

AJUSTES EMOCIONALES DE UNA GESTANTE E INMIGRANTE EN CHILE: ESTRATEGIAS PARA ATENUAR EL SUFRIMIENTO

*EMOTIONAL ADJUSTMENTS OF A PREGNANT WOMAN AND IMMIGRANT IN CHILE:
STRATEGIES TO REDUCE SUFFERING*

Nairbis Sibrian

Universidad del Desarrollo, Chile.; n.sibrian@udd.cl

Historia editorial

Recibido: 22-10-2019

Primera revisión: 15-07-2020

Aceptado: 27-09-2020

Publicado: 25-06-2021

Palabras clave

Emociones; Embarazo; Salud materno-infantil; Migración

Resumen

Al migrar, existe un dilema subjetivo que no solo incluye el extrañamiento de lo dejado, sino que también convoca el modo en el cual se enfrentan las reglas de los sentimientos de la sociedad a la que se arriba. Por tanto, el proceso de integración atañe también una dimensión emocional. A partir de un estudio de caso, con enfoque biográfico y perspectiva etnográfica, analizo el manejo emocional que desarrolla una mujer embarazada y migrante frente a una política pública de salud. El objetivo es poder identificar el rol de las emociones en la trayectoria de una gestante venezolana usuaria del programa Chile Crece Contigo. El relato de vida muestra cómo hechos particulares, que identifico como posible violencia obstétrica e institucional, quedan atenuados por estrategias de regulación y transferencia emocional, las cuales subliman la rabia, el dolor y el sufrimiento en un proceso de integración migrante general.

Abstract

When migrating, there is a subjective dilemma that not only includes the strangeness of what has been left but also calls for the way in which the rules of the feeling of the society they are confronted face. Therefore, the integration process also involves an emotional dimension. From a case study, with a biographical focus and an ethnographic perspective, I analyze the emotional management that a pregnant and migrant woman develops in the face of public health policy. The objective is to be able to identify the role of emotions in the trajectory of a pregnant Venezuelan user of the Chile Crece Contigo program. The life story shows how particular events, which I identify as possible obstetric and institutional violence, are attenuated by strategies of regulation and emotional transfer, which sublimate rage, pain, and suffering in a process of general migrant integration.

Sibrian, Nairbis (2021). Ajustes emocionales de una gestante e inmigrante en Chile: estrategias para atenuar el sufrimiento. *Athenea Digital*, 21(2), e2836. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2836>

Introducción

Muchas dimensiones se cruzan hoy con el fenómeno de la migración. Una de ellas, sin embargo, ha sido poco explorada: las emociones. Se trata de una dimensión periférica (García, 2013), casi invisible, y por ello socialmente irreconocible (Montes, 2019). Si bien existen trabajos que destacan las vivencias emocionales de los que se quedan (Piras, 2016), los sentimientos en la migración transnacional (Hirai, 2009) y el sufrimiento de personas migrantes sin hogar (Navarro-Lashayas, 2014) o deportadas (Montes, 2019); lo emocional en la migración está sujeto a condiciones de duelo, pérdida o situaciones extremas.

En Chile, el tema de la migración se ha instalado en la agenda pública durante los últimos años. Al respecto, se han desarrollado investigaciones sobre coberturas mediáticas (Poo, 2009), políticas públicas (Doña y Mullan, 2014), formas de racismo (Tijoux, 2016), el acceso a la salud (Avaria, 2018) y procesos de fronterización (Stefoni et al., 2018). En este contexto, la migración venezolana ha sido una de las más controversiales, dada la situación político-social y económica que la ha provocado, la masividad de la misma y sus características como grupo social (Koechlin y Eguren, 2018).

Venezuela, país que hasta 1970 tuvo un alto nivel de inmigración, primero europea y luego latinoamericana (Aruj, 2008), vive un proceso emigratorio que alcanza proporciones de crisis humanitaria (Freier y Parent, 2018). Entre las causas principales se encuentra la crisis del modelo económico extractivista, elevados índices de violencia y la inestabilidad política de los últimos años (Lander y Arconada, 2017), lo cual condujo a una migración, en principio, de sectores de clase media con un nivel educativo medio-alto. Sin embargo, la inflación, escasez de alimentos y medicinas, constituyen la primera causa de salida de diversos sectores sociales (Stefoni et al., 2018).

Actualmente, Venezuela es una de las principales nacionalidades de inmigrantes en Chile. A finales del año 2016, más de 23.000 venezolanos habían solicitado residencia en el país austral (Salgado et al., 2018), éstos tienen, en promedio, más años de estudios que los chilenos, siendo 15.7 para los venezolanos y 12.1 para la población oriunda, mientras la edad fluctúa entre 15 y 29 años (Cárdenas, 2018), es decir, se encuentran en plena edad productiva y la mayoría no tendría descendencia al momento de ingresar a Chile.

Laboralmente, se ubican en el sector de servicios y utilizan la atención de salud pública subvencionada (Fondo Nacional de Salud - FONASA) con un 56.5 %, frente a un 10.9 % que lo haría en el sector privado (Instituciones de Salud Previsional - ISAPRE). También existe un 32.6 % que se encuentra sin previsión, por lo que es muy probable que acudan al servicio público (Salgado et al., 2018).

Ahora bien, uno de los problemas de toda migración son los obstáculos del nuevo territorio, desde la inserción laboral y el acceso a la salud hasta expectativas de reconocimiento (Thayer, 2013). La inmigración es con frecuencia puesta a prueba (Devillard, 2015) tanto en un sentido pragmático, que supone prácticas resolutivas del diario vivir, como en un sentido societal, estructural, vinculado a la movilidad social (Araujo y Martuccelli, 2012). En ambos niveles se producen formas explícitas e implícitas de rechazo y discriminación.

Todo acto de migrar supone etapas y grados de aceptación (Martínez, 2000), los cuales incluyen procesos emocionales. Para permanecer en el país de acogida, no sólo

es importante encontrar trabajo o acceder a la salud, también son necesarias las relaciones sociales y el manejo emocional. En este sentido, todo inmigrante enfrenta un dilema que no sólo involucra el extrañamiento de lo dejado, sino que también convoca el modo en el cual encara las reglas de los sentimientos y el mercado emocional (Hochschild, 1989/2012) de la sociedad receptora.

En principio, revisaré antecedentes históricos sobre el control del cuerpo gestante en Chile, cuyo auge colinda con la irrupción de los Estados-Nación (Illanes, 1993), el surgimiento de políticas públicas destinadas al control de la población (Serrano, 1994) y la expansión de la mirada médica (Conrad, 2007), para luego contextualizar la puesta en marcha de programas de salud de las últimas décadas.

Posteriormente, examinaré la idea de regulación emocional delineada por Erving Goffman (1956;1967;1969) y que la misma Arlie Russell Hochschild (2008) utiliza como base para el concepto de elaboración o trabajo emocional. Se vinculará el trabajo emocional con reglas de encuadre (Goffman, 1974) y las exigencias de una situación en el sentido de los regímenes de acción y prácticas resolutivas (Boltanski y Chiappello, 1999/2002). Esto es, cómo las personas regulan sus emociones para poder presentarse y adaptarse a la vida cotidiana, resolviendo así situaciones concretas.

Finalmente, con base en un estudio de caso (Stake, 1998), específicamente, un relato biográfico (Leclerc-Olive, 2009), analizaré el conflicto emocional asociado a la migración en contextos de política pública, donde ocurren hechos que pueden identificarse como violencia obstétrica e institucional; los cuales, no obstante, quedan eclipsados por una negociación emocional que condiciona la integración migrante.

El control del cuerpo gestante en Chile

En Chile, la medicalización del embarazo, su consideración como problema médico, ocurre en un ambiente de abundante tensión caracterizado por el auge de la ciencia y la deslegitimación de saberes considerados pre-científicos en el siglo XIX. Es la etapa de constitución del Estado, inaugurada con el surgimiento de políticas públicas orientadas a la profesionalización de la medicina (Illanes, 1993; Serrano, 1994).

Datos históricos señalan que la mortalidad, a causa del parto, era sumamente alta en el siglo XIX, siendo las mujeres más pobres las que enfrentaron mayores riesgos a causa de la precaria alimentación o salud y la necesidad de trabajar hasta el parto. No obstante, fue “la mortalidad infantil [lo que] dio pie para que se prestara más atención al cuidado del embarazo y el parto” (Zárate, 2007b, p. 22).

Más tarde, se produce el traslado del parto desde la casa al hospital, acentuado a mediados del siglo XX (Zárate, 2007a), el cual, si bien redujo las tasas de mortalidad materno-infantil, produjo una hegemonía del conocimiento médico sobre el actuar de las mujeres (Contreras y Fernández, 2015).

El posterior devenir de las políticas públicas en torno a la reproducción está atravesado por diversas propuestas: unas más igualitarias y colectivas frente a otras más focalizadas e individuales. En la actualidad, se concibe a la gestante como una usuaria inmersa en una red, con opciones de atención según grupo socioeconómico. Así, surge Chile Crece Contigo, un programa dirigido a aquellas familias cuyo ingreso hogar esté dentro del 60 % más vulnerable de la población nacional (González, 2014).

Sistema de Protección Integral a la Infancia “Chile Crece Contigo”

El programa Chile Crece Contigo (ChCC) consiste en un sistema de intervención de carácter integral, cuyo objetivo general es acompañar el proceso de desarrollo gestante, además de brindar protección y apoyo al desarrollo de la primera infancia. Se encuentra en vigencia desde el 12 de septiembre de 2009, durante el gobierno de Michelle Bachelet, pero su implementación fue de forma progresiva a partir de junio del 2007 (Ministerio de Planificación, 2009).

Cuenta con un sistema de prestaciones que cubren desde la gestación hasta los 4 años de infancia. Durante la gestación ofrece diversos planes, tales como: fortalecimiento de los cuidados prenatales (controles), plan cuidado personalizado (consultas médicas), talleres y visita a domicilio, atención personalizada del nacimiento (parto) y neonatología. Sin embargo, evaluaciones del programa han revelado problemáticas sociales que afectan el desarrollo del mismo (Bedregal et al., 2010).

Entre las críticas se encuentra que se trata de una política focalizada que no sólo busca compensar la disparidad social existente, sino que propone “una intervención generadora y moduladora de la propia desigualdad, incluso más allá del mercado o de sus finalidades explícitas, naturalizando e institucionalizando las desigualdades de clase, género, edad, etnia” (Adelantado, 2000, p. 54).

La regulación emocional como estrategia

Eva Illouz (2006/2007) señala que el capitalismo siempre ha tenido relación con las emociones. Dicho sistema no podría haberse desarrollado si no fuera por un componente emocional en todo su despliegue. Así, el capitalismo emocional es la relación es-

trecha e innegable entre acción instrumental y emociones, por lo cual, sería un error estudiar lo instrumental, por un lado, y las emociones, por el otro.

Con antelación, Goffman (1956;1967;1969) advertía que la regulación de las emociones tiene lugar en las distintas interacciones entre individuos, con independencia de contextos laborales o no. En dichas interacciones, los individuos manejan sus experiencias y expresiones emocionales de forma que resulten apropiadas para la situación.

Siguiendo a Goffman, Hochschild (1979; 1983; 2008) plantea que existen reglas aplicables a los sentimientos, las cuales sirven para juzgar si son apropiados o no. La emoción puede estar sujeta a actos de gestión y el individuo, con frecuencia, induce o inhibe los sentimientos para hacerlos “apropiados” a una situación.

Este enfoque permite inspeccionar la relación entre la experiencia emocional, el manejo de las emociones, las reglas de los sentimientos y las estructuras que gobiernan cualquier situación. Al respecto, Hochschild (1979) explica que las reglas del sentimiento responden a la ideología imperante en determinados contextos, pues son el criterio cultural del valor de variados gestos y expresiones.

De esta manera, las reglas de los sentimientos se reconocen a partir de la evaluación que otros hacen de nuestra presentación emocional (Hochschild, 1983). Es decir, se trata de un conjunto de máximas socialmente compartidas, pero a menudo latentes, “no se las piensa a menos que se las sondee” (Hochschild, 2008, p. 44). Por tanto, aunque se puede ser consciente de la existencia de tales reglas es muy difícil que éstas sean claras y perceptibles de antemano.

Asimismo, dichas normas están conectadas con unas reglas de encuadre (Goffman, 1974), esto es, un marco interpretativo que supone el desarrollo de competencias de los actores para actuar y dar significado. Este significado también se pone en práctica, es decir, se puede ensayar y poner a prueba en determinado momento. Por tanto, para el análisis del caso propongo que la perspectiva del manejo de la emoción (Hochschild, 1979; 1983 2008) esté vinculada con el sentido pragmático (Boltanski y Chiappello, 1999/2002) de una situación, la cual puede dar cuenta de cómo los actores, frente a determinadas situaciones, realizan ajustes que les permiten resolver *in situ* instancias de control y actuar según sus intereses.

El relato biográfico como método para estudiar el cuerpo y las emociones

El relato de vida a presentar forma parte de una investigación mayor, cuyo objetivo es comprender la construcción socio-material del embarazo en seis casos de mujeres gestantes en Chile. Éste se plantea a) describir la trayectoria de gestación; b) identificar los momentos claves y las lógicas que operan en dicha trayectoria; c) explorar las prácticas de producción y construcción social en cada momento; y e) finalmente, indagar sobre las competencias que desarrollan las gestantes en el proceso de construcción del embarazo. Es, precisamente, en este último objetivo donde reside el manejo de las emociones.

Metodológicamente, se trata de un estudio de caso (Bogdan y Biklen, 1982/2003) que persigue la singularidad de los fenómenos, destacando las diferencias sutiles, la secuencia de los acontecimientos en su contexto y la globalidad de las situaciones personales (Stake, 1998). Los estudios de caso pueden ser holísticos, con una sola unidad de análisis, o incrustados, con varias (Yin, 2014). Si bien en la investigación original se trabajó con un diseño incrustado, conformado por seis casos de mujeres embarazadas, en este artículo se recurrirá a una sola unidad de análisis, pues es el caso donde las emociones cobran mayor relevancia. Se opta por el relato biográfico ya que permite articular significados subjetivos de experiencias y prácticas sociales (Cornejo et al., 2008). Dado que no se trata de una historia de vida, sino de un periodo de ésta, al ser un estadio con muchos cambios permite una cronología densa (Stake, 1998).

La selección del caso responde a la conformación de una muestra de carácter intencionada, donde se procuró la dependencia del sistema de salud público para la atención del embarazo, participación en talleres prenatales, uso frecuente de redes de atención y pertenencia a un estrato socioeconómico medio¹.

Michèle Leclerc-Olive (2009) aporta la noción de acontecimiento biográfico, concebida como aquellos puntos de la biografía en los que la vida da un giro, útil para comprender los cambios trascendentales en la vida de las gestantes, los cuales están en diálogo no sólo con sus expectativas individuales sino también colectivas, enmarcadas dentro de un contexto nacional e internacional.

Se dio seguimiento durante siete meses al proceso de gestación de una mujer inmigrante, desde marzo hasta julio de 2017, lapso en el cual se realizaron cuatro (4) entrevistas en profundidad (Ruíz e Ispizúa, 1989) con tradición interpretativa y feminista

¹ Se entiende a la clase media como un grupo social que posee recursos asociados a un determinado capital cultural, con acceso a información y cierto nivel educativo, pero que, en el caso de Chile, es muy heterogéneo (Espinoza y Barozet 2008) y con la migración se complejiza.

(Edwards y Holland, 2013), así como catorce (14) contactos de seguimiento que incluyen observaciones participantes y no participantes (Gubern, 2011).

El primer contacto se realizó a partir de la visita al consultorio de atención pública de la Comuna de Recoleta, en la ciudad de Santiago de Chile, al cual asistí como observadora (no participante) de un taller prenatal. Al finalizar el taller, pude conversar con algunas gestantes y proponerles ser parte del estudio. Frannerys aceptó participar² y se estableció un vínculo estrecho con ella. En este sentido, pude acceder a información íntima y cotidiana como observadora participante no sólo de consultas médicas, controles o talleres asociados a la gestación, sino también salidas a caminar, compra de víveres, trabajo de cuidado y doméstico como cocinar, limpiar, entre otras labores diarias de la gestante.

Las entrevistas en profundidad se realizaron al inicio de la trayectoria, cuando habían tres meses de gestación, al finalizar los talleres prenatales del programa, antes del parto y posterior a él. Estuvieron orientadas a partir de momentos claves, con interrogantes tales como: ¿Qué cambia? ¿Quiénes y cómo participan? ¿Dónde se atiende? ¿Cómo es atendido? ¿Cómo se nace? No hubo un guión en particular para las entrevistas, estas se transformaban en una conversación con atención particular a cada momento.

Los contactos de seguimiento eran semanales y consistían en una visita domiciliar y un encuentro, generalmente, para hacer compañía mientras esperaba ser atendida en el centro de salud o durante algún trámite migratorio. Esta cercanía permitió captar los fenómenos desde la mirada de los propios actores (Balbi y Boivin, 2008). De hecho, pude estar presente el día del parto bajo el rol de acompañante, pues ese día la pareja de Frannerys estaba trabajando. La atención estaba puesta en las prácticas de cuidado asociadas al embarazo en relación con a) espacios (entorno familiar o doméstico, consulta médica, instituciones públicas o privadas); b) actores humanos (familiares, personal médico, personal de atención pública, expertos); y c) actores no humanos (prueba de embarazo, vestuario, ecografías, libreta de control, folletos y aplicaciones telefónicas).

² La realización de entrevistas y el seguimiento etnográfico estuvo sujeto a la firma de consentimientos informados por parte de las entrevistadas y participantes del estudio. A cada una se le explicó las condiciones bajo las cuales interviene, las características de la investigación y la posibilidad de consentir su participación de manera explícita o anónima.

Ajustes emocionales de una venezolana usuaria de Chile Crece Contigo

Frannerys estudió asistencia dental en su país natal y al titularse no sólo era difícil encontrar trabajo, sino que el salario era insuficiente. Con cinco hermanas menores y unos padres sin empleo se vio forzada a migrar para trabajar y enviar dinero a su familia. En Chile, su primer trabajo fue en un supermercado y allí conoció a su actual pareja, un conductor de camiones de una empresa de víveres. Cuando la conocí tenía veintisiete años y diez semanas de gestación. Comenzamos a vernos una o dos veces por semana mientras la acompañaba a sus controles, talleres e incluso simplemente a caminar.

Nuestro primer encuentro fue un lunes de marzo, ocho de la mañana. Acordamos encontrarnos en la sala de espera de un hospital público. A nuestro alrededor hay personas de pie, sentadas en el piso, en sillas de ruedas, con niños en brazos y carriolas. Las filas están organizadas por especialidad, mientras una enfermera nombra a las personas que van ingresando. Los nombres se van repitiendo entre la gente porque al final de la sala casi no se escucha. En aquel bullicioso salón, ella empieza a relatarme su embarazo.

Cuando salimos embarazados, yo me asusté porque aún no tenía papeles. Fuimos a la Isapre, metimos mis datos, llenamos las planillas. Luego vamos a ver si salió, vemos que sí, ya salió la notificación. Entonces, mi pareja pregunta a la ejecutiva sobre el acceso, porque no me tomaron huella: 'Sí, ¿pero cómo vamos a hacer? porque se supone que ella tiene que poner el dedo para el descuento'. Y la mujer de la Isapre le dice: 'Tú tienes que pagar primero. O sea, si a ella un ultrasonido le sale 50 mil pesos, tú lo pagas al momento y cuando ella tenga su cédula se te reembolsa el dinero'. Y mi pareja dijo que no, porque igual él tenía que gastar, aparte de ir pagando mensual en la Isapre. (Frannerys, entrevista personal, marzo de 2017)

En Chile, el ingreso al sistema de salud está sujeto a la condición laboral, es decir, cuando una persona es contratada debe adscribir al sistema subvencionado o privado (Isapres³). Quienes no pueden hacerlo se les considera beneficiarios del sistema público. Ahora bien, tanto el sistema público como el privado tienen una serie de condicionamientos para el ingreso y cobertura, lo principal es tener cédula chilena. Este requisito, generalmente, deja sin acceso a la mayoría de inmigrantes que han introducido algún tipo de solicitud para regularizar su situación en el país, lo cual puede tardar

³ Instituciones de Salud Previsional, son aseguradoras privadas encargadas de otorgar servicios de financiamientos, beneficios y seguros en materia de salud. Forman parte de un sistema privado de seguros de salud implementado en Chile en 1981.

meses o años. Dicha regla se mantiene salvo en el caso de mujeres embarazadas, personas con VIH o adultos mayores con enfermedades crónicas, a quienes el sistema público admite sólo con pasaporte por considerarlos prioritarios. Frannerys y su pareja supieron esto tras conversaciones con personas que ya habían vivido esta experiencia.

Íbamos a tener 8 semanas sin atención, tampoco me llegaba la visa. Pasamos desde la semana 5 a la 8 en eso de la Isapre y yo me empezaba a sentir mal. Entonces recordé a la muchacha que atiende el almacén, la chica peruana donde nosotros compramos pan, ella me había dicho que se atendía en el consultorio y que la tratan bien. Ella nos dijo: “Yo tuve a mi hija ahí, en el hospital, puedes comprar un bono. Así no tenga papeles, la tienen que atender”. (Frannerys, entrevista personal, junio de 2017)

Las opciones eran, por un lado, seguir esperando los documentos y volver a la Isapre, sistema privado en el cual su pareja cotizaba, o atenderse en el sistema público, por el cual se atienden las personas sin cotización⁴. No tenían dinero para una consulta particular, así que fueron al consultorio más cercano de su casa y ella se inscribió. La recibió una asistente social, quien llenó su ficha y la ingresó al programa de acompañamiento a la infancia Chile Crece Contigo. Al contar la noticia en su casa se producen discrepancias con la familia de su pareja, pues se consideraba riesgosa y de mala calidad la atención pública. Esto, a su vez, se mezclaba con juicios xenófobos implícitos hacia Frannerys.

Mi cuñada es enfermera en una clínica y la primera pregunta que ella hizo al volver del consultorio fue: ¿Te hicieron un PAP? Y yo le digo ¿Qué es un PAP? Y me dice ¿No te mandaron a hacer un PAP? Y le dije no, solamente me mandaron a hacer pruebas de sangre y de orina. Y me dijo: tienen que hacerte un PAP para saber si no tienes nada que puedas transmitir al niño. Porque tú puedes tener cualquier enfermedad y el bebé te puede salir muerto. Cuando ella me dijo eso, yo quería echarla de la casa, claro en mi desorden hormonal, pero estaba delante de mi pareja y de todo el mundo, entonces me contuve y sólo lo miré a él y le dije: ¡Aquí no me están ayudando! (Frannerys, contacto de seguimiento, junio de 2017)

Una vez ingresada en el sistema y tras el primer control prenatal, comienzan los talleres en el programa Chile Crece Contigo. A partir de entonces el consultorio y el hospital serán los espacios no sólo de atención y acogida, sino también de cuidado y

⁴ En Chile, de acuerdo a lo que una persona trabajadora pueda cotizar accede a uno de los sistemas de prestaciones en salud. Existen al menos tres modalidades. Por un lado, está el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), el cual es un programa de seguros de salud estatal que ofrece copago entre el Estado y el beneficiario. Por otro, las Instituciones de Salud Previsional (Isapres) del sistema privado y la red de asistencia pública.

regulación emocional. El personal médico y profesional comienza a tener no sólo una función sanitaria en su trayectoria, sino de consejería y orientación. De hecho, la explicación médica prima sobre sus sentimientos y cualquier reacción fuera de lo común se trata como algo “hormonal”.

La atención que me dan en el consultorio me encanta, yo me siento muy a gusto, las matronas me atienden bien, me escuchan y aconsejan. La asistente social y la psicóloga también me enseñan a adaptarme. Todos están pendientes de mí, con todos me va súper bien y así fue mejorando mi estado de ánimo. Ellos me explican que mi mal humor es por las hormonas. De verdad, se han convertido en mi familia. (Frannerys, entrevista personal, mayo de 2017)

La percepción sobre el programa estaba vinculada con una serie de situaciones contextuales. No es sólo llegar a otro país y encontrarse embarazada, sino que ahora era parte de una familia que, de cierto modo, no la aceptaba. Con sus padres y hermanas lejos y sin amigos a quienes acudir, Frannerys comienza a refugiarse en el personal médico y administrativo del programa Chile Crece Contigo.

Me dieron medicamentos para controlar vómitos, controlar asco y para dormir, porque hasta durmiendo me vomitaba, era muy desesperante. A parte de eso, yo me sentía sola (...) entonces empecé a buscar un poquito de apoyo en la familia de él, pero era peor. Porque me empezaron a decir: ¡Tienes que comer esto! ¡Tienes que comer aquello! ¡No hagas esto! ¡No hagas aquello! Lo que yo hacía nunca estaba bien. Entonces, preferí estar en el consultorio. (Frannerys, entrevista personal, mayo de 2017)

Un día en la consulta, le cuenta a su matrona: “Es que no soporto a nadie, los odio a todos, creo que odio también a mi pareja, pero es por los olores, odio que se coloque perfume, odio hasta que se eche champú” (Entrada de diario de campo, mayo de 2017). La matrona le toma la mano y le contesta: “tranquila Fran todo eso es por el mismo estrés que produce el embarazo, por el cambio hormonal, debes controlar tus emociones, tienes que tener paciencia” (Entrada de diario de campo, mayo de 2017). Así, la casa se volvió el lugar punitivo mientras el consultorio se convirtió en espacio de cuidado y aprobación.

Sin embargo, esta alianza necesita el desarrollo de capacidades subjetivas para sostenerse, es decir, incluye también una gestión emocional (Hochschild, 2008) respecto a la atención en salud. Esto se puede notar con más claridad cuando, en un control del mes de junio, le extraen sangre y la lastiman (Entrada de diario de campo, junio de 2017).

La enfermera le dice: “Es que no puedo encontrar la vena, tengo que volver a buscar”.

Frannerys responde: “Pero no, no busques ahí, busca otra vez aquí, es que me duele mucho, pero no es por ti, será porque estoy estresada, hormonal”.

La enfermera siguió intentando unas 3 o 4 veces más y Frannerys le dice, con cierta sonrisa: “Me duele un poco, por qué no vuelves a sacar aquí en este brazo, es que ese está muy flaquito”.

La enfermera también se ríe y le contesta: “Es que no puedo extraer la mariposa porque aquí no tenemos más, así que seguiré buscando en este brazo, sólo tienes que aguantar”.

Al terminar la extracción, su brazo tiene moretones y de camino a su casa señala: “yo me quería poner a llorar, quería decirle que por ahorrar una mariposa no puede dejarme el brazo morado, quería gritar te juro, pero he aprendido a calmarme, por algo uno es paciente, viene de paciencia y si uno se pone mal es peor”. (Frannerys, contacto de seguimiento, junio de 2017)

Para Frannerys ser paciente está vinculado con la perseverancia y el sobreponerse a las emociones, sin embargo, cuando esto se aplica a situaciones donde están implicados derechos sociales, encaja con la figura de pacientes del Estado (Auyero, 2013), es decir, grupos sociales que, en sus encuentros con funcionarios públicos, gobernantes o políticos, pueden soportar cosas poco agradables pero necesarias para ser atendidos. En ese camino, desarrolla diversas estrategias, una de ellas es ser amable, otra es hacerse amiga del personal, así como también seguir las reglas y ser una paciente ejemplar.

Yo tomo sulfato ferroso y calcio. Me lo tomo como me dijo la doctora, ella me dijo tienes que esperar 5 o 6 horas para poder desayunar y 2 o 3 horas para que te tomes el otro, para darle horas de reposo a cada medicamento. Un día me fui sin pastillas y me devolví como a mitad de cuadra. Recién me enteré que no tengo pastillitas. Y estaba la doctora afuera y me las dio. Lo mismo con la caja de leche, yo vengo y me la tienen lista porque ya conozco a la chica de la bodega. (Frannerys, contacto de seguimiento, julio de 2017)

En los meses siguientes, Fran continuó yendo a los talleres de Chile Crece Contigo. Allí hicieron recorridos a las instalaciones de los diferentes hospitales de la comuna. Les explicaron las cosas que debían llevar para el parto, los documentos y sobre todo el rol de los familiares. Se hizo hincapié en que no se debía obstaculizar la labor del equipo médico en el nacimiento y dieron consejos sobre el comportamiento durante el parto.

Mientras estés en trabajo de parto sólo respira, no grites. Mientras más gritas menos contracciones tienes, porque estás estresada. Si gritas no tienes contracciones, lo que estás produciendo es estrés y el bebé se queda ahí, no va a querer salir. Otra cosa, el acompañante que arme *show* diciendo cosas como: 'mi mujer está pariendo, tiene dolores, mi hijo, atiéndanla', ése no entra porque lo que hace es estresar al equipo. Entonces, mientras más calmado esté, más lo dejan entrar, así el bebé sale más rápido, porque todos están calmados. (Entrada del diario de campo, julio de 2017)

Con 38 semanas de gestación, Frannerys expulsó el tapón mucoso y se encontraba lista para iniciar el trabajo de parto. Al llegar al hospital, le hicieron el primer tacto. Como aún no estaba completamente dilatada, la dejaron esperando en una camilla afuera de la sala y cada cierto tiempo la volvían a revisar.

Cuando llegamos tenía casi cinco de dilatación, ahí me metieron el dedo. Te meten el dedo por ahí varias veces, unos y otros, luego me dejaron sola un rato y me dijeron te vamos a poner en parto porque ya estás casi lista pero aún no, ahí te van a revisar. Cuando llegaron a revisarme, viene otro doctor, me mete el dedo también y me dice: ya van casi siete. (Frannerys, entrevista personal, julio de 2017)

A la octava dilatación, le rompieron la bolsa y le indujeron el parto, acelerando sus contracciones por vía endovenosa. Ella, cansada y con dolor, solicitó anestesia y, mientras ésta surtía efecto, una doctora le sujetó las piernas y otra le presionó el vientre, montándose encima de ella para que el niño saliera.

Y así fue (...) rompieron mi bolsa, me llevaron a pabellón y en pabellón me hicieron presión fuerte sobre la barriga, me cortaron y dijeron 'puja', 'puja' y salió. Yo no sentí cuando él salió, ahí ya no sentía nada. Sufrí cuando presionaron mi vientre fuerte y me cortaron abajo, pero ya después que salió Oscarito, que me lo pusieron aquí en el pecho y lo pegaron de la teta para que empezara a chupar, ya no me fijé en nada más, sólo estaba agradecida. (Frannerys, entrevista personal, julio de 2017)

Su bebé nació en buenas condiciones a través de un parto vaginal inducido y con anestesia. Le practicaron una episiotomía de diez puntos, pues hubo que rasgar su vagina al no estar dilatada por completo. Esto lo decidieron *in situ*, sin un consentimiento informado previo. En el parto, hubo prácticas que podrían ser consideradas como violencia obstétrica (Al Adib, et. al, 2017)⁵ según informe de la Organización Mundial

⁵ Venezuela es primer país en emplear el término "violencia obstétrica" en el año 2007, siendo definida como la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por prestadores de salud. Se expresa en un trato jerárquico y deshumanizador, abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos e impactando negativamente en

de la Salud (OMS, 2014)⁶, sin embargo, cuando Frannerys lo relata tiende a suavizar el acontecimiento y enfatizar aspectos positivos.

No me quejo, de verdad, estoy agradecida con todos los doctores, me trataron bien, nunca sentí reproche por ser extranjera. Me rompieron la bolsa y me cortaron porque era necesario, la verdad no tengo quejas, luego me pusieron anestesia para que no me doliera más y me tomaron sólo diez puntos ahí abajo, todo fue muy rápido. El dolor es lo de menos, pienso que Chile tiene un buen sistema de salud, en comparación con lo que están pasando mis hermanas en mi país, y aunque en ocasiones sentía quizá sufrimiento, estoy agradecida. (Frannerys, entrevista personal, julio de 2017)

Frannerys destaca, en forma de privilegios, aquellos derechos mínimos adquiridos: identidad, salud y cuidado durante la gestación, los cuales cobran relevancia al compararlos con la situación de su familia en Venezuela. Así, el acceso a la salud y su condición de residente eran pruebas de un emigrar exitoso que no admitían cuestionamiento pese a que hubiese podido estar sufriendo.

Regulación, transferencia y reglas de los sentimientos en la migración

En la historia revisada se produce un ajuste constante de emociones, frente a los desajustes de una relación asimétrica que Frannerys vive en tanto que mujer, migrante, embarazada y usuaria de un servicio público. Aguantar es sinónimo de aceptar cierta violencia familiar, institucional y obstétrica para afrontar los nuevos escenarios.

Al inicio del embarazo Frannerys cambia la rabia y obstinación, al no ser atendida y ser cuestionada, por la paciencia que en el consultorio le recomiendan. Mientras la explicación médica del desorden hormonal le permite atenuar su enojo ante el dolor físico y moral que siente cuando le sacan sangre con una sola aguja y en un mismo brazo varias veces. En dicha situación incluso recurre a la risa de modo resolutivo. Finalmente, en el momento del parto, ante prácticas como el tacto reiterado, la presión abdominal y la episiotomía cambia el sufrimiento por el agradecimiento.

Esta regulación sólo es posible debido a una transferencia emocional. Ante el rechazo por parte de los parientes de su pareja, quienes cuestionan su forma de ser, ella comienza a trasladar las emociones que se vierten sobre la familia al personal de salud,

la calidad de vida de las mujeres (Al Adib, et. al, 2017).

⁶ La Organización Mundial de la Salud (2014) cataloga como violencia obstétrica los procedimientos médicos sin consentimientos informados o coercitivos, violaciones de privacidad, el rechazo de la admisión en centros de salud y la retención de mujeres y recién nacidos por imposibilidad de pago.

tales como la confianza o el afecto. Y, a la inversa, a la familia de su pareja, les transfiere sentimientos que corresponden, generalmente, a la crítica de los servicios como la desatención, malos tratos, incomprensión, entre otros. Esta situación hará que Franneyrs comience a relatar hechos que podrían ser objeto de queja con cierta liviandad y consentimiento.

Risa, paciencia y gratitud ante el sufrimiento

A primera vista, el sufrimiento es una experiencia individual diferente al dolor. Mientras el dolor es considerado una sensación fisiológica, el sufrir es percibido como una respuesta psicológica al dolor (Wilkinson, 2005). Sin embargo, para Sara Ahmed (2004/2015) el dolor no está separado del sufrimiento social, en tanto éste requiere significados y remite, por tanto, a estados emocionales, culturales y políticos. En el caso presentado, si bien predomina el dolor corporal, éste se configura en torno a una experiencia social: una mujer migrante embarazada que enfrenta diversas demandas emocionales.

En ese sentido, Ahmed (2004) sostiene que las emociones cumplen funciones en la esfera pública, participando en la construcción de identidades colectivas decisivas en el plano político. Se trata de formas político-afectivas en las que se construyen fronteras entre “otros” y “nosotros”. Por su parte, Orna Donath (2016) explica que la maternidad está rodeada de exigencias en torno al aspecto, conducta y sentimientos de las madres, por ello, existen emociones ilícitas en torno a ellas, tales como el arrepentimiento, la queja, la rabia y el sufrimiento. Más bien están llamadas a experimentar sentimientos como “el amor, el altruismo, la compasión y el cuidado al prójimo” (p. 60).

Esto no significa que todas las madres sean así, de hecho, existen claras diferencias según origen étnico, clase y/o discapacidades. Sin embargo, numerosas sociedades occidentales enfatizan esta exigencia hasta otorgarle un estatus icónico. Ahora bien, si cruzamos esta demanda con las expectativas de reconocimiento de la población migrante en la sociedad receptora y analizamos las estrategias prácticas que las mujeres desarrollan para enfrentarla (Thayer, 2013) llegamos a emociones como la risa, la paciencia y la gratitud.

Según Hochschild (2008) la gratitud o amabilidad, presentes en comportamientos como la sonrisa o la espera, resultan vitales en los vínculos sociales. Son formas de apreciación, por ejemplo, cuando nos sentimos en deuda por cosas que parecen adicionales. Asimismo, existen marcos de referencia que movilizan la emergencia de tales emociones. Se trata de marcos morales derivados de ideas como el honor o la vergüenza cuya ancla es la realidad presente a partir de referencias a un pasado o futuro ideal.

Frannerys, en su condición de mujer, inmigrante venezolana, embarazada en Chile, opta por la risa, gratitud y paciencia como práctica discursiva que impacta en su relación con el servicio de salud chileno y en la imagen que construye de sí misma en tanto que madre migrante, en medio de una situación intercultural asimétrica (Abad, 1993).

La gratitud que muestra Frannerys en sus relatos tiene un fundamento práctico, el cual, sin embargo, alberga una emoción distinta en sus comentarios: la queja, aunque negada. Ella siempre está señalando “no me quejo, de verdad” (Frannerys, entrevista personal, julio de 2017) o, si llega a hacer un comentario crítico, deja de manifiesto que no es en tono de reclamo. Ahora bien, ¿por qué Frannerys se esmera en advertir que su crítica no tiene la connotación de queja con respecto a un servicio que, en sus propios comentarios, pudiera ser criticado en algunos procedimientos?

Respecto a la queja, Ahmed afirma que sirve para rechazar algo y criticarle, no obstante, tiene una connotación negativa (Puig, 2019). Cuando aparece, conlleva que no escuchen los motivos sino, por el contrario, se observe a la persona como el origen de problema. La queja, dicho de otra forma, contiene el estigma del carácter (Goffman, 1963/2006), sobre todo si se hace a modo individual, por lo que una persona “quejona” no será escuchada, sino que identificada como obstáculo. Ahora bien, si se lleva esta idea a la migración, es posible que la persona pueda sufrir una doble discriminación: en tanto que migrante y persona que se queja.

En resumen, las instancias resolutivas de la trayectoria gestante de Frannerys requirieron la regulación de emociones negativas y la transferencia emocional de sentimientos hacia la institución de salud, que permitieron atenuar la sensación de dolor, sufrimiento o queja, sustituyéndolas por la risa, paciencia y agradecimiento para encajar en un proceso de integración migrante con rasgos discriminatorios.

Consideraciones finales

El recorrido realizado conduce a dos consideraciones finales, las cuales buscan integrar los planos micro y macro de la experiencia social, emocional y corporal en un caso de estudio.

En el plano individual, en su presentación cotidiana (Goffman, 1956) Frannerys logró resolver la mayor parte de las situaciones mediante la regulación y la transferencia emocional, suprimiendo aquellas sensaciones poco valoradas como la rabia, la queja o el sufrimiento y alentando otras con mejor connotación como la risa, la gratitud y la paciencia.

La gratitud, que efectivamente Frannerys sentía hacia el personal de salud, fue posible gracias a la transferencia emocional que hizo de sensaciones atribuidas al mundo familiar. Esto, a su vez, atenuó la crítica hacia la violencia institucional. Por tanto, no sólo era una buena usuaria, sino que, además, portaba emociones bien valoradas dentro de la economía emocional (Illouz, 2006/2007; Hochschild, 2008) de los servicios públicos de atención que le impedían quejarse.

Y es que la queja, ante el sufrimiento, podía acarrear para ella, como migrante, una consecuencia no deseada en los beneficios ganados: “si uno se pone mal es peor” (Frannerys, contacto de seguimiento, junio de 2017), pero, además, en situaciones donde la violencia está naturalizada, el sufrimiento se vuelve irrepresentable, es decir, se pierde la capacidad de documentarlo en el lenguaje.

De acuerdo con Judith Butler (1997/2004), el lenguaje preserva el cuerpo, pero no de una manera literal, trayéndolo a la vida, sino que le otorga una existencia social, en la cual éste puede sentir y, por qué no, quejarse. Sin embargo, tales sentimientos están regulados. Esta experiencia hace del mundo emocional un entramado de signos a los que se debe atender para comprender el devenir de la sociedad, pues el mundo sensible y su representación estaría siendo repartido de modo estratificado.

¿Son las emociones de Frannerys sólo una forma particular de hacer frente a una instancia resolutoria? Luc Boltanski (1990/2000) nos diría que en toda situación probatoria los actores responden desde la mezcla entre los saberes globales y abstractos con los saberes locales e inscriptos. Así, las emociones probables en un momento determinado podrían estar asociadas a un mercado emocional (Hochschild, 1989/2012) más o menos dispuesto.

Entonces aparece la segunda consideración, ahora conectada con procesos político-económicos más amplios, pues pese a que existe cierta apertura en la política migratoria de Chile en los últimos años (Stefoni et al., 2018), éste giro estaría fortaleciendo instrumentos para la selectividad migratoria que van produciendo una inserción diferenciada de quienes migran.

Se trata de procesos de fronterización que no sólo se expresan en el aumento de controles de aduana sino también en la organización del acceso a la identidad, trabajo y salud. En el caso de la población venezolana, se generan demoras y dificultades en la regularización, con una serie de requisitos solicitados que resultan muy difíciles de obtener. Es por ello que la paciencia ante la espera, la risa ante el dolor y el agradecimiento ante un derecho se transforman en estrategias de adaptación de un grupo social que enfrenta cierto tipo de hospitalidad.

Generalmente, toda hospitalidad es condicionada y casi nunca está exenta de deuda (Derrida y Dufourmantelle, 2000/2006). Pero, si a ello sumamos clase social, color de la piel, país de origen u orientación política del huésped, estas características podrían ser argumentos adicionales para que la hospitalidad se convierta en una frontera fuertemente demarcada (Stefoni et al., 2018).

El análisis de las emociones ayudó a explicar no sólo cómo las personas somos afectadas por las relaciones interculturales, sino también cómo todo juicio se sostiene a partir de percepciones compartidas (Ahmed, 2004/2015). Tras ello, las estrategias de regulación o transferencia emocional serían reflejo de formas no sólo de sobrellevar el sufrimiento sino también producto de un modo de inserción diferenciado de migrantes.

Así, se vuelve imperioso continuar analizando cómo y por qué surgen algunas emociones, sus estrategias, contradicciones o paradojas para densificar procesos aparentemente individuales cuyo eje parece estar moviéndose, cada vez más, sobre el centro de las decisiones políticas de cada nación y donde el fenómeno migratorio resulta ser uno de los principales focos.

Referencias

- Abad, Luis (1993). Nuevas formas de inmigración: un análisis de las relaciones interétnicas. *Política y Sociedad (Madrid)*, 12, 45-59.
<https://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/view/POSO9393120045A>
- Adelantado, José (2000). *Cambios en el estado del bienestar: políticas sociales y desigualdades de España*. Icaria
- Ahmed, Sara. (2004). Collective Feelings or the impressions left by others. *Theory, culture & society*, 21(2), 25-42. <https://doi.org/10.1177/0263276404042133>
- Ahmed, Sara. (2004/2015). *La política cultural de las emociones*. Centro de Investigaciones y Estudios de Género, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Al Adib, Miriam; Ibáñez, María; Casado, Mariano & Santos, Pedro. (2017). La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer. *Medicina Legal de Costa Rica*, 34(1), 104-111.
- Araujo, Kathya & Martuccelli, Danilo. (2012). *Desafíos comunes: retratos de la sociedad chilena y sus individuos*. LOM ediciones.
- Aruj, Roberto. (2008). Causas, consecuencias, efectos e impacto de las migraciones en Latinoamérica. *Papeles de población*, 14(55), 95-116.
- Auyero, Javier. (2013). *Los pacientes del Estado*. Eudeba.
- Avaria, Andrea. (2018). El parto (no) es cuestión de mujeres. Representaciones de las mujeres nacionales, migrantes y extranjeras, en el contexto del parto, desde

- los profesionales de salud, en Santiago de Chile. *Revista Academia y Crítica*, 2(1). <http://bibliotecadigital.academia.cl/handle/123456789/5498>
- Balbi, Fernando & Boivin, Mauricio. (2008). La perspectiva etnográfica en los estudios sobre política. Estado y gobierno. *Cuadernos de Antropología Social*, 27, 7–17. <http://revistascientificas.filo.uba.ar/index.php/CAS/article/view/4314/3830>
- Bedregal, Paula; Hernández, Viviana; Prado, Paulina; Castañón, Carla; Mingo, Verónica & De la Cruz, Rolando. (2010). Hacia la evaluación de “Chile Crece Contigo”: Resultados psicosociales del estudio piloto. *Revista Médica de Chile*, 134(6), 191-793. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000600022>
- Bogdan, Robert & Biklen, Sari. (1982/2003). *Qualitative research for education: an introduction to theories and methods*. Allyn & Bacon.
- Boltanski, Luc. (1990/2000). *El amor y la justicia como competencias: tres ensayos de sociología de la acción*. Amorrortu.
- Boltanski, Luc & Chiapello, Eve. (1999/2002). *El nuevo espíritu del capitalismo*. Akal.
- Butler, Judith. (1997/2004). *Lenguaje, poder e identidad*. Editorial Síntesis.
- Cárdenas, Rodrigo. (2018, octubre 1). Inmigrantes suben un 67% y venezolanos se convierten en la comunidad más numerosa. *La Tercera, Pulso, Economía & Dinero*. <https://www.latercera.com/pulso/noticia/inmigrantes-suben-67-dos-anos-venezolanos-se-convierten-la-comunidad-mas-numerosa/336741/>
- Conrad, Peter. (2007). *The medicalization of society*. The Johns Hopkins University Press.
- Cornejo, Marcela; Mendoza, Francisca & Rojas, Rodrigo. (2008). La investigación con relatos de vida: pistas y opciones del diseño metodológico. *Psykhé*, 17(1), 29-39. <https://doi.org/10.4067/S0718-222820080001000189>
- Contreras, Natalia & Fernández, Camila. (2015). *El parto medicalizado en Chile. Saberes, capitalismo y patriarcado*. Pensamiento y Batalla.
- Derrida, Jacques. & Dufourmantelle, Anne. (2000/2006). *La hospitalidad*. Ediciones de la flor.
- Devillard, Marie. (2015). La inmigración como una prueba social y los márgenes legales del desencuentro. Políticas públicas, prácticas sociales y construcción de la persona. *Política y Sociedad*, 52(3), 897-920. http://dx.doi.org/10.5209/rev_POSO.2015.v52.n3.46991.
- Donath, Orna. (2016). *Madres arrepentidas. Una mirada radical a la maternidad y sus falacias sociales*. Penguin Random House Grupo Editorial.
- Doña, Cristián & Mullan, Brendan. (2014). Migration Policy and Development in Chile. *International Migration*, 52(5), 1-14. <https://doi.org/10.1111/imig.12157>
- Edwards, Rosalind & Holland, Janet. (2013). *What is qualitative interviewing?* Bloomsbury.
- Espinoza, Vicente & Barozet, Enmanuelle. (2009). ¿De qué hablamos cuando decimos “clase media”? *Perspectivas sobre el caso chileno*. Expansiva-UDP, Serie En Foco, 142. https://www.academia.edu/3517053/De_qu%C3%A9_hablamos_cuando_decimos_clase_media_Perspectivas_sobre_el_caso_chileno

- Freier, Luisa & Parent, Nicolas. (2018, julio 18). *A South American Migration Crisis: Venezuelan outflows test neighbors' hospitality*. Migration Policy Institute. <https://www.migrationpolicy.org/article/south-american-migration-crisis-venezuelan-outflows-test-neighbors-hospitality>
- García, Lorena. (2013). Las emociones: Una parte periférica de los estudios migratorios. *Analéctica*, 1, 1- 6. <http://www.analectica.org/articulos/garcia-emociones/>
- Goffman, Erving. (1956). *The presentation of Self in Everyday Life*. Doubleday.
- Goffman, Erving. (1963/2006). *Estigma: la identidad deteriorada*. Amorrortu
- Goffman, Erving. (1967). *Interaction ritual*. Doubleday.
- Goffman, Erving. (1969). *Strategic Interaction*. University of Pennsylvania Press
- Goffman, Erving. (1974). *Frame analysis: an essay on the organization of experience*. Harper and Row.
- González, María José. (2014). Subsistema de protección integral a la infancia, "Chile Crece Contigo" *Revista Búsquedas Políticas*, 3,(1), 09-25. <https://repositorio.uahurtado.cl/handle/11242/5126>
- Gubern, Rosana. (2011). *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Siglo XXI
- Hirai, Shinji. (2009). *Economía política de la nostalgia: un estudio sobre la transformación del paisaje urbano en la migración transnacional entre México y Estados Unidos*. Juan Pablos Editorial.
- Hochschild, Arlie Russell. (1979). Emotion Work, Feeling Rules, and Social Structure. *American Journal of Sociology*, 85(3), 551-575. <https://doi.org/10.1086/227049>
- Hochschild, Arlie Russell. (1983). *The Managed Heart. The Commercialization of Human Feeling*. University of California Press.
- Hochschild, Arlie Russell. (2008). *La mercantilización de la vida íntima. Apuntes de la casa y el trabajo*. Katz Editores
- Hochschild, Arlie Russell. (1989/2012). *The second shift. Working families and the Revolution at home*. Penguin Books
- Illanes, María. (1993). *En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia. Historia social de la salud pública en Chile 1880-1973*. Editorial Colectivo de Atención Primaria.
- Illouz, Eva. (2006/2007). *Intimidaciones congeladas. Las emociones en el capitalismo*. Katz Editores.
- Koehlin, José & Eguren, Joaquín. (2018). *El éxodo venezolano: entre el exilio y la emigración*. Universidad Antonio Ruiz de Montoya.
- Lander, Edgardo & Arconada, Santiago. (2017). Venezuela: un barril de pólvora. *Revista Nueva Sociedad*, 269, 17-26. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6054547>
- Leclerc-Olive, Michèle. (2009). Temporalidades de la experiencia: las biografías y sus acontecimientos. *Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, 4(8), 1-39. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2110/211014822001>
- Martínez, Jorge. (2000). *La migración internacional y el desarrollo en la era de la globalización e integración: temas para una agenda regional*. Serie Población y Desarrollo N° 10. CEPAL, Publicación de las Naciones Unidas.

- Ministerio de Planificación (2009). Crea el sistema intersectorial de protección social e institucionaliza el subsistema de protección integral a la Infancia Chile Crece Contigo. *Biblioteca del Congreso Nacional*. <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1006044>.
- Montes, Verónica. (2019). Deportabilidad y manifestaciones del sufrimiento de los inmigrantes y sus familias. *Apuntes*, 46(84), 5-35. <http://dx.doi.org/10.21678/apuntes.84.1014>.
- Navarro-Lashayas, Miguel. (2014). Sufrimiento psicológico y malestar emocional en las personas migrantes sin hogar. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 34(124), 711-723. <http://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352014000400005>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/es/
- Piras, Gioia. (2016). Emociones y migración: Las vivencias emocionales de las hijas y los hijos que se quedan en origen. *Psicoperspectivas*, 15 (3), 67-77. <http://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol15-Issue3-fulltext-783>.
- Poo, Ximena. (2009). Imaginarios sobre inmigración peruana en la prensa escrita chilena: una mirada a la instalación de la agenda de la diferencia. *Revista Faro*, 5(9), 2-9. <http://web.upla.cl/revistafaro/n09/monografico.htm>
- Puig, Oriol. (2019, 27 de enero). Sara Ahmed: «La queja sirve para rechazar algo, para intentar transformar una situación y desafiar el poder. *CatalunyaPlural*. <https://catalunyaplural.cat/es/sara-ahmed-la-queja-sirve-para-rechazar-algo-para-intentar-transformar-una-situacion-y-desafiar-el-poder/>
- Ruíz, José & Ispizúa, María. (1989). *La descodificación de la vida cotidiana*. Universidad de Deusto.
- Serrano, Sol. (1994). *Universidad y Nación. Chile en el siglo XIX*. Editorial Universitaria.
- Salgado, Flavio; Contreras, Carlos & Albornoz, Lorena. (2018). La migración venezolana en Santiago de Chile: entre la inseguridad laboral y la discriminación. *Revista Internacional de Estudios Migratorios*, 8(1), 81-117. <http://ojs.ual.es/ojs/index.php/RIEM/article/view/2164>
- Stake, Robert. (1998). *Investigación con estudio de casos*. Morata.
- Stefoni, Carolina.; Lube, Menara. & González, Herminia. (2018). La construcción política de la frontera. Entre los discursosnacionalistas y la “producción” de trabajadores precarios. *Polis, Revista Latinoamericana*, 17(51), 137-162. <http://dx.doi.org/10.32735/s0718-6568/2018-n51-1353>
- Thayer, Luís. (2013). Expectativas de reconocimiento y estrategias de incorporación: la construcción de trayectorias degradadas en migrantes latinoamericanos residentes en la Región Metropolitana de Santiago. *Polis, Revista Latinoamericana*, 12(35), 259-285. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-65682013000200012>
- Tijoux, María. (2016). *Racismo en Chile: a piel como marca de la inmigración*. Universitaria

Wilkinson, Iain. (2005). *Suffering: A Sociological Introduction*. Polity Press.

Yin, Robert. (2014). *Case study research: Design and methods*. Sage.

Zárate, María. (2007a). Parto, crianza y pobreza en Chile. En Rafael Sagredo & Cristian Gazmuri (Dir.), *Historia de la vida privada en Chile* (Tomo III, pp. 13-47). Taurus Ediciones.

Zárate, María. (2007b). *Dar a luz en Chile, siglo XIX*. Dibam.



Este texto está protegido por una licencia [Creative Commons 4.0](#).

Usted es libre para Compartir —copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato— y Adaptar el documento —remezclar, transformar y crear a partir del material— para cualquier propósito, incluso comercialmente, siempre que cumpla la condición de:

Atribución: Usted debe reconocer el crédito de una obra de manera adecuada, proporcionar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que tiene el apoyo del licenciante o lo recibe por el uso que hace.

[Resumen de licencia](#) - [Texto completo de la licencia](#)