019-2020. Previamente a la pandemia, se visitaron e identificaron comunidades con una elevada presencia de población indígena en ambos municipios. En preparación para el trabajo en campo, se contactaron traductores de las lenguas nahua y nuntajjiyi mediante la vinculación con las autoridades municipales y comunitarias a fin de que colaboraran en el diseño y la traducción de los formatos de consentimiento informado y de las guías de entrevista empleados. En cada caso, se verificó que los conceptos, términos y lenguaje utilizados en cada documento se comprendieran de manera equivalente en su versión en español.

Una vez dispuestos los documentos en ambas lenguas, se llevaron a cabo visitas domiciliarias en cada comunidad para invitar a las mujeres gestantes que cumplieran los criterios de inclusión

mencionados anteriormente a colaborar en el estudio. En todas las visitas se contó con la participación de una traductora bien conocida en la comunidad. A las mujeres interesadas se les explicaron en el idioma de su elección el objetivo y el procedimiento de la investigación, se les dio oportunidad de hacer preguntas y una vez resueltas sus dudas se obtuvo de quienes aceptaron participar su asentimiento (en el caso de mujeres menores de 18 años) o el consentimiento informado en el de las mujeres mayores de 18 años, mediante un documento en el idioma y la pertenencia cultural de cada grupo. Se recabaron asimismo los datos sociodemográficos básicos (edad, estado civil, educación, ocupación) y la fecha estimada de parto de cada participante. Venturosamente, al momento de declararse la emergencia sanitaria por covid-19 se había logrado incluir el número de participantes previsto para la investigación. No obstante, la totalidad de las participantes vivieron el último semestre del embarazo y el parto durante la citada contingencia y ya sujetas a las restricciones derivadas de los protocolos de distanciamiento social.

Las mujeres se contactaron nuevamente en los días posteriores al nacimiento para llevar a cabo la entrevista en profundidad. A las seis semanas posparto, considerado el fin del puerperio, se hizo una última visita para explorar el estado de salud psicosocial de las mujeres participantes. En ambas ocasiones, las entrevistas se efectuaron en los domicilios de las participantes por la misma persona, previo acuerdo y con la entera aprobación de los miembros del hogar, durante un tiempo promedio de 60 a 90 minutos. Aunque todas las participantes hablaban las lenguas nahua o nuntajjiyi, prefirieron hacer las entrevistas en español. En todos los casos se cumplieron los protocolos de seguridad dispuestos por las autoridades sanitarias nacionales y locales, anteponiendo la salud y el bienestar de las participantes en todo momento.

## Instrumentos

Para la entrevista en profundidad posterior al parto se elaboró una guía con preguntas inspiradas en las recomendaciones vigentes (*cf.* Gobierno de México, 2016; World Health Organization, 2016)

sobre la atención del parto relativas a la autoeficacia, el manejo del dolor, el control y la capacidad o viabilidad para tomar decisiones sobre el proceso y la percepción de riesgo, así como sobre las expectativas, el contraste con la realidad vivida, el tipo de prácticas y el grado de satisfacción con la atención recibida durante el parto. De manera similar, para la entrevista semiestructurada durante el puerperio se utilizó una guía con preguntas acerca del estado de la salud física, mental y emocional de las participantes para indagar la manera en que las vivencias de la atención perinatal, particularmente las del parto, afectaron el mundo emocional y psicológico de las participantes como individuos, y cómo dicha experiencia afectó las relaciones e interacciones sociales de índole comunitaria (cf. Villa Gómez, 2012).

### Análisis de la información

Se llevó a cabo un análisis de contenido a partir de las transcripciones de las entrevistas, para lo cual se establecieron fragmentos del texto como unidades de análisis y se definieron temas, categorías y subcategorías de forma mixta, partiendo tanto de los temas previamente establecidos, como aquéllos derivados del análisis inductivo de la información. Se agruparon y asociaron en una matriz las categorías de acuerdo a su contenido y naturaleza temática para obtener conexiones o nexos e inferir el contenido latente en las narraciones así recuperadas. Entre las categorías de análisis estuvieron las actitudes y percepciones sobre el embarazo, el cuerpo y el entorno (pareja, familia, comunidad), las actitudes y percepción de la calidad y satisfacción de la atención del embarazo, el parto, el puerperio, el manejo del dolor durante el parto y la toma de decisiones durante la atención del mismo. Para evaluar los aspectos de la salud psicosocial se analizaron los antecedentes familiares, el entorno cultural y socioeconómico de la madre, su evolución y situación emocional durante el embarazo, las condiciones del parto, la condición del recién nacido y las formas de lactancia, los cuidados de la salud física de la madre en el puerperio, su situación emocional después de las cuatro semanas del parto y las redes de apoyo familiares y comunitarias de la madre.

Se llevó a cabo un análisis de triangulación intramétodos para verificar la validez de los diferentes mecanismos propuestos para estudiar el fenómeno en cuestión, así como la consistencia interna y la fiabilidad de los resultados obtenidos (Patton, 2000).

### RESULTADOS

Independientemente de la identidad étnica de las participantes y de las diferencias socioculturales entre ellas, el análisis de las narrativas identificó temas comunes a las mujeres nahuas y nuntajiyis respecto a las barreras, limitaciones e inequidades en el acceso a los servicios de salud, así como los aspectos emocionales durante el parto. Igualmente, entre los temas más destacados emergieron los relacionados con la experiencia del cuidado perinatal recibido durante la pandemia. Específicamente, la inquietud y preocupación relacionadas con la incertidumbre respecto del lugar, las condiciones para el parto y el modo de nacimiento, el miedo al contagio por covid-19, la reducción del periodo de estancia hospitalaria tras el parto y la disminución de la calidad de la atención durante el puerperio. En los siguientes apartados se presentan y contextualizan con mayor detalle los hallazgos alrededor de cada uno de tales aspectos.

#### *Incertidumbre con relación al lugar, las condiciones y el modo de nacimiento.*

Las mujeres llevaban su control prenatal en los centros de salud de sus comunidades y, paralelamente, acudían periódicamente con una partera para recibir atención. El tipo de cuidados en cada uno de estos espacios fue diferente: en el centro de salud, la revisión consistió en obtener las mediciones del peso corporal, el fondo uterino, la presión arterial y los valores de los análisis de laboratorio, mientras que la partera “tallaba”<sup>4</sup> a las mujeres para aliviar el dolor en el vientre, acomodar al bebé y ofrecerles consejos de cuidado diario. Una preocupación constante que emergió durante las con-

<sup>4</sup> El *tallar* es una práctica terapéutica que realiza la partera y consiste en un masaje que se da a la mujer a partir del tercero o cuarto mes de embarazo para lograr que el bebé se coloque en una posición que facilite el parto.

versaciones con las mujeres a lo largo de todo el embarazo fue la incertidumbre acerca de dónde y cómo sería su parto, ya que en los centros de salud en los que se llevó el seguimiento del embarazo no se atienden los partos *per se*. El hecho es que las mujeres están supeditadas a las decisiones de las autoridades sanitarias, las que, avanzado el tercer trimestre, deciden a qué centro de segundo nivel serán derivadas en función del modo de nacimiento que el personal de salud considera pertinente en cada caso (cesárea programada o parto espontáneo), les provoca una extrema ansiedad. Típicamente, las mujeres nahuas de Zaragoza, que llevan su control prenatal en el centro de salud, son transferidas al hospital del municipio de Cosoleacaque (a seis kilómetros de distancia y de 20 a 30 minutos de traslado), y las mujeres nuntajñiyis de So-teapan al hospital de la comunidad de Tonalapan, en el municipio de Mecayapan (a 23 kilómetros de distancia y un trayecto de aproximadamente una hora). Sin embargo, en caso de faltar personal en dichos hospitales, o de ocurrir complicaciones durante el trabajo de parto, las mujeres pueden ser derivadas a los hospitales de los municipios de Minatitlán o Coatzacoalcos, a 111 kilómetros y 2 horas de traslado.

*“Los dolores me empezaron a dar ocho días antes. El bebé nació en el hospital. Yo quería que naciera en casa con la partera, pero yo tenía cita todavía con la doctora en el centro de salud, y ahí ella me dijo que no podría tener a mi bebé en casa, que no sería parto normal sino cesárea y que tenía que nacer en el hospital. Entonces me dieron un papel para que me fuera para allá a que me hicieran la cesárea. Me fui desde la casa y me internaron. Ya en el hospital el ginecólogo me dijo que porqué me habían enviado allá, que no era cesárea, que era parto normal. “No te voy a poder hacer cesárea; de por sí no hay ni anestesiólogo, no hay ni doctor. ¿Quién te va a hacer la cesárea?”. Y sí. Ahí me tuvieron esperando toda la noche, desde la tarde y toda la noche y sí, fue parto normal” (Mujer nuntajñiyi).*

La falta de control para planear y organizar con antelación el traslado al lugar de parto, la posibilidad de un cambio de último minuto y la distancia a los centros de atención constituyen una preocupación constante, una potencial barrera de acceso

y una causa de retraso de una atención oportuna. Aunado a la incertidumbre, el costo del traslado significa un gasto importante para la economía familiar de por sí precaria, particularmente cuando el inicio del trabajo ocurre en la noche o la madrugada y se requiere alquilar un taxi especial o una ambulancia. Incluso habiendo recorrido el trayecto y cubierto los costos del traslado, las mujeres no tienen garantizada la atención. Varias de ellas relataron que al llegar al área de admisión de los hospitales las habían regresado a sus comunidades, aun estando ya en trabajo de parto. En ocasiones, ante la imposibilidad de cubrir repetidamente los costos del traslado, estas mujeres deciden esperar en el patio de los hospitales durante horas enteras hasta ser atendidas, muchas veces de noche y ya con los dolores del trabajo de parto.

Tal situación en las condiciones de la pandemia contribuyó de manera palpable al temor de que hubiese complicaciones en el parto y se contagiaran de covid-19 al exponerse en espacios públicos. Las condiciones estresantes de incertidumbre y de riesgo potencial en las que las mujeres iniciaban y cursaban el trabajo de parto pudieron afectar de manera duradera la experiencia, el proceso y su desenlace, así como la salud de la diada madre-infante durante y luego del nacimiento.

*“La primera vez que fui al hospital de Cosoleacaque fue a las 11 de la noche, pero como no dilataba lo suficiente me volvieron a enviar a mi casa; pero luego, como empecé a vomitar mucho, fui otra vez al hospital, pero me dijeron que no me podían recibir; que si quería esperar me quedara afuera hasta la hora de mi parto. Luego llamamos a la clínica particular en Jáltipan y nos dijeron que fuéramos ahí y ya me atendieron como a las dos de la madrugada en esa clínica” (Mujer nahua).*

*Miedo al contagio por covid-19 durante el embarazo y el parto.*

Aunque en la región se establecieron medidas de distanciamiento social, confinamiento y restricción laboral, así como el uso de cubrebocas y el lavado de manos, éstas no fueron observadas consistentemente por la población. Frente a esta situación, las mujeres nahuas de Zaragoza expresaban el temor ante la pandemia que sentían sus familias y su comunidad. Tanto los familiares como el personal de

los centros de salud les recomendaron a las mujeres embarazadas tener un mayor cuidado, pero las indicaciones respecto al tipo de cuidados no fueron lo suficientemente precisas, lo que igualmente les ocasionaba una considerable ansiedad a lo largo de su embarazo.

En cuanto al parto, los dos grupos de mujeres indicaron con frecuencia dos fuentes principales de aprensión: no recibir una atención satisfactoria en la calidad de la atención médica en general que recibían para un buen manejo del dolor, y el trato personal en los momentos de dolor por el trabajo de parto y el temor al contagio por covid-19 de ellas y de sus bebés al nacer. Comentaron también sobre el miedo que experimentaban de parir en un espacio y con personal desconocido, atendidas en un idioma diferente al suyo, solas y sin que sus familiares pudieran acompañarlas.

*“Con respecto a mi parto, con la contingencia en la que estamos me preocupa que en caso de que dé a luz en un hospital no quieran atender bien a mi bebé, además de que me vayan a contagiar o no me quieran dar algún servicio porque luego hay muchos pacientes que esperan algún servicio”* (Mujer nahua).

*“Si volviera a vivir otro parto me gustaría que alguien estuviera conmigo en mi labor de parto. Tenía un poco de miedo por la situación de la pandemia. Hasta se lo conté a la doctora que me atendió porque tenía miedo de que le pasara algo a mi bebé o que se llegara a contagiar de coronavirus”* (Mujer nahua).

*“En mi parto entré sola porque no dejan entrar a nadie con la situación de la pandemia, aunque me hubiera gustado que entrara alguien conmigo porque una se siente muy sola ahí”* (Mujer nahua).

Las mujeres asociaron los hospitales a un posible contagio de covid-19, lo que les generaba sentimientos ambivalentes respecto a su estancia en los mismos; por un lado, tenían la expectativa de que en el hospital podrían ser atendidas en caso de que se presentara cualquier eventualidad o urgencia obstétrica durante el parto, pero por otro expresaban el temor de que no hubiera espacios destinados sólo para la atención del parto en los que se observarían al pie de la letra los protocolos de seguridad sanitaria:

*“Lo que me preocupa de mi parto es la situación de la pandemia, que mi bebé se vaya a contagiar. Y lo que me da ilusión de que mi bebé nazca en un hospital es que va a estar atendido en caso de que surja una complicación”* (Mujer nahua).

*“El paciente que estaba en la camilla estaba enfermo y lo mandaron a otro hospital y me pusieron a mí en la misma camilla. Nada más quitaron la sábana y pusieron otra y luego a mí. Y sí, pensé en el covid. Y dijeras que no había otras camillas donde estaban enfermos así, y llegaban otras personas y a las camillas las limpiaban con jabón y les cambiaban las sábanas, pero a mí no me hicieron así. Todo eso me puso muy nerviosa. A mi lado estaba una señora enferma; quién sabe qué tenía, pero estaba grite y grite, y yo sentía más miedo porque estaba a mi lado. Yo sentía dolor y luego la señora estaba gritando y ya por mi cabeza pasaba que yo ya quería salirme de ahí”* (Mujer nuntajiyi).

Cuando comenzó la pandemia, las participantes nuntajiyi del municipio de Sotepan señalaron no preocuparles el riesgo de infectarse de covid-19 ya que, al considerar el parto como un proceso natural que se lleva a cabo en la intimidad del hogar, hacerlo en casa las libraría de exponerse al virus. Sin embargo, la experiencia vivida por ellas fue diferente a sus expectativas y a como la habían planeado. Aunque las mujeres entrevistadas expresaron su deseo de parir en casa, sólo una pudo hacerlo de esa manera. Las demás relataron que el dolor experimentado durante el inicio del trabajo de parto y el diagnóstico de parto de riesgo recibido en el centro de salud las obligaron a atenderse en el hospital de la comunidad de Tonalapan. Ya en el hospital, todas ellas dijeron haber sentido el temor de contagiarse de covid-19. La experiencia compartida por una de las participantes nuntajiyi muestra el choque cultural que vivió y el choque emocional sufrido por el maltrato ocasionado por las condiciones en las que transcurrió su trabajo de parto al haber sido obligada a esperar durante un periodo prolongado en el patio del hospital, de noche, sola, con los brazos lacerados por la venoclisis, sin recibir ninguna explicación sobre los procedimientos médicos y con miedo de contagiarse de covid-19:

*“Ahorita ya no me quiero embarazar (risas). Quedé traumada, La verdad ahorita no. Igual cuando fui a la clínica me dijo la doctora que ahorita no. Le digo que siento que quedé como traumada de tanto dolor. Ahorita mi cabeza no piensa en eso; ahorita mi cabeza sólo piensa que no quiero y no quiero. No recuerdo nada con agrado de mi parto. Es una experiencia que no pienso repetir”* (Mujer nuntajiyi).

#### *Calidad de atención y reducción de la estancia hospitalaria durante el puerperio.*

Para disminuir la posibilidad de contagio, y ante la insuficiencia de personal y de espacios apropiados para atender a las usuarias, el tiempo de estancia en el hospital para la recuperación del parto de la diada madre-bebé se redujo a un solo día. Aun siendo de menor duración, el periodo de permanencia en el hospital se vivió con angustia por las mujeres y por los familiares que las esperaban afuera. La estancia en las instalaciones fue percibida como un importante riesgo de contagio al observar que el personal de salud atendía en un mismo espacio a las personas hospitalizadas por covid-19 y a pacientes con otras condiciones, incluidas las mujeres en proceso de parto.

*“Estuvimos en la clínica como doce horas y ya luego nos dieron de alta. En la clínica no me hicieron recomendaciones de cómo debía de darle de comer a mi bebé. Lo que voy a recordar con desagrado es lo que pasó con la gasa, porque ya me estaba poniendo muy mal. En el caso del hospital de Cosoleacaque, no me gustaría volver ahí. Durante todo mi proceso de parto la palabra que lo describe sería miedo. Me sentía angustiada porque no sabía si algo iba a salir mal”* (Mujer nahua).

*“En el momento del parto me preguntaron qué método de planificación iba a elegir. Me costuraron la episiotomía y además me pusieron un método anticonceptivo. Cuando todavía estaba en el hospital no me dijeron cómo debía de darle de comer a mi bebé, y sólo me dijeron que me debía de acostar de lado y ya”* (Mujer nahua).

*“Tuve mucha fiebre en mi cuarentena y dolor de cabeza. Tenía una infección. Regresamos al hospital y me recetaron antibióticos para que se me quitara”* (Mujer nahua).

## DISCUSIÓN

La narración de las experiencias de las participantes en esta investigación permite identificar las barreras y las diferentes formas de violencia estructural, institucional y cultural que habían padecido las mujeres indígenas participantes en la atención de su embarazo, parto y puerperio durante la pandemia de covid-19, las que reflejan su experiencia en general de sus interacciones con el sistema de salud. Las limitaciones en el acceso y la insuficiente e inadecuada calidad de los servicios de salud durante el cuidado perinatal se manifestaron en resultados y desenlaces negativos y experiencias insatisfactorias o abiertamente violentas. Estudios y diagnósticos llevados a cabo antes de la pandemia sugieren que estas vivencias no fueron específicas al contexto de la crisis sanitaria, sino que son una constante en la atención de la salud de las poblaciones indígenas y otros grupos de la región que viven en condiciones de marginación y vulnerabilidad social (Instituto Veracruzano de las Mujeres, 2009). Los elevados índices de marginación en los municipios en los que se realizó el estudio (86% de los habitantes del municipio de Zaragoza y 91% de los de Sotepan viven en situación de pobreza) (CONEVAL, 2020) se traducen en servicios básicos insuficientes de salud, carencia de insumos, equipo y personal, atención intermitente y poco predecible, e infraestructura de comunicaciones y transporte inadecuados (Talanquer y Sepúlveda, 2024). Esta situación de precariedad se agudizó durante la pandemia de covid-19; por ejemplo, el personal de salud (médicos y enfermeras) que se traslada regularmente a los centros de salud localizados en las comunidades más lejanas de los centros urbanos, como es el caso de los municipios estudiados, dejó de hacerlo, quedando sólo una auxiliar de salud a cargo de la atención de todas las necesidades médicas y de atención de la salud de los usuarios. Asimismo, la precarización de la economía familiar como resultado directo e indirecto de la paralización de la actividad laboral y económica nacional hizo aún menos factible la posibilidad de cubrir los costos de traslado de las mujeres embarazadas a los hospitales para su atención del embarazo y parto, lo que resultaba en retrasos en la búsqueda y recep-

ción de la atención, lo que pudo haber derivado en situaciones de riesgo e incluso en la muerte (Talanquer y Sepúlveda, 2024; Thaddeus y Maine, 1994).

Por otro lado, los testimonios de las participantes muestran el efecto negativo que tuvo la incertidumbre acerca de dónde y cómo ocurriría el parto, la falta de poder de decisión al respecto y el limitado poder de negociación de las mujeres debido a las marcadas jerarquías entre el personal de salud y las usuarias, a las normas de género patriarcales y a las dinámicas discriminatorias del poder hacia mujeres indígenas. Por lo general, las percepciones y expectativas de las mujeres indígenas sobre su cuerpo, sus procesos reproductivos y sus necesidades respecto a la atención no son considerados en los servicios de salud. Almaguer y Mas-Oliva (2009) apuntan que las mujeres, especialmente las de las zonas rurales e indígenas, son tratadas como menores de edad, infantilizadas e inferiorizadas, consideradas como ignorantes de los procesos que viven, y por ende no tomadas en cuenta en las decisiones sobre sus propios cuerpos y en otros procesos. Más aún, los temores y experiencias del dolor al momento del parto se consideran como inherentes a su sexo femenino, por lo que son ignorados o tratados frecuentemente con violencia.

Adicionalmente, para las mujeres participantes que esperaban parir en su hogar, pero que finalmente fueron referidas a un centro de atención, así como para quienes desde un inicio tenían la expectativa de dar a luz en una institución de salud, la experiencia de ser atendidas durante el parto en un hospital ubicado en un municipio distinto al propio, en un idioma que en buena medida les es ajeno, por personal de salud desconocido con el cual no habían tenido oportunidad de establecer una relación durante el cuidado prenatal, en condiciones de poca intimidad y sin la presencia de un familiar que las acompañara, implicaba para ellas un sentimiento de pérdida de control, el incumplimiento de sus expectativas y considerables niveles de temor y ansiedad. Tales experiencias se han asociado a un mayor riesgo de depresión posparto (Cisneros *et al.*, 2022), de presentar problemas para iniciar y mantener la lactancia (Gobierno de México, 2020) y, en casos extremos, de

desarrollar un trastorno de estrés postraumático (TEPT) (OMS, 2022; OMS, 2020). Asimismo, la experiencia colectiva que identificó los hospitales como espacios de alto riesgo para el contagio de covid-19, en los cuales se podía perder la vida, generó un grado muy alto de ansiedad y temor e influyó en la reticencia a permanecer en el hospital durante el postparto y en el deseo de regresar lo más pronto posible a su hogar y con sus familiares. Lo anterior, aunado a las limitaciones establecidas en los protocolos sanitarios al comienzo de la pandemia con relación a algunas prácticas recomendadas durante el intraparto<sup>5</sup> (Gómez, 2003; OMS, 2020) redujeron el tiempo designado para facilitar procesos normales tales como el apego y el inicio de la lactancia, con potenciales consecuencias negativas de mediano y largo plazo. Afectaron asimismo la observación y la recuperación de la mujer tras el parto, al igual que la posible detección de síntomas de ciertas condiciones obstétricas y de otro tipo que pudieron haberse complicado durante el puerperio. En el caso presente, la falta de seguimiento pudo haber resultado particularmente crítico para las mujeres indígenas cuyas comunidades están más alejadas de los centros de salud, y quienes una vez que retornan a sus comunidades tienen considerables dificultades para volver al hospital en caso de emergencia obstétrica o de cualquier otra complicación que agrave el riesgo de morbilidad neonatal y materna (Meneses *et al.*, 2022). Cabe señalar que aun en condiciones normales las inequidades en la atención a la salud se manifiestan en un limitado seguimiento y una atención típicos de los hospitales públicos de la región, en los cuales la atención postparto se enfoca mayoritariamente en la provisión de métodos de planificación familiar, sin seguimiento de la salud de la madre y sin apoyo ni orientación para el establecimiento de la lactancia ni acompañamiento psicológico en caso de haber signos de depresión postparto. En la población indígena, esa deficiente atención se ve agravada por la falta de dominio del idioma español, por algunos aspectos socio-culturales que dificultan la interacción con el sistema médico, y por las actitudes discriminatorias de los profesionales de la salud hacia ellas (Chá-

<sup>5</sup> Periodo en el que transcurre el nacimiento.

vez y Negrete, 2021; Instituto Veracruzano de las Mujeres, 2009; Talanquer y Sepúlveda, 2024).

Si bien las mujeres participantes y sus infantes se hallaban sanos en la entrevista de seguimiento llevada a cabo a las seis semanas del puerperio, los testimonios de aquellas dan cuenta de que la experiencia del parto en las condiciones descritas tuvo un efecto importante en su salud mental y emocional. La experiencia de estas mujeres nahuas y nuntajiyis en la atención intraparto no fueron congruentes con sus expectativas de atención. El choque cultural experimentado por quienes habían decidido atenderse en casa, pero que fueron enviadas a los hospitales durante la pandemia de covid-19, las situaciones de maltrato y la violencia obstétrica en las que transcurrió el trabajo de parto, así como el miedo a contagiarse de covid-19, tuvieron repercusiones en la salud psicosocial de las participantes del estudio. En tanto que la salud psicosocial se refiere a la interacción entre los aspectos psicológicos y sociales, las participantes refirieron haber sentido tristeza, desesperación, preocupación y dolor, esto es, una salud psicosocial sumamente pobre. Lo mismo ocurrió con relación a los aspectos sociales que implican una interdependencia con el desarrollo y el bienestar psicológico; en efecto, las condiciones estructurales vulnerables de las comunidades rurales e indígenas durante la pandemia, la falta de información sobre el covid-19 y los protocolos de seguridad para evitar el contagio en los hospitales, la incertidumbre sobre el lugar de nacimiento del bebé, la escasa pertenencia cultural en la atención perinatal y el debilitamiento de las redes de apoyo comunitarias durante el puerperio debidas al confinamiento aumentaron la ansiedad, el miedo y la pérdida de control de las mujeres nahuas y nuntajiyi, quienes comentaron que les desagradaría repetir la experiencia de parir en tales condiciones, expresando en algunos casos su deseo de no volver a parir del todo.

La experiencia negativa en la subjetividad de las mujeres pudo haber afectado el significado y las decisiones reproductivas futuras, las actitudes hacia los sistemas de salud y, de manera central, su bienestar físico y emocional, y con ello su capacidad de adaptación y transición a la maternidad (Gómez, 2018). Los efectos de largo plazo en

la salud psicosocial tras haber gestado, parido y transitado a la maternidad en las condiciones extraordinarias, y en muchos sentidos extremas de la pandemia de covid-19, ameritan ser documentados e investigados; así como estudiar los efectos directos e indirectos de estas experiencias maternas en la salud y desarrollo de los infantes gestados bajo condiciones extraordinarias.

En conclusión, la pandemia de covid-19 tuvo grandes repercusiones en todos los ámbitos de la sociedad. En México, alteró gravemente muy diferentes dimensiones de la vida pública y privada, y de una forma desproporcionada a los grupos más vulnerables, entre ellos las poblaciones indígenas (Talanquer y Sepúlveda, 2024). La atención de la salud reproductiva de las mujeres indígenas en México, ya de por sí insuficiente en cuanto a su cobertura, accesibilidad, calidad y pertinencia cultural, se vio disminuida de manera considerable por los efectos de sus implicaciones económicas, sociales conductuales y epidemiológicas asociadas a la pandemia y a las medidas sanitarias instrumentadas a distintos niveles para su contención.

En el estado de Veracruz, los indicadores epidemiológicos de morbilidad y mortalidad materna asociados directa o indirectamente al covid-19 cuentan parte de la historia. La experiencia vivida y relatada por las propias mujeres hace posible apreciar y reflexionar acerca de cómo las condiciones estructurales de desigualdad y pobreza en la que viven las poblaciones indígenas constituyen desafíos cotidianos que afectan todos los aspectos de sus vidas, y de manera crítica sus procesos reproductivos y de salud. Los resultados aquí mostrados evidencian las consecuencias de la discriminación y la violencia institucional y de género hacia las mujeres indígenas durante la atención de su salud reproductiva en las instituciones de salud, además de que documentan la prevalencia de violaciones a sus derechos humanos y reproductivos al negárseles una atención oportuna, de calidad, respetuosa y culturalmente pertinente. Las experiencias vividas por las participantes ponen de manifiesto la ubicuidad y la normalización del maltrato durante el intraparto y las consecuencias para su salud psicosocial. Esta situación demanda una atención inmediata, comenzando por el reconocimiento del problema, la

magnitud del mismo y sus consecuencias multidimensionales, e invita a reflexionar sobre el tipo de cambios y de intervenciones necesarios para garantizar el acceso a una atención de salud de

calidad para las mujeres indígenas, particularmente en condiciones restrictivas extraordinarias, tal como fueron las vividas durante la pandemia de covid-19.

## AGRADECIMIENTOS

A las mujeres nahua de Zaragoza y nuntajiiyi de Sotepan, Veracruz, por la confianza y generosidad para compartir sus experiencias. A la Sra. Olivia de los Santos Ignacio, el Lic. Guillermo Antonio de Jesús, la Sra. María Elena García y el Lic. Jorge Cayetano Rodríguez por su acompañamiento y apoyo como traductores en campo, y a la Dra. Lizzette Martínez Cortes por las facilidades otorgadas en el Centro de Salud de Zaragoza, Ver.

*Citación:* López-González, A., Rubio-Herrera, A. y Núñez-de la Mora, A. (2025). Parir durante la primera ola de la pandemia de covid-19: inequidades en la atención y su impacto en la experiencia vivida y la salud psicosocial de mujeres nahuas y nuntajiiyi del sur de Veracruz, México. *Psicología y Salud*, 35(2), 309-321. <https://doi.org/10.25009/pys.v35i2.2992>

## REFERENCIAS

- Akhter, S., Kumkum, F.A., Bashar, F. y Rahman, A. (2021). Exploring the lived experiences of pregnant women and community health care providers during the pandemic of COVID-19 in Bangladesh through a phenomenological analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 810. Doi: 10.1186/s12884-021-04284-5
- Almaguer G., J. y Mas-Oliva, J. (Coords.) (2009). *Interculturalidad en salud. Experiencia y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud* (2ª ed.). UNAM-Secretaría de Salud.
- Berrio P., L.R. (2017). Redes familiares y el lugar de los varones en el cuidado de la salud materna entre mujeres indígenas mexicanas. *Salud Colectiva*, 13(3), 471. Doi: 10.18294/sc.2017.1137
- Cámara de Diputados (2016). México ocupa los primeros lugares en violencia obstétrica. *Boletín Informativo* 2575; p. 1. Recuperado de /nm/html5/difusion1/banner1.html
- Chávez C., M.L. y Negrete M., V. (2021). Actos cotidianos de resistencia en el embarazo para prevenir la morbimortalidad materna. *Salud Pública de México*, 63(3), mayo-junio, 429-435. Doi: 10.21149/11786
- Cisneros H., C.B., Bedoya C., M.P., Lázaro H., B.A., Mendoza Ch., K.E. y Cisneros H., E.J. (2022). Pregnancy in times of pandemic: A look at mental health before and during the pandemic. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 22(2), 401-407. Doi: 10.25176/RFMH.v22i2.4802
- Comisión Nacional de Arbitraje Médico (2024). *Análisis de la queja médica en el Servicio de Ginecología y Obstetricia 2002-2017. Información estadística*. Gobierno de México. Recuperado de [http://www.conamed.gob.mx/gobmx/monografias/pdf/4\\_Gineco-obstetricia.pdf](http://www.conamed.gob.mx/gobmx/monografias/pdf/4_Gineco-obstetricia.pdf)
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL] (2020). *Informe de pobreza y evaluación 2020. Veracruz* (p. 117). Recuperado de [https://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/Documents/Informes\\_de\\_pobreza\\_y\\_evaluacion\\_2020\\_Documentos/Informe\\_Veracruz\\_2020.pdf](https://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/Documents/Informes_de_pobreza_y_evaluacion_2020_Documentos/Informe_Veracruz_2020.pdf)
- Cruz, F. (2020). *San Isidro de Zaragoza: Historia y religión en un pueblo nahua del sur de Veracruz*. H. Ayuntamiento de Zaragoza.
- Dirección General de Epidemiología/Secretaría de Salud (2020). *Informe semanal de notificación inmediata de muerte materna a la Semana Epidemiológica 53 de 2020*. Recuperado de [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/604103/MMAT\\_2020\\_SE53.pdf#:~:text=La%20raz%C3%B3n%20de%20mortalidad%20materna%20calculada%20es%20de,raz%C3%B3n%20con%20la%20misma%20fecha%20del%20a%C3%B1o%20pasado](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/604103/MMAT_2020_SE53.pdf#:~:text=La%20raz%C3%B3n%20de%20mortalidad%20materna%20calculada%20es%20de,raz%C3%B3n%20con%20la%20misma%20fecha%20del%20a%C3%B1o%20pasado)
- Escudero, X., Guarner, J., Galindo F., A., Escudero S., M., Alcocer G., M.A. y Del-Río, C. (2021). La pandemia de coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19): Situación actual e implicaciones para México. *Archivos de Cardiología*. Doi: 10.24875/ACM.M20000064
- Gobierno de México (2020). *Lineamiento para la prevención y mitigación de COVID-19 en la atención del embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida*. Recuperado de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/5444623>

- Gobierno de México, Secretaría de Salud (2016). *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*. Recuperado de [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016&print=true](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016&print=true)
- Gobierno del Estado de Veracruz-Llave (2020). *Portal Oficial del Estado de Veracruz*. Recuperado de <http://coronavirus.veracruz.gob.mx/2020/12/31/comunicado-estrategia-estatal-contr-el-coronavirus-31122020/>
- Gobierno del Estado de Veracruz-Llave, Secretaría de Salud (2019). Acuerdo para la reducción de la mortalidad materna y perinatal en Veracruz. *Gaceta Oficial del Gobierno del Estado de Veracruz*, Tomo CXCIX(Núm. Ext. 094), 11-19.
- Gómez E., R. (2018). Factores psicosociales del embarazo, parto y puerperio. *Clinica y Salud. Investigación Empírica en Psicología*, 2(3), 257-269.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2021a). *Características de las defunciones registradas en México durante 2020, preliminar*. Recuperado de [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2020\\_Pre\\_07.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2020_Pre_07.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2021b). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2021 (ENDIREH)*. Recuperado de [https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2021/doc/endireh2021\\_presentacion\\_ejecutiva.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2021/doc/endireh2021_presentacion_ejecutiva.pdf)
- Instituto Veracruzano de las Mujeres (2009). *Diagnóstico sobre la situación de las mujeres con enfoque de género en la Sierra de Zongolica y Santa Marta del Estado de Veracruz. Diagnóstico*. Recuperado de <http://www.ivermujeres.gob.mx>
- Jodelet, D. y Kalampalikis, N. (2015). *Représentations sociales et modes de vie*. Paris: Éditions des Archives Contemporaines.
- Meneses N., S., Freyermuth E., G., Pelcastre V., B. y Gómez F.R., L. (2022). COVID-19 among indigenous populations in Mexico and the response of the health system. En N. D. Spence y F. Sekercioglu (Eds.): *Indigenous health and well-being in the COVID-19 pandemic* (pp. 44-80). Routledge. Doi: 10.4324/9781003220381-4
- Moreno, C., Rojas Á., A. y Ángel, J. (2023, agosto). Del Seguro Popular al Insabi: Efectos de la recentralización parcial sobre la cobertura de servicios de salud. *Nexos*. recuperado de <https://federalismo.nexos.com.mx/2023/08/del-seguro-popular-al-insabi-efectos-de-la-recentralizacion-parcial-sobre-la-cobertura-de-servicios-de-salud/>
- Observatorio de Muerte Materna (2021). *Muerte materna en México. Indicadores. Mapa*. Recuperado de <https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2021/12/B>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020). *Enfermedad por coronavirus (COVID-19): Embarazo, parto, puerperio. Comprender mejor el impacto de la COVID 19 en las mujeres embarazadas y sus bebés*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news/item/01-09-2020-increasing-understanding-of-the-impact-of-covid-19-for-pregnant-women-and-their-babies>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2022). *La pandemia de COVID-19 provoca un aumento del 25% en la prevalencia de ansiedad y depresión en todo el mundo*. Recuperado de <https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>
- Parasi, C. (2021). Una revisión de la salud mental materna en tiempos de covid-19. *Revista Psicológica Herediana*, 13(2), 56-61. Doi: 10.20453/rph.v13i2.3903
- Patton, M. (2000). Enhancing the quality and credibility of qualitative analysis. *Health Services Research*, 34, 1189-1208.
- Pelcastre V., B.E., Meneses N., S., Sánchez D., M., Meléndez N., D. y Freyermuth E., G. (2020). Condiciones de salud y uso de servicios en pueblos indígenas de México. *Salud Pública de México*, 62(6, Nov-Dic), 810-819. Doi: 10.21149/11861
- Rodríguez, G., Gil, J. y García, E. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa (2ª)*. Ediciones Aljibe.
- Rubio H., A. (2017). Experiencia vivida por mujeres mayas en proyectos productivos: Retos y oportunidades para la agenda de desarrollo de los pueblos indígenas. *Estudios de Cultura Maya*, 51(229). Doi: 10.19130/iifl.ecm.2018.51.823
- Secretaría de Salud (2009). *Encuentros de enriquecimiento mutuo entre el personal de salud y parteras tradicionales*. Documento interno.
- Talanquer, M. y Sepúlveda (Coords.) (2024). *Informe de la Comisión Independiente de Investigación sobre la Pandemia de COVID-19 en México*. Recuperado de <https://www.comisioncovid.mx/documents/Informe-Comision-Independiente.pdf>
- Thaddeus, S. y Maine, D. (1994). Too far to walk: Maternal mortality in context. *Social Science & Medicine*, 38(8), 1091-1110. Doi: 10.1016/0277-9536(94)90226-7
- Velázquez, E. (2010). *La población indígena del sur de Veracruz: Entre la permanencia y la movilidad*. Recuperado de [http://www.sev.gob.mx/servicios/publicaciones/colec\\_veracruzsigloXXI/AtlasPatrimoniocultural/04POBLACIONINDIGENA.pdf](http://www.sev.gob.mx/servicios/publicaciones/colec_veracruzsigloXXI/AtlasPatrimoniocultural/04POBLACIONINDIGENA.pdf)
- Villa G., J.D.(2012). La acción y el enfoque psicosocial de la intervención en contextos sociales: podemos pasar de la moda a la precisión teórica, epistemológica y metodológica. *Ágora*, 12(2), 349-365.
- Wolfe-Sherrie, E.J., Perroni-Marañón, A.G., Núñez de La Mora, A. y Piperata, B.A. (2022). “Hey child, why were you born when the world is almost over?”: An analysis of first-time mothers’ postpartum experiences during the early stages of the COVID-19 pandemic in Coatepec, Veracruz, Mexico. *Maternal and Child Health Journal*, 26(8), 1732-1740. Doi: 10.1007/s10995-022-03405-6
- World Health Organization (2016). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de [tps://iris.who.int/handle/10665/250796](https://iris.who.int/handle/10665/250796)