

Maternidad y salud mental de mujeres haitianas migrantes en Santiago de Chile: un estudio cualitativo*

Alejandra Carreño¹, Baltica Cabieses², Alexandra Obach³, Piedad Gálvez⁴ y
María Eliana Correa⁵

*Programa de Estudios Sociales en Salud, Facultad de Medicina – Clínica Alemana,
Universidad del Desarrollo (Santiago, Chile)*

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo conocer las experiencias de maternidad de mujeres haitianas, indagando en los factores que facilitan o dificultan el cuidado de la salud de sus hijos en Chile. Se realizó una investigación cualitativa, basada en 20 entrevistas semi-estructuradas a mujeres migrantes, facilitadores interculturales e integrantes de equipos de salud de atención primaria. La salud mental emergió como una de las dimensiones en las que las mujeres presentan factores de riesgo asociados a: contradicciones entre modelos de maternidad y crianza; la sensación de soledad y la pérdida de redes que viven en el contexto migratorio; la exposición a embarazos no deseados por falta de acceso y conocimiento del sistema de salud chileno y situaciones de violencia intrafamiliar, frente a las que las mujeres tienen escasa capacidad de denuncia. Los hallazgos demuestran la necesidad de desarrollar estrategias para mejorar la pesquisa de problemas de salud mental en mujeres migrantes, así como para superar las barreras encontradas en materia de salud sexual y reproductiva.

Palabras clave: Migrantes, Salud Mental, Haití, Violencia de género, Salud materno-infantil.

Motherhood and mental health of Haitian migrant women in Santiago of Chile: a qualitative study

ABSTRACT

The aim of this study was to understand the maternity experiences of Haitian women by focusing on the factors that have facilitated or perhaps hindered the health care of their children in Chile. The article draws on a qualitative research based on 20 semi-structured interviews with migrant women, intercultural facilitators, and members of primary care health teams. Mental health emerged as one of the dimensions in which migrant mothers present risk factors associated with the contradictions between the models of motherhood promoted by the health services and those implemented by Haitian women, the feeling of

* Financiamiento: FONIS SA19I0066, ANID, Gobierno de Chile. Universidad del Desarrollo, Fondo de Investigación Científica COVID-19 (COVID0873), ANID, Chile. Premio Santander El Mercurio 2017 (investigador joven).

¹ Doctora en Antropología, Etnología y Estudios Culturales. Università degli Studi di Siena. Correo electrónico: a.carreno@udd.cl

² PhD Health Sciences. Social Epidemiology/Inequalities in Health. University of York, Inglaterra. Correo electrónico: bcabieses@udd.cl

³ PhD Antropología Social y Cultural. Universidad de Barcelona. Correo electrónico: aobach@udd.cl

⁴ Socióloga. Universidad Católica de Chile. Correo electrónico: migalvez@uc.cl

⁵ Enfermera Universitaria. Universidad del Desarrollo. Magíster (c) Antropología médica y salud global, Universidad Rovira i Virgili. Correo electrónico: mecorrea@udd.cl

loneliness, and the loss of networks that live in the migratory context and exposure to unwanted pregnancies due to lack of access of the Chilean health system and situations of domestic violence, against which women have little capacity to report. The findings show the need to develop strategies to detect problems regarding mental health problems in migrant women, as well as the lack of access to contraception and information regarding their sexual and reproductive rights.

Keywords: Migrants, Mental health, Haiti, Gender-Based Violence, Maternal and Child Health.

DOI: 10.25074/07198051.38.2276

Artículo recibido: 03/05/2022

Artículo aceptado: 16/06/2022

INTRODUCCIÓN

A partir de inicios del siglo XXI la presencia de población migrante de origen latinoamericano crece en Chile. De ella destaca la comunidad haitiana cuyo número de ingresos aumenta notoriamente a partir del año 2010, para luego detenerse en torno al año 2018 principalmente debido a la imposición de una visa obligatoria para haitianos y a diversas medidas que pusieron de manifiesto la hostilidad que esta comunidad encuentra en varios sectores de la sociedad chilena (Alarcón-Vega, 2018, p. 12). En términos numéricos, para el año 2019, los migrantes haitianos representaban el 12,5% de la población migrante total (INE y Departamento de Extranjería y Migración, 2020, p. 27), número que puede haber disminuido hacia el año 2022 debido a los fenómenos de expulsión y re-emigración hacia destinos como México y Estados Unidos que han vivido estas colectividades (Rodríguez-Torrent y Gissi-Barbieri 2021, p. 107). En términos de composición social, la diáspora haitiana en Chile se conformó en un primer momento por hombres jóvenes, de origen urbano y nivel educacional medio-alto, muchos de los cuales pudieron acceder al dominio del español, perfil que luego se diversificó a través de personas de origen rural y con menor nivel educacional, muchas de ellas mujeres que siguieron a sus esposos, padres, parejas o hermanos (Rojas et al., 2015, pp. 217-245). Esta población se caracteriza por tener mayores niveles de pobreza, dificultades de acceso a servicios y empleos y estar sometida a experiencias de discriminación por parte de la sociedad de llegada (ONU, 2017, p. 171).

En los últimos años las condiciones de vida de migrantes haitianos han ido empeorando al confluir las crisis políticas en Chile y Haití, con la emergencia sanitaria global por COVID-19. Dentro de la población haitiana uno de los grupos menos visibles lo constituyen las mujeres, debido a que en primera instancia se trató principalmente de una migración principalmente masculina (Instituto Nacional de Estadísticas y Departamento de Extranjería y Migración, 2020, p. 27; ONU, 2017, p. 171). De hecho, de las personas haitianas que residían en Chile en el año 2019, sólo el 36% eran mujeres, siendo el índice de

masculinidad de esta comunidad el más alto de la población migrante que reside en Chile. A pesar de esta invisibilidad, la incorporación del enfoque interseccional en los estudios migratorios demuestra el modo en que género y etnia son factores que se sobreponen reproduciendo nuevas formas de segmentación y discriminación que afectan particularmente a las mujeres haitianas (Acosta, 2011, pp. 193-228). Las investigaciones que se han dedicado al tema demuestran que éstas enfrentan importantes dificultades en su ingreso al mercado laboral chileno, por lo que a menudo dependen económicamente de otros familiares, acentuando su condición de pobreza. Las principales barreras para esta inclusión se relacionan con la falta de manejo del idioma español, la irregularidad migratoria que les impide acceder a trabajo formal, la falta de información en la búsqueda de empleo y la vulneración de derechos laborales. Se han registrado también experiencias de maltrato en contextos laborales (Bustamante, 2018, pp. 83-101) y discriminación al relacionarse con servicios sociales y policías (Sadler y Carreño, 2020, pp. 127-140).

En términos sanitarios, estudios indican que el principal motivo de egreso hospitalario para las mujeres migrantes en Chile es la atención de embarazo, parto y puerperio (Cabieles et al., 2017, p. 181). Tanto en ese ámbito como en la atención de salud de niños de 0 a 6 años, existen importantes brechas entre población migrante y población local (Chepo et al., 2017, p. 707). De hecho, como se ha reportado en otros contextos (Torre et al., 2006, pp. 49-61), las mujeres migrantes tienden a tener menos controles prenatales y menor tasa de afiliación al sistema de salud nacional que las mujeres locales (Oyarte et al., 2017, p. 181). Desde una perspectiva teórica, la introducción del género en los estudios migratorios ha implicado incluir un conjunto de elementos de la crítica feminista que han relevado el rol que adquieren las mujeres migrantes en las actividades productivas y reproductivas de los países de origen y de llegada. A diferencia de lo que se pensó hasta los años 90, las migraciones femeninas están implicadas en el cambio social, la generación de remesas y la composición de relaciones transnacionales en torno a los cuidados y los afectos que se movilizan en torno a las migraciones (Guizardi, Gonzalvez y Stefoni, 2018, p. 38). Desde la interseccionalidad de su ser mujeres migrantes y afrodescendientes las mujeres haitianas presentan condiciones de vulnerabilidad estructural (Quesada, Hart y Bourgois, 2011, pp. 339-362) que repercuten sobre sus formas de ejercicio de maternidad y crianza (Gregorio y Gonzalvez 2012, pp. 43-57), las que a menudo son condicionadas por la alta informalidad en el trabajo, la alta proporción de hacinamiento y el bajo nivel socio-económico en el que se encuentran estas mujeres, como consecuencia de los procesos de exclusión y racialización que enfrentan en Chile (Razmilic, 2019, pp. 101-148; Tijoux y Palominos, 2015, pp. 1-23). Frente a esta realidad, se diseñó un estudio cualitativo cuyo objetivo fue conocer las experiencias de maternidad de mujeres haitianas e indagar en los factores que han facilitado o dificultado el cuidado de la salud de sus hijos en Chile, desde el punto de vista de las mujeres y de los trabajadores del sector salud de una comuna de la Región Metropolitana.

SALUD MENTAL, MIGRACIÓN Y MATERNIDAD

El incremento de los flujos migratorios a nivel global ha significado un aumento de interés en las diversas temáticas de salud que enfrentan estos grupos. Una de éstas refiere a la salud mental, dadas las condiciones de stress, pérdida de redes, descalificación laboral, soledad, empobrecimiento e incertidumbre que a menudo acompañan los primeros años de migración de poblaciones como las de origen haitiano (ONU, 2017, p. 171). Si bien todos estos factores impactan sobre el estado de bienestar de los migrantes, hasta hoy no existe evidencia consistente respecto a una mayor tasa de desórdenes psiquiátricos en migrantes respecto a población local (Close et al., 2016, pp. 12-47; Fazel et al., 2005, pp. 117-138; Lindert et al., 2008, pp. 114-120; OMS, 2018). Esto significa que la migración no representa en sí misma un riesgo para la salud mental y que existe gran heterogeneidad en las condiciones de vida y de desplazamiento de distintas comunidades migrantes. Sin embargo, las condiciones en que se realizan los desplazamientos e inserción en las comunidades de llegada, pueden configurar contextos de vulneración que se traducen en necesidades específicas y menor acceso de servicios de salud mental por parte de las comunidades migrantes (Lindert et al., 2008, pp. 114-120; Priebe et al., 2013, p. 97). Barreras lingüísticas, falta de información sobre el funcionamiento del sistema de salud en el país de llegada, falta de financiamiento, estigma en salud mental y modelos explicativos diversos para el sufrimiento psíquico, son algunas de las situaciones que enfrenta la población migrante para acceder a este tipo de servicios (Arias-Uribe y Guillén, 2020; OMS, 2018, p. 31). La evidencia disponible para el caso de Chile, si bien es escasa, reafirma la existencia de necesidades de salud mental no cubierta en la población migrante y refugiada (Carreño et al., 2020), tanto por problemas de acceso y financiamiento, como por temor a ser discriminados o a no obtener permisos laborales para seguir el tratamiento (Astorga-Pinto et al., 2019, p. 21-31; Blukacz et al., 2020, p. 197).

A pesar de un importante aumento de los estudios migratorios desde una óptica de género (Acosta, 2011, pp. 193-228; Avaria et al., 2016, pp. 199-138; Leiva Gómez et al., 2017, pp. 11-37) la literatura sobre salud mental de mujeres madres migrantes es aún escasa en Sudamérica. Sin embargo, existe acuerdo respecto al hecho que la experiencia del embarazo, parto y puerperio supone una transformación en el ciclo vital que conlleva importantes dimensiones afectivas y culturales. La migración modifica de forma radical esta experiencia, en la medida en que las mujeres que tienen a sus hijos fuera del contexto de origen se encuentran a menudo aisladas, desconocen el sistema de atención del país de acogida y deben enfrentar momentos de pérdida de referentes externos que son clave para enfrentar la crianza (Moro, 2002, p. 240). Esta situación se agudiza cuando los modelos de maternidad son distintos entre los países de origen y de llegada de los migrantes, e incluso entran en contradicción con los modelos promovidos por los servicios sanitarios locales (Taliani, 2018, pp. 111-130). Las madres migrantes a menudo se sienten cuestionadas, confusas y atemorizadas por las expectativas que impone el contexto social sobre su comportamiento, agravando los desafíos que enfrenta cualquier mujer durante la experiencia de maternidad (Pangas et al., 2019, pp. 31-45).

En este ámbito, uno de los aspectos que más atención ha generado a nivel internacional tiene relación con la prevalencia de depresión post parto (PPD) en población migrante. Al respecto, no existe acuerdo sobre el supuesto mayor riesgo que tendrían las mujeres migrantes de padecer el diagnóstico, siendo varios los estudios que demuestran tasas similares entre madres migrantes y locales (Anderson et al., 2017, p. 449; Collins et al., 2011, pp. 3-11; Gonidakis, 2012; Morrow et al., 2008, p. 593). Lo que resulta clave de este debate es que, al parecer, la falta de apoyo, la pertenencia a minorías étnicas que sufren discriminación, las adversidades económicas y la falta de manejo del idioma del país de llegada son elementos que exponen significativamente a las mujeres migrantes a vivir trastornos afectivos asociados a la maternidad. En la misma línea, las diferencias entre los modelos explicativos vinculados al sufrimiento psíquico y las diferencias culturales en la percepción del diagnóstico pueden también jugar un rol importante en las dificultades para pesquisar trastornos (Callister et al., 2011, p. 440). Considerando la necesidad de discutir los factores estructurales y del proceso migratorio que actúan sobre la salud mental de mujeres y madres migrantes, en este artículo discutiremos los resultados referidos a este ámbito y los desafíos que su situación representa para el sistema sanitario chileno.

MATERIALES Y MÉTODOS

CONTEXTO

La investigación fue de carácter cualitativo y se llevó a cabo durante los años 2017 y 2018 en La comuna de La Granja, una de las comunas de La Región Metropolitana de Chile que concentra mayor cantidad de población migrante internacional, siendo la comunidad haitiana la segunda más importante con 3.585 residentes (Instituto Nacional de Estadísticas, 2017, p. 47). El diseño de estudio correspondió a un estudio de caso, (Creswell, 2012, pp. 65-127). Como estudio exploratorio, el estudio presenta datos respecto a la situación de este grupo y a la capacidad de respuesta que están presentando los sistemas sanitarios frente al incremento en la movilidad humana que está viviendo el país.

PARTICIPANTES

La muestra del estudio estuvo compuesta por N=20 y se dividió en dos grupos: (i) madres y/o padres haitianos de niños y niñas entre 0 y 5 años de edad (n=8), 6 mujeres y 2 hombres, con un promedio de 3,7 años de estadía en Chile y (ii) personal de atención sociosanitaria (n= 12). Este grupo estuvo conformado por trabajadores de salud de centros de atención primaria, entre los cuales hay una persona con experiencia laboral en Haití y un mediador cultural de origen haitiano. Se realizó un muestreo de tipo teórico, el cual tiene como propósito producir conocimiento a partir de la realidad de estudio y en reconocimiento de todas las perspectivas de abordaje del fenómeno de interés (Creswell, 2012, p. 65).

Tabla 1

Características participantes del estudio

Universo	Muestra	Sexo
a) Madres y padres haitianos	8	F
		F
		F
		F
		M
		M
		F
		M
b) Personal de atención sociosanitaria	Personal de salud: 9	F
		F
		M
		F
		F
		F
		F
		M
		F
	Personal socioeducativo: 2	F
		F
	Mediador cultural: 1	M

Nota: Elaboración propia

RECLUTAMIENTO Y RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Para recolectar la información se realizaron entrevistas semi-estructuradas individuales a los participantes. Se elaboraron guiones para cada grupo de participantes. Las entrevistas a madres y padres haitianos indagaron en saberes y prácticas de crianza y cuidado en la salud infantil, experiencia migratoria y acceso a salud. Las entrevistas dirigidas a personal sociosanitario indagaron en la experiencia de atención infantil y familiar a este grupo en particular, de manera de identificar barreras de atención y buenas prácticas en materia de interculturalidad.

Respecto a las madres y padres haitianos, el reclutamiento se logró mediante el contacto con actores clave de la comuna de La Granja, principalmente a través del facilitador lingüístico intercultural de un Centro de Atención de Salud Familiar, quien estableció el contacto inicial con los participantes. Luego el equipo investigador se contactó con las personas interesadas en participar del estudio por vía telefónica para realizar la invitación a participar del estudio a través de una entrevista, acordando fecha, horario y lugar del encuentro. Las entrevistas se realizaron de manera presencial en los domicilios o espacios públicos durante el año 2018-2019. De los ocho entrevistados, solo uno no

manejaba el idioma español, por lo que la comunicación telefónica y la entrevista se desarrollaron con el apoyo de un facilitador cultural que tradujo de Creole-español. Las entrevistas tuvieron una duración promedio de 60-80 minutos.

Respecto al personal de atención sociosanitario, se realizó una solicitud formal a las autoridades de salud a nivel municipal, quienes aprobaron el estudio y facilitaron el contacto con los y las participantes de este grupo. Las entrevistas se realizaron en las dependencias de sus centros laborales y tuvieron una extensión promedio de 60 minutos.

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Las entrevistas fueron grabadas en audio y transcritas. Se realizó un análisis de contenido temático (Mieles et al., 2012, pp. 195-226) de toda la información recopilada mediante entrevistas. Los discursos y significados expresados por los participantes se agruparon en coherencia con las categorías pre-definidas por el guion de entrevistas y objetivos de investigación, permitiendo a su vez la identificación de categorías emergentes no definidas previamente.

ASPECTOS ÉTICOS

El estudio fue presentado y aprobado por el Comité de Ética Científica de la Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo el año 2018. Todos los participantes recibieron un documento informativo y un consentimiento informado, donde se brindó información sobre su participación en el estudio y se señaló la voluntariedad de participar y la opción de retirarse en cualquier momento del proceso de investigación. Se tradujo el documento al creole y en el caso de madres y padres haitianos, se reforzó el contenido del texto a partir de una explicación oral asegurar la adecuada comprensión de la información de los participantes, previo a la firma del consentimiento.

RESULTADOS

Los resultados del estudio evidenciaron diferencias entre las experiencias de maternidad, crianza y cuidado de la salud de niños en Haití y en Chile, con consecuencias sobre la salud mental de las mujeres. La mayoría de las entrevistadas destacaron la presencia de infraestructura, tecnología y recursos presentes en Chile para el control del embarazo, la atención de parto y la escolarización temprana de los niños a través de jardines infantiles públicos. El acceso a programas de atención de niño sano, así como las prestaciones del programa Chile Crece Contigo eran conocidas por las participantes y consideradas parte de las ventajas que el sistema sociosanitario chileno presenta frente al que conocieron en Haití. Una de las mujeres participantes plantea: “En Haití no hay centro de salud en todas comunas, o sectores, por ejemplo, acá hay un CESFAM y en San Gregorio hay un CECOF, allá casi no hay centros de salud, tienen que ir al hospital” (M7). Del mismo modo, respecto al acceso a prestaciones que ofrecen los programas otra participante considera: “En Haití, los controles se hacen solamente con ginecólogo... si no tiene una complicación no ven otras especialidades (...) acá, ven matronas, odontólogo y también nutricionista, asistente social... en Haití no” (M2).

Sin embargo, en términos de salud mental, tanto madres haitianas como personal sociosanitario identificaron la presencia de fenómenos que constituyen riesgos para su salud mental y que no han sido abordados desde los servicios de salud. Éstos se resumen en: i) contradicciones entre los modelos de maternidad que promueven los servicios de salud y los que ejercitan las mujeres haitianas; ii) la sensación de soledad y pérdida de redes relevantes para la maternidad; iii) la exposición a violencia intrafamiliar y embarazos no deseados por falta de acceso y conocimiento del sistema de salud y de protección social.

MODELOS DE MATERNIDAD Y ORGANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS

Uno de los aspectos en que más existe acuerdo entre los entrevistados es la diferencia entre las formas de crianza y cuidado de la salud de niños en el contexto de origen y destino de las mujeres migrantes. En especial, las entrevistadas que tuvieron hijos en Haití y han tenido hijos en Chile, constatan lo importante que son las redes de mujeres, familiares o no, en el cuidado de los niños y durante el proceso de embarazo parto y puerperio en Haití, tal como menciona una de las mujeres migrantes entrevistadas: “Cuando nació mi hijo [en Haití] mi mamá que cuida... tiene hermana también que cuida (...) yo algunas veces tengo amigas que dicen salgo hoy, y yo digo no más déjala así en la casa [yo la cuido]” (M1). Relevancia similar de las redes de cuidado es mencionada por otra participante:

En Haití cuando una persona está embarazada tú tienes a toda la familia a tu servicio (...) la mujer puede estar 3 meses sin hacer nada, lavar, planchar, nada, acostadita con su hijo, nada más (...). Acá una persona tiene su hijo y tiene una vida normal, no tienen esa ayuda (M2).

Estos cuidados se realizan principalmente en el espacio doméstico, incluyendo patios abiertos, calles aledañas y espacios de uso colectivo en el que se espera que las personas adultas presentes cuiden a los niños, independiente que sean o no sus padres biológicos. De esta manera la esfera de lo doméstico no se restringe al núcleo familiar, al espacio privado del hogar ni a los vínculos de sangre, sino que incluye a vecinos, amigos, compañeros de labores, principalmente mujeres, que están a cargo del cuidado de varios niños simultáneamente. Como enfatiza una matrona que vivió por algunos años en Haití:

Lo que yo vi en Haití y acá también es que las haitianas crían en comunidad. Tu vecina puede cuidar a tu hijo y tú puedes cuidar a los hijos de tu vecina porque son todos una familia (...) eso es como lo principal como para entender la estructura en base a sus niveles de confianza y de quién va a cuidar al niño. Eso era lo que más veía (S1).

En términos de género, en los resultados emerge la división sexual del trabajo y la consecuente recaída de las labores de crianza y cuidado sobre las mujeres. Esto no implica que los hombres estén ausentes de la crianza, ni que las mujeres no trabajen de manera remunerada en sus contextos de origen, sino que las responsabilidades del cuidado de niños están focalizadas en ellas, mientras los hombres cumplen un rol complementario en este espacio. Una de las participantes menciona que en su país “más trabaja si es hombre, las mujeres trabajan, pero los hombres trabajan más que la mujer... como la mujer más cuida la casa, cuida a niños (...)” (M3). El trabajo masculino implica que la crianza ocupa un

lugar secundario entre las actividades de los hombres: “Allá [en Haití] los papás cuando no estaban en pega de motos, estaban con los niños y las mamás igual trabajan, pero también ven a los niños, más ellas...” (M8).

Por último, en términos de alimentación se identificaron contradicciones en los patrones de introducción de alimentos, ya que en Haití los primeros sólidos se integran tempranamente (3 meses) e incluyen alimentos de difícil acceso en el mercado chileno. Estas diferencias desorientan a las madres principalmente en lo referido a la elección del momento y el tipo de alimentos que se ofrecen a niños y niñas en sus primeros meses de vida. Por otra parte, en términos de lactancia materna en Haití la lactancia materna exclusiva es una práctica que solo algunas familias han adoptado, mientras que la mayoría de las familias prefieren la lactancia artificial. Según los entrevistados los principales motivos que están a la base de esta práctica es fomentar el aumento de peso rápido de los niños y evitar la desnutrición de madre y recién nacido. Tal como lo menciona una integrante de equipos de salud en base a su trato directo con mujeres haitianas: “En las mujeres haitianas, hay pocas que dan leche hasta los 6 meses sin dar otra fórmula o sin tratar de introducir antes alimentos sólidos y eso a veces es un problema” (S1). La introducción temprana de alimentos es considerada por las mujeres parte importante de los patrones de crianza haitianos. Una participante, por ejemplo, relata: “En mi país mi mamá me daba una harina que se prepara con plátano y con yuca, que es como comida que se prepara para el bebé, eso no se encuentra aquí” (M6).

Estos modelos de crianza se transforman y entran en conflicto con las experiencias de maternidad que estas mujeres tienen en Chile. Si bien la mayoría indicó haber tenido una experiencia positiva de atención de salud de sus hijos y durante el proceso de embarazo, parto y puerperio, aspectos como la lactancia materna, la introducción de alimentos y la sobrecarga del cuidado de los niños que recae individualmente sobre las madres, aparecen como temas en los que identifican transformaciones y contradicciones con los modelos de maternidad del país de acogida. En términos de alimentación, por ejemplo, las entrevistadas indican que la alimentación “Es muy diferente de Chile, eso me cuesta. Cuando llegué acá no sabía qué darle a mi hijo después de la leche materna, porque la nutricionista me pasa una hoja con lo que sí puedo darle, pero es muy diferente de lo que yo le daba” (M6). Esta contradicción también aparece en el relato de otra entrevistada, quien además reporta cómo la recomendación de lactancia exclusiva hasta los seis meses sea negociada o transgredida en las experiencias personales de las mujeres migrantes:

Yo cuando era bebé no había eeh... esa cuestión de amamantar de seis meses. El niño nace, después de 3 días dio comida (...) ahora, hace... como diez años se cambiaron las cosas... tiene que amamantar seis meses y después de seis meses empezar a alimentar... pero hasta ahora hay mamá que da comida desde tres meses, desde tres días o un mes, o una semana, o dos semanas o quince días, pero de OMS tiene que amamantar de seis meses en todos lados (M7).

SOLEDAD, BARRERA IDIOMÁTICA Y PÉRDIDA DE REDES

A partir de las transformaciones que se producen por la migración las mujeres haitianas experimentan su maternidad en mayor soledad y con ausencia de redes significativas para la crianza. A esto se suman situaciones de preocupación por dificultades para obtener documentos que les permitan mantener su condición regular en Chile, y problemas económicos vinculados a las dificultades que las entrevistadas reportan para obtener trabajos. Estas angustias económicas se traducen en sensaciones de culpa, como la que reporta una de las participantes que declara sentirse mal “porque, algunas veces yo voy a comer y yo pienso si mi hijo no come... si tiene hambre, entonces mejor doy comida a él y yo no como” (M1). Del mismo modo, las dificultades para regularizar su situación migratoria o la de sus parientes generan episodios de angustia que son pesquisados como síntomas de salud mental, tal como menciona una participante: “Incluso tenía que mandarme al psicólogo porque me fui muy mal [del consultorio], yo estaba con mucha pena porque mi hijo tenía problemas con su pasaporte” (M3). Las dificultades para encontrar trabajo, especialmente para las mujeres, y el costo de la vida trazan un panorama a ratos incierto para el futuro de las participantes:

Para mí el futuro es acá en Chile, pero para mí es muy difícil porque tengo que trabajar y los trabajos acá para mujer no pagan casi nada. Cuando una madre trabaja acá es por comer, comprar las cosas de la casa, pagan muy poco (...) no veo un futuro brillante con este poquito sueldo (M6).

En lo relativo a la maternidad, esta soledad se traduce en carencia de referentes para tomar decisiones en torno a la salud y el cuidado de los hijos. En varias entrevistas las mujeres reportan sentirse desorientadas frente al sistema sanitario chileno y a los procesos de escolarización de los niños. No saben dónde dirigirse para buscar ayuda o resolver conflictos propios de la crianza, por lo que a menudo recurren a figuras como educadoras de jardines infantiles o asistentes sociales. Una de las participantes declara no tener familia en Chile y carecer de apoyo para el cuidado de su hijo “cuando voy al hospital, asistente social busco, señorita ayúdame... de pañal, de la otra cosa, yo no tiene, no tiene nada que ayudarme” (M1). Aún cuando se encuentran en pareja, la ausencia de redes y las obligaciones laborales repercuten sobre las posibilidades de cuidarse a sí mismas y a sus hijos:

Nosotros somos solos aquí. Un día mi marido no estaba, está trabajando en la noche y a las 12 de la noche tengo dolor que va a nacer bebé, yo no tenía nadie, yo no puedo porque tengo dolor muy fuerte y yo no puedo caminar, y llamé a una de las tías de la sala cuna, tiene un auto y ella vino a buscarme, ella fue muy buena conmigo y ella me llevó a hospital (M3).

La sensación de soledad repercute sobre la percepción de su vida en Chile y el sentido de su proyecto migratorio, como plantea una entrevistada: “Eso que no me gusta en Chile, porque uno no tiene tiempo para su familia o para ti misma, siempre trabajar y no alcanza, no se comparte ni hay quien te ayude...” (M2).

A su vez, estas dificultades se acentúan por la falta de conocimiento del español que tienen muchas de las mujeres haitianas presentes en Chile y que las pone en una relación de mayor dependencia de sus parejas, además de dificultar su acceso a servicios sociosanitario:

Los hombres, como... los hombres trabajan más que las mujeres, entonces los hombres aprenden más rápido y manejan más el idioma, pero las mujeres (...) no gustan aprender mucho, entonces, eso como, hay más mujeres haitianas que no hablan español que los hombres (M2).

EMBARAZO NO DESEADO Y VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Las barreras idiomáticas identificadas, la soledad y la falta de inclusión social tienen consecuencias también sobre el acceso a métodos de prevención de embarazo y a información sobre los derechos y alternativas para denunciar a agresores en caso de mujeres que sufren violencia intrafamiliar. Respecto a los sentimientos asociados al embarazo algunas declaran sensaciones negativas por la imposibilidad de trabajar que la crianza imponía: “yo estaba triste, porque no podía trabajar si él bebe venía ahora (M5)”. Del mismo modo, otra entrevistada declara:

Para mí fue terrible, muy difícil (...) quedé embarazada de mi hijo porque yo llego y no hablo, mi esposo no sabía nada, yo quería tomar un tratamiento, pero no sé cómo llegar, cómo ir, cómo preguntar, y el sistema de acá del hospital es muy diferente, yo no sabía que tenía que llegar, pedir hora, hacer exámenes (M3).

Los equipos de salud también han identificado el problema y lo vinculan con la falta de uso del español que tienen las mujeres y la dependencia económica de sus parejas, como plantea una profesional de salud: “La mayoría viene con embarazos que no han deseado... hay que juntarse con un hombre porque no quieren pasar momentos difíciles y si no hablan el idioma, no van a poder prevenir” (S2).

El desconocimiento de las alternativas de anticoncepción que ofrece el sistema en Chile se suma a las diferencias entre los modelos sanitarios de ambos países:

Allá es muy muy diferente (...) hay lugares especializados donde uno va y puede sacar condón sin pagar, sin pasaporte, sin Rut, sin nada. Pero acá es diferente... para entregar preservativo tiene que pedir hora con matrona, y ahí si la persona no habla español no va y se embaraza (S1).

Por último, si bien las situaciones de violencia no fueron explicitadas por las propias mujeres haitianas, los equipos de salud coinciden en percibir que existen situaciones de violencia no denunciadas e incluso no reconocidas entre las usuarias haitianas y que son difíciles de pesquisar con los instrumentos de medición de riesgo psicosocial con que cuentan los programas sanitarios (Pauta de Evaluación de Riesgo Psicosocial), puesto que éstos no han sido culturalmente adaptados ni traducidos, por lo que entregan resultados inconclusos y no se aplican correctamente. A esto se suma el hecho que los facilitadores

culturales son a menudo hombres en los centros de salud, por lo que es más fácil que las mujeres eviten comentar situaciones de violencia que puedan estar viviendo en el hogar.

Puede ser que la mujer pase una vida difícil en la casa, no te va a contar, porque si te va a contar tiene que denunciar y dónde va a ir a alojar, va a pensar “Ah, si digo una cosa así y si denuncian a mi marido, ¿yo dónde voy a vivir?” Así hay mujeres haitianas que pasan momentos demasiado difíciles y no quieren contar a asistente social (S7).

hay mujeres haitianas que pasan momentos demasiado difíciles y no quieren contar a asistente social, y cuando están conmigo afuera me dicen: “sabe que mi marido me trata mal”, y no quieren decir a la asistente porque ella dice “hay que denunciarlo, tiene que hacer algo”, y para ellas no, es muy muy diferente (S1).

DISCUSIÓN

Los datos recogidos coinciden con estudios precedentes respecto a los efectos que la migración tiene sobre la maternidad de grupos vulnerables como lo son las mujeres haitianas en Chile (Baird y Boyle, 2012, pp. 14-21; McLeish, 2005, pp. 782-785). A partir de ellos se ha descrito cómo la migración pone las experiencias de maternidad de estas mujeres en un estado liminal, tanto física como psicológicamente. Si bien parte de la bibliografía indica que estas situaciones de quiebre pueden dar paso a procesos de entendimiento mutuo entre equipos de salud y mujeres migrantes (Briscoe y Lavender, 2009, pp. 17-23), entre las entrevistadas persiste la sensación de sentirse diferentes, inadecuadas, solas y marginalizadas, tal como ha sido reportado por estudios similares con mujeres afrodescendientes en países occidentales (Murray et al., 2010, pp. 458-472). Esta sensación de quiebre y contradicción entre modelos de crianza se acentúa en la medida en que la organización de los cuidados ha adquirido un enfoque que tiende a individualizar la carga y la responsabilidad de los niños exclusivamente en la figura de la madre, con la consecuente reproducción de formas de segregación social y falta de reconocimiento de las labores de cuidado que estos procesos presentan (Gregorio y Gonzalez 2012, pp. 43-57). Estudios recientes indican que, en Chile, a diferencia de lo que sucede en Haití, se percibe una tendencia a centrar la atención en el bienestar del niño y en la relación madre-hijo, desligando este vínculo de las múltiples formas de socialización que pueden tener los niños y que a su vez responden a condiciones socioeconómicas específicas (Murray, 2012, pp. 319-337; Murray, 2013, p. 280). En consecuencia, como producto de la migración y de la pérdida de sus redes de apoyo, las mujeres haitianas se encuentran expuestas a ser cuestionadas e incluso criminalizadas (Abarca, 2018, pp. 12-21) por prácticas de cuidado materno como son aquellas relativas a alimentación y lactancia, desorientadas respecto al funcionamiento de los servicios sociosanitarios y más aisladas que en su país de origen. Los datos apuntan a que este aislamiento en el país de llegada restringe también sus capacidades de inserción laboral y adquisición de herramientas clave como el idioma, con consecuencias sobre su independencia económica y capacidad de inclusión social.

En segundo lugar, la aparición de síntomas depresivos y distrés emocional o afectivo ha sido pesquisado tanto para madres que han tenido hijos en países de migración (Murray et al., 2010, pp. 458-472; Russo et al., 2015, p. 197) como entre aquellas que han dejado hijos en el país de origen, situación particularmente común en América Latina (Pineros-Leano et al., 2021, p. 182). Si bien el caso aquí presentado pertenece al primer grupo, ambas condiciones comparten la asociación entre síntomas depresivos y maternidad en contextos migratorios, además de destacar que a pesar de que los síntomas existen, pocas veces son pesquisados y tratados por los servicios de salud mental de los países de llegada. En el caso de las mujeres haitianas esta dificultad de acceso está acentuada por la falta de conocimiento del idioma español, la escasa presencia de facilitadores interculturales en los servicios sociosanitarios, especialmente de género femenino (Sepúlveda y Cabieses, 2019, pp. 592-600), así como por la falta de adaptación de los instrumentos para pesquisar riesgo psicosocial a pacientes provenientes de otras culturas (Branchi, 2015, pp. 39-40). En temas de salud mental, numerosa bibliografía ha indicado la necesidad de relaborar instrumentos y estrategias terapéuticas para la atención de pacientes migrantes, considerando los diversos modelos explicativos presentes en sus culturas de origen (Bhui y Bhugra, 2004, pp. 474-478; Kleinman, 1980, p. 448). Si bien aún no contamos con suficientes estudios para comprender los modelos explicativos que actúan en el proceso salud-enfermedad de la cultura haitiana presente en Chile, diversos estudios internacionales indican la importancia que la dimensión religiosa adquiere en el abordaje de temas relativos a salud mental en dicho país (Damus y Vonarx, 2019, p. 234; Desrosiers y Fleurose, 2002, pp. 508-521). Por lo tanto, resulta necesario coordinar estrategias de inclusión de facilitadores culturales y/o agentes comunitarios en los escenarios de atención de salud mental, además de adaptar los instrumentos de medición de riesgo psicosocial, incorporando un enfoque intercultural y de género. Por último, resulta particularmente preocupante la falta de acceso a información y uso de servicios de salud sexual y reproductiva por parte de este grupo de mujeres, considerando que en Chile se ha logrado una exitosa implementación de programas de promoción de anticoncepción (Mira, 1994, pp. 185-214). Del mismo modo, es urgente revertir los escasos esfuerzos que se han hecho para pesquisar y prevenir situaciones de violencia de género que se encuentran invisibilizadas al interior de las familias migrantes. Estudios recientes (Stewart et al., 2012, p. 1100) coinciden en reconocer que la violencia asociada al embarazo y la migración es una preocupación mayor de salud pública y que equipos de salud, policías y servicios sociales deben coordinar esfuerzos para pesquisar y proteger a quienes enfrenten este tipo de situaciones, independiente de su condición migratoria.

FORTALEZAS Y LIMITACIONES DE ESTE ESTUDIO

El estudio presenta un tema inédito como es la salud mental de madres migrantes de origen haitiano en Chile. Si bien los datos de investigación en materia de salud y migración han ido aumentando, contamos aún con poca información en temas de salud mental con perspectiva intercultural y de género. El estudio es un aporte a la exploración de este campo y presenta futuras preguntas como aquellas relacionadas con los modelos

explicativos de la salud mental haitiana, el acceso a salud sexual y reproductiva de mujeres migrantes y las dinámicas de violencia intrafamiliar en grupos culturalmente diversos. Por otra parte, el estudio contó con la participación de madres y padres haitianos, grupos escasamente representados en las investigaciones existentes y con la experiencia de un mediador intercultural que apoyó en temas de traducción y comunicación con los participantes. Como estudio cualitativo y exploratorio, el número de participantes de la muestra es reducido y no pretende ser representativo ni generalizable a otros contextos, tampoco contó con facilitadoras de género femenino que podrían haber apoyado la triangulación de los datos. En el diseño del estudio y en discusión tampoco fue posible integrar a cabalidad epistemologías propias de los estudios feministas y post-coloniales que serían aptas para enriquecer la lectura de los datos.

CONCLUSIÓN

El estudio presenta una aproximación a la comprensión de la salud mental y la maternidad de mujeres haitianas migrantes en Chile. De sus resultados, emerge la necesidad de desarrollar estrategias para mejorar el apoyo a la parentalidad de estos grupos desde un enfoque intercultural, así como para adecuar la pesquisa de problemas de salud mental en gestantes y madres, incluyendo experiencias de violencia de género. Intervenciones comunitarias que involucren una perspectiva intercultural en el trabajo con mujeres haitianas pueden ser clave en la generación de espacios de promoción, prevención y detección temprana de síntomas. Igualmente, iniciativas intersectoriales articuladas con la sociedad civil y con la red educacional que alberga a niños y niñas haitianos también pueden ser intervenciones a desarrollar. De la investigación emerge la necesidad de garantizar el acceso de mujeres migrantes a anticoncepción y a información respecto a sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva, evitando la reducción de la salud de las mujeres a temas de regulación de fertilidad. La inclusión social, el reconocimiento formal de la labor de los facilitadores interculturales al interior de servicios sociosanitarios y la coordinación entre sectores son desafíos aún pendientes para disminuir los riesgos en salud mental que estas mujeres están enfrentando. Factores estructurales y sociopolíticos como la discriminación, exclusión social y racialización que aparecen en estos testimonios, deben ser abordados desde una mirada política de reconocimiento de los derechos de estas colectividades independiente de su situación migratoria.

REFERENCIAS

Abarca Brown, G. (2018). "¡Promueva el apego!": sobre la maternidad de mujeres haitianas como objeto de Gobierno en Chile. *Revista Bricolaje*, 3, 12–21. Disponible en: <https://revistabricolaje.uchile.cl/index.php/RB/article/view/51589>

Acosta, E. (2011). Valorar los cuidados al estudiar las migraciones: La crisis del trabajo de cuidado y la feminización de la inmigración en Chile. En Stefoni, C. (Ed.), *Mujeres inmigrantes en Chile ¿mano de obra o trabajadoras con derechos?* (pp. 193–228). Universidad Alberto Hurtado.

Alarcón-Vega, L. (2018). *Las visas especiales para Haití* [Archivo PDF]. <https://www.cdc.cl/web/wp-content/uploads/2018/06/RyD-N%C2%B0-19-Visas-especiales-Hait%C3%AD.pdf>

Anderson, F. M., Hatch, S. L., Comacchio, C. y Howard, L. M. (2017). Prevalence and risk of mental disorders in the perinatal period among migrant women: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Women's Mental Health*, 20(3), 449–462. <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0723-z>

Arias-Urión, A. M. y Guillén, N. (2020). Inequalities in depressive symptoms between natives and immigrants in Europe: The mediating role of social exclusion. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(11). s/p. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00124319>

Astorga-Pinto, S. M., Cabieses, B., Carreño, A. y McIntyre, A. M. (2019). Percepciones sobre acceso y uso de servicios de salud mental por parte de inmigrantes en Chile, desde la perspectiva de trabajadores, autoridades e inmigrantes. *Revista Del Instituto de Salud Pública de Chile*, 3(1), 21–31. <https://doi.org/10.34052/rispch.v3i1.49>

Avaria, A., Avendaño, V., Rivera, J. y Sepúlveda, Y. (2016). Maternidad Transnacional, un desafío para las mujeres peruanas migrantes trabajadoras del barrio Meiggs. *Revista Perspectivas: Notas Sobre Intervención y Acción Social*, 27, 119–138. <https://doi.org/10.29344/07171714.27.413>

Baird, M. B. y Boyle, J. S. (2012). Well-Being in Dinka Refugee Women of Southern Sudan. *Journal of Transcultural Nursing*, 23(1), 14–21. <https://doi.org/10.1177/1043659611423833>

Blukacz, A., Cabieses, B. y Markkula, N. (2020). Inequities in mental health and mental healthcare between international immigrants and locals in Chile: A narrative review. *International Journal for Equity in Health*, 19(1), 197. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01312-2>

Branchi, C. (2015). Proiezioni. Appunti sui test psicodiagnostici e il loro uso in sede di valutazione del minore straniero e della sua famiglia. *AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica*, 17, 39–40. <http://www.amantropologiamedica.unipg.it/index.php/am/article/view/383>

- Bhui, K. y Bhugra, D. (2004). Communication with patients from other cultures: the place of explanatory models. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10(6), 474-478. <https://www.cambridge.org/core/journals/advances-in-psychiatric-treatment/article/communication-with-patients-from-other-cultures-the-place-of-explanatory-models/34E39FE3F83B1917CE132E3243C4673C>
- Briscoe, L. y Lavender, T. (2009). Exploring maternity care for asylum seekers and refugees. *British Journal of Midwifery*, 17(1), 17-23. <https://doi.org/10.12968/bjom.2009.17.1.37649>
- Bustamante I. (2018). Desigualdades que atraviesan fronteras: Procesos de inserción laboral de mujeres haitianas al mercado de trabajo en Chile. *Sophia Austral*, 20, 83-101. <http://www.sophiaaustral.cl/index.php/shopiaaustral/article/view/95>
- Cabieses, B., Bernales, M. y McIntyre, A. (2017). *La migración internacional como determinante social de la salud: evidencia y propuestas para políticas públicas*. Universidad del Desarrollo.
- Callister, L. C., Beckstrand, R. L. y Corbett, C. (2011). Postpartum depression and help-seeking behaviors in immigrant Hispanic women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN*, 40(4), 440-449. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2011.01254.x>
- Carreño, A., Blukacz, A., Cabieses, B. y Jazanovich, D. (2020). "Nadie está preparado para escuchar lo que vi": Atención de salud mental de refugiados y solicitantes de asilo en Chile. *Salud Colectiva*, 16, e3035. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.3035>
- Chepo, M., Oyarte, M., Markkula, N., Bustos, P., Pedrero, V. y Delgado, I. (2017). Brechas de desigualdad en salud en niños migrantes versus locales en Chile. *Revista Chilena de Pediatría*, 88(6), 707-716.
- Close, C., Kouvonen, A., Bosqui, T., Patel, K., O'Reilly, D. y Donnelly, M. (2016). The mental health and wellbeing of first generation migrants: A systematic-narrative review of reviews. *Globalization and Health*, 12(1), 47. <https://doi.org/10.1186/s12992-016-0187-3>
- Collins, C. H., Zimmerman, C. y Howard, L. M. (2011). Refugee, asylum seeker, immigrant women and postnatal depression: Rates and risk factors. *Archives of Women's Mental Health*, 14(1), 3-11. <https://doi.org/10.1007/s00737-010-0198-7>
- Creswell, J. (2012). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. (3ª ed.). Sage
- Damus, O. y Vonarx, N. (2019). *Anthropologie de la médecine créole haïtienne*. La-neuve.
- Desrosiers, A. y Fleurose, S. (2002). Treating Haitian patients: Key cultural aspects. *American Journal of Psychotherapy*, 56(4), 508-521. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2002.56.4.508>

Fazel, M., Wheeler, J. y Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: A systematic review. *The Lancet*, 365(9467), 1309–1314. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)61027-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)61027-6)

Gregorio C. y Gonzálvez, H. (2012). Las articulaciones entre género y parentesco en el contexto migratorio: más allá de la maternidad transnacional. *Ankulegi. Revista de Antropología Social*, 16, 43-57. <https://aldizkaria.ankulegi.org/ankulegi/article/view/50>

Gonidakis, F. (2012). Postpartum Depression and Maternity Blues in Immigrants. En *Perinatal Depression*. IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/30915>

Guizardi, M., González Torralbo, H. y Stefoni, C. (2018). De feminismos y movilidades. Debates críticos sobre migraciones y género en América Latina (1980-2018). *Rumbos TS*, XIII(18): 37-66. <https://revistafacso.ucentral.cl/index.php/rumbos/article/view/6>.

Instituto Nacional de Estadísticas. (2017). *Resultados CENSO 2017: Población nacida fuera del país, por país o continente de nacimiento, según residencia habitual actual y sexo*. <http://resultados.censo2017.cl/Home/Download>

Instituto Nacional de Estadísticas y Departamento de Extranjería y Migración. (2020). *Estimación de personas extranjeras residentes habituales en Chile al 31 de diciembre 2019*. INE, DEM. https://www.ine.cl/docs/default-source/demografia-y-migracion/publicaciones-y-anuarios/migraci%C3%B3n-internacional/estimaci%C3%B3n-poblaci%C3%B3n-extranjera-en-chile-2018/estimaci%C3%B3n-poblaci%C3%B3n-extranjera-en-chile-2019-metodolog%C3%ADa.pdf?sfvrsn=5b145256_6

Kleinman, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture* [Tesis]. University of California Press.

Leiva Gómez, S., Mansilla Agüero, M. Á. y Comelin Fornes, A. (2017). Condiciones laborales de migrantes bolivianas que realizan trabajo de cuidado en Iquique. *Si Somos Americanos*, 17(1), 11-37. <https://doi.org/10.4067/S0719-09482017000100011>

Lindert, J., Schouler-Ocak, M., Heinz, A. y Priebe, S. (2008). Mental health, health care utilisation of migrants in Europe. *European Psychiatry*, 23(S1), s114-s120. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(08\)70057-9](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(08)70057-9)

Oyarte, M., Cabieses, B. y Delgado, I. (2017). Egresos hospitalarios en Chile: Análisis comparativo entre migrantes internacionales y población local. En B. Cabieses, M. Bernaldes y A. M. McIntyre (Eds). (2017). *La migración como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas*. Universidad del Desarrollo. https://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro_La_migracion_internacional.pdf

Moro, M. R. (2002). Genitori in esilio. Psicopatologia della migrazione. Raffaello Cortina Editori.

McLeish, J. (2005). Maternity experiences of asylum seekers in England. *British Journal of Midwifery*, 13(12), 782-785. <https://doi.org/10.12968/bjom.2005.13.12.20125>

- Mieles, M., Tonon, G. y Alvarado, S. (2012). Investigación cualitativa: El análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social. *Universitas Humanística*, 74, 195–226.
- Mira, C. R. (1994). Historia de la política de planificación familiar en Chile: Un caso paradigmático. *Debate Feminista*, 10, 185–214.
- Morrow, M., Smith, J. E., Lai, Y. y Jaswal, S. (2008). Shifting landscapes: Immigrant women and postpartum depression. *Health Care for Women International*, 29(6), 593–617. <https://doi.org/10.1080/07399330802089156>
- Murray, L., Windsor, C., Parker, E. y Tewfik, O. (2010). The Experiences of African Women Giving Birth in Brisbane, Australia. *Health Care for Women International*, 31(5), 458–472. <https://doi.org/10.1080/07399330903548928>
- Murray, M. (2012). Childbirth in Santiago de Chile: Stratification, Intervention, and Child Centeredness. *Medical Anthropology Quarterly*, 26(3), 319–337.
- Murray, M. (2013). Staying with the baby: Intensive mothering and social mobility in Santiago de Chile. En Faircloth, C. Hoffman, D and Layne, L. (Ed.) *Parenting in Global Perspective*, (pp. 1–16). Routledge.
- OMS. (2018). *Mental health promotion and mental health care in refugees and migrants Technical guidance*. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/386563/mental-health-eng.pdf
- ONU. (2017). *Diagnóstico regional sobre migración haitiana. IPPDH*. https://www.ippdh.mercosur.int/wp-content/uploads/2017/08/Diagnostico_Regional.pdf
- Pangas, J., Ogunsiji, O., Elmir, R., Raman, S., Liamputtong, P., Burns, E., Dahlen, H. G. y Schmied, V. (2019). Refugee women's experiences negotiating motherhood and maternity care in a new country: A meta-ethnographic review. *International Journal of Nursing Studies*, 90, 31–45. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.10.005>
- Pineros-Leano, M., Yao, L., Yousuf, A. y Oliveira, G. (2021). Depressive Symptoms and Emotional Distress of Transnational Mothers: A Scoping Review. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 182. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.574100>
- Priebe, S., Matanov, A., Barros, H., Canavan, R., Gabor, E., Greacen, T., Holcnerova, P., Kluge, U., Nicaise, P., Moskalewicz, J., Diaz-Olalla, J. M., Strassmayr, C., Schene, A. H., Soares, J. J. F., Tulloch, S. y Gaddini, A. (2013). Mental health-care provision for marginalized groups across Europe: Findings from the PROMO study. *The European Journal of Public Health*, 23(1), 97–103. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckr214>
- Quesada, J., Hart, L. K. y Bourgois, P. (2011). Structural vulnerability and health: Latino migrant laborers in the United States. *Medical anthropology*, 30(4), 339–362. doi: 10.1080/01459740.2011.576725. PMID: 21777121; PMCID: PMC3146033.

Razmilic, S. (2019). Inmigración, vivienda y territorio. En Aninat, I y Vergara, R (Eds.) *Inmigración en Chile Una mirada multidimensional* (pp. 101-148). Centro de estudios públicos.

Rodríguez-Torrent, J. C. y Gissi-Barbieri, N. (2021). Migración haitiana en Chile 2020: barreras a la incorporación social, arraigo cuestionado y re-emigraciones. *Ciencias Sociales*, 9(2).
<https://revistas.usantotomas.edu.co/index.php/campos/article/view/7122>

Rojas Pedemonte, N., Amode, N. y Vásquez Rencoret, J. (2015). Racismo y matrices de inclusión; de la migración haitiana en Chile: Elementos conceptuales y contextuales para la discusión. *Polis*, 14(42), 217-245. <https://doi.org/10.4067/S0718-65682015000300011>

Russo, A., Lewis, B., Joyce, A., Crockett, B. y Luchters, S. (2015). A qualitative exploration of the emotional wellbeing and support needs of new mothers from Afghanistan living in Melbourne, Australia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1), 197. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0631-z>

Sadler, M. y Carreño, A. (2020). Distressed caregivers or criminals? Stories of precarity and perceived maternal neglect in Chile. En: B. Martin y M. Parr (Eds.), *Writing Mothers Narrative acts of care, redemption and transformation*, (pp. 127-140). Demeter Press.

Sepúlveda, C. y Cabieses, B. (2019). Rol del Facilitador Intercultural para migrantes internacionales en centros de salud chilenos: Perspectivas de cuatro grupos de actores clave. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 36(4), 592-600. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.364.4683>

Stewart, D. E., Gagnon, A. J., Merry, L. A. y Dennis, C.-L. (2012). Risk Factors and Health Profiles of Recent Migrant Women Who Experienced Violence Associated with Pregnancy. *Journal of Women's Health (Larchmt)*, 10, 1100-1106. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3466920/>

Taliani, S. (2018). Sometimes I feel like a motherless child: Nigerian migration, race memories and the decolonization of motherhood. En Gualtieri C. (Ed.), *Migration and the Contemporary Mediterranean*, s/p. Peter Lang. <https://www.peterlang.com/view/9781787073531/xhtmll/chapter06.xhtmll>

Tijoux, M. E. y Palominos Mandiola, S. (2015). Aproximaciones teóricas para el estudio de procesos de racialización y sexualización en los fenómenos migratorios de Chile. *Polis*, 42, 1-25. <http://journals.openedition.org/polis/11351>.

Torre, J., Coll, C., Coloma, M., Martín, J. I., Padrón, E. y González González, N. L. (2006). Control de gestación en inmigrantes. En *Anales del sistema sanitario de Navarra*, Vol. 29, (pp. 49-61). Gobierno de Navarra-Departamento de Salud.