

Salud mental en mujeres migrantes: Desafíos y estrategias para reducir las inequidades

Nicolás Fernández-Barra^{1,a,3,d,*}. <https://orcid.org/0009-0007-5496-1447>
 Rafael Velasco^{1,a}. <https://orcid.org/0009-0004-1661-2762>
 Bernardo Cepeda^{2,a}. <https://orcid.org/0009-0003-0786-7133>
 María Belén Saffie^{3,b}. <https://orcid.org/0009-0006-1554-7908>
 Sylvia Díaz^{1,c}. <https://orcid.org/0009-0004-3793-5878>
 Margarita Bernal^{4,c}. <https://orcid.org/0000-0002-4993-8927>

¹División de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

²Hospital Dr. Sótero del Río. Santiago, Chile.

³Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

⁴Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

^aMédico Gineco Obstetra.

^bMédico Cirujano.

^cPsicóloga.

^dMagíster en Salud Pública.

Mental Health in Migrant Women: Challenges and Strategies to Reduce Inequities

RESUMEN

La migración internacional tiene un impacto profundo en la salud mental perinatal de las mujeres, especialmente durante el embarazo y el posparto. Factores como el estrés asociado al proceso de aculturación, las barreras económicas e idiomáticas y la discriminación aumentan la vulnerabilidad a trastornos como la ansiedad y la depresión. Aunque las mujeres migrantes suelen presentar mejor salud física al llegar a un nuevo país, este “efecto del inmigrante saludable” no se refleja en su salud mental. **Objetivo:** Analizar las barreras estructurales y económicas que intensifican las inequidades en salud mental entre mujeres migrantes y nativas durante el periodo perinatal. Asimismo, pretende identificar factores de riesgo y protección, además de evaluar intervenciones diseñadas para abordar las necesidades específicas de las mujeres migrantes. **Métodos:** Se realizó una revisión narrativa de 45 estudios publicados entre 2011 y 2025. El análisis se centró en comprender cómo las barreras de acceso a los servicios de salud afectan las disparidades en salud mental. Se exploraron desafíos estructurales y económicos, así como factores de riesgo, factores protectores y las intervenciones disponibles para esta población. **Resultados:** Las migrantes recientes enfrentan un mayor riesgo de trastornos de salud mental perinatales debido al aislamiento social y la falta de integración cultural. Por otro lado, aquellas con mayor tiempo de residencia muestran cierta mejora, aunque persisten desigualdades significativas. Las redes sociales y familiares emergen como factores protectores clave, pero su efectividad depende de la existencia de políticas públicas inclusi-

*Correspondencia: Nicolás Fernández Barra / nefernandez1@uc.cl
 Marcoleta 367, Santiago, Chile.

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Financiamiento: El trabajo no recibió financiamiento.

Recibido: 11 de diciembre de 2024.
 Aceptado: 04 de mayo de 2025.

vas y culturalmente competentes. Los programas específicamente diseñados para mujeres migrantes han demostrado ser eficaces en la reducción de los síntomas de trastornos perinatales. **Conclusiones:** Un enfoque integral que combine redes comunitarias fortalecidas, políticas públicas inclusivas y acceso equitativo a la atención sanitaria resulta esencial para reducir las inequidades en salud mental perinatal entre las mujeres migrantes. La implementación de estas estrategias tiene el potencial de mejorar significativamente la salud mental y el bienestar de esta población vulnerable.

Palabras clave: Embarazo; Emigración e Inmigración; Salud Mental.

ABSTRACT

International migration has a profound impact on the perinatal mental health of women, particularly during pregnancy and the postpartum period. Factors such as acculturative stress, economic and language barriers, and experiences of discrimination increase vulnerability to conditions such as anxiety and depression. Although migrant women often arrive in a new country with better physical health—a phenomenon known as the “healthy immigrant effect”—this advantage does not extend to mental health. **Aim:** To analyze the structural and economic barriers that exacerbate mental health inequities between migrant and native women during the perinatal period. The study also aims to identify risk and protective factors and to assess interventions designed to address the specific needs of migrant women. **Methods:** A narrative review of 45 studies published between 2011 and 2025 was conducted. The analysis focused on how barriers to healthcare access contribute to mental health disparities. Structural and economic challenges, as well as risk and protective factors and available interventions, were explored. **Results:** Recent migrants face a higher risk of perinatal mental health disorders due to social isolation and lack of cultural integration. Women with longer residence tend to show some improvement, although significant inequities persist. Social and familial networks emerge as key protective factors, but their effectiveness depends on the presence of inclusive and culturally competent public policies. Programs specifically tailored for migrant women have proven effective in reducing perinatal disorder symptoms. **Conclusions:** A comprehensive approach—combining strengthened community networks, inclusive public policies, and equitable access to healthcare—is essential to reducing perinatal mental health inequities among migrant women. Implementing these strategies has the potential to significantly improve the mental health and well-being of this vulnerable population.

Keywords: Emigration and Immigration; Mental Health; Pregnancy.

La migración internacional es un fenómeno dinámico que afecta a millones de personas en todo el mundo. Según el último informe de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), más de 280 millones de personas vivían fuera de su país de origen en 2020, lo que representa el 3.6% de la población mundial¹. Este desplazamiento global ha sido impulsado por una combinación de factores políticos, económicos, sociales y ambientales, como conflictos armados, crisis económicas y desastres climáticos. Muchas de estas personas son mujeres en edad reproductiva, quienes enfrentan riesgos adicionales al migrar durante el embarazo o en el periodo posparto^{2,3}.

El embarazo es un período crítico en la vida de una mujer, caracterizado por cambios físicos, hormonales y psicológicos significativos. Sin embargo, para las mujeres migrantes, esta etapa a menudo se ve exacerbada por desafíos adicionales relacionados con su condición de desplazamiento. Factores como el estrés aculturativo, la pérdida de redes sociales, la discriminación y las barreras en el acceso a servicios de salud aumentan su vulnerabilidad a trastornos ansiosos y del ánimo^{4,5}. Estas condiciones no solo afectan a la madre, sino que también tienen consecuencias negativas en el desarrollo fetal y en el periodo neonatal, impactando la salud física y emocional del recién nacido.

Por otro lado, las mujeres migrantes a menudo enfrentan la paradoja del “efecto del inmigrante saludable”. Este concepto sugiere que, al llegar al país receptor, los inmigrantes presentan mejores indicadores de salud física en comparación con la población nativa, atribuible a factores como la selección positiva (es decir, solo los individuos más saludables suelen migrar)^{3,6}. Sin embargo, en el caso de la salud mental, este efecto no parece replicarse. De hecho, estudios recientes muestran que las mujeres migrantes tienen mayores tasas de trastornos mentales perinatales en comparación con las mujeres nativas, especialmente durante los primeros años de residencia^{7,8}.

La literatura existente también subraya la importancia de los factores protectores, como las redes sociales y familiares, en la mitigación

de estos riesgos. Estas redes pueden proporcionar apoyo emocional y práctico que amortigüe los efectos del estrés perinatal, aunque su efectividad está condicionada por la existencia de políticas públicas inclusivas y culturalmente competentes^{9,10}. Sin estas políticas, incluso los factores protectores más sólidos pueden ser insuficientes para contrarrestar los desafíos estructurales que enfrentan las mujeres migrantes.

Este artículo se centra en analizar la relación entre migración, salud mental y embarazo. Se buscan identificar factores de riesgo y protectores, así como también explorar las disparidades entre mujeres migrantes y nativas, y ofrecer recomendaciones para la práctica clínica y la política pública.

Metodología

Este análisis se basó en una revisión narrativa de literatura científica a través de las bases de datos PubMed/MEDLINE, APA PsycINFO, Embase y Annual Review of Psychology, considerando estudios publicados entre 2011 y 2025. Se utilizaron términos MeSH y palabras clave combinadas con operadores booleanos: “Pregnancy” AND “Mental Health” AND (“Emigration” OR “Immigration” OR “Migration”). En total, se identificaron 86 artículos potencialmente relevantes. Tras la revisión de títulos y resúmenes se seleccionaron 45 artículos publicados entre 2011 y 2025, realizadas en diversos contextos para capturar las variaciones en experiencias y determinantes. Los criterios de inclusión fueron: 1. Estudios que abordaran la salud mental perinatal (embarazo y posparto) en mujeres migrantes. 2. Estudios que evaluaran trastornos mentales como depresión, ansiedad o estrés postraumático. 3. Publicaciones con enfoque en determinantes sociales, estructurales o económicos. 4. Estudios publicados en inglés o español. Los estudios se categorizaron según factores de riesgo, factores protectores y disparidades en resultados en población migrante versus nativa. Los artículos seleccionados fueron categorizados en tres dimensiones: factores de riesgo, factores protectores, y estrategias e intervenciones en salud mental perinatal.

Resultados

El análisis de los artículos permite identificar patrones consistentes sobre el impacto de la migración en la salud mental perinatal. Las mujeres migrantes enfrentan barreras significativas que agravan su vulnerabilidad psicológica durante el embarazo y el posparto, pero también existen factores que ofrecen resiliencia y protección en ciertos contextos. Por ende, este grupo enfrenta desafíos únicos relacionados con su condición de desplazamiento, que incrementan significativamente los riesgos de trastornos mentales como ansiedad, depresión y estrés postraumático durante el embarazo y el posparto^{11,12,13}.

Dentro de los factores de riesgo que se describen en la literatura, destacan los siguientes:

1. Factores psicosociales: Estrés aculturativo y trauma migratorio

Las mujeres migrantes enfrentan múltiples factores de riesgo que afectan su salud mental perinatal. Uno de los más estudiados es el estrés aculturativo, que describe las tensiones relacionadas con la adaptación a una nueva cultura. Estas tensiones incluyen la pérdida de redes sociales, la exposición a un idioma desconocido y el sentimiento de aislamiento^{3,8,14}. Está bien documentado en la literatura el efecto de este factor de riesgo en la población migrante; se asocia de manera significativa a múltiples patologías psíquicas, sobre todo en la población gestante. Según estudios realizados en Canadá, las migrantes recientes tienen hasta un 40% más de probabilidades de experimentar síntomas de ansiedad y depresión en comparación con las mujeres nativas debido a estos factores^{7,15,45}. Además, el proceso migratorio en sí mismo, a menudo caracterizado por experiencias traumáticas como persecuciones, guerras o violencia, exacerba la vulnerabilidad psicológica de estas mujeres^{16,17}.

2. Barreras estructurales: Acceso limitado a servicios de salud

Las barreras económicas y lingüísticas desempeñan un papel crucial. La dificultad para acceder a servicios de salud mental se agrava cuando las

mujeres migrantes carecen de recursos financieros o no dominan el idioma del país receptor^{18,19,20,21}. En países como Estados Unidos y España, el 35% de las mujeres migrantes reportaron no buscar atención médica durante el embarazo debido a costos elevados y falta de información accesible en su idioma^{9,12,16,22,23}. Estas barreras no solo afectan el bienestar emocional de las mujeres, sino que también limitan la posibilidad de intervenciones oportunas que podrían prevenir complicaciones más graves.

3. Discriminación y exclusión en los sistemas de salud

La discriminación emerge como un factor importante en los trastornos de salud mental perinatal. Estudios en Europa destacan que las mujeres que perciben discriminación en el sistema de salud tienen mayor probabilidad de desarrollar depresión posparto. Esta discriminación puede ser explícita, como actitudes negativas del personal de salud, o implícita, como sistemas que no consideran las necesidades específicas de los migrantes^{24,25,26,27}. Dentro de estas mismas, se puede observar como uno de los factores más relevantes es la exclusión de las necesidades culturales propias de las mujeres migrantes. Esta exclusión estructural no solo afecta la salud mental de las mujeres, sino que perpetúa las desigualdades en el acceso y los resultados de la atención médica.

Dentro de este mismo punto, cabe mencionar como el fenómeno conocido como “efecto del inmigrante saludable” postula que los migrantes suelen tener mejores indicadores de salud física al momento de llegar al país receptor. Este efecto se atribuye a un proceso de selección positiva, en el que las personas más sanas tienen mayor probabilidad de migrar. Esto se cumple en las enfermedades orgánicas de manera reiterativa en la literatura.

Aún así, en términos de salud mental este efecto no se aplica con la misma consistencia. Investigaciones han mostrado que, aunque los migrantes iniciales pueden presentar una salud mental comparable o incluso mejor que la población nativa, esta ventaja desaparece con el tiempo

debido a factores como el estrés aculturativo, la discriminación y la falta de integración social^{16,24}. El “efecto del inmigrante saludable” también tiende a ser más débil en contextos perinatales, donde las exigencias emocionales y físicas del embarazo exacerban las desigualdades preexistentes²⁸. Por ejemplo, las mujeres refugiadas tienen un riesgo significativamente mayor de depresión posparto en comparación con las mujeres nativas, incluso cuando otras variables como el acceso a servicios de salud son similares^{17,28,29}.

4. Diferencias entre población migrante y población nativa:

Los estudios han evidenciado disparidades claras en los resultados de salud mental entre mujeres migrantes y nativas. Las migrantes recientes enfrentan mayores dificultades, ya que su falta de integración cultural y social aumenta su vulnerabilidad a trastornos mentales^{30,31}. Esto muestra de manera clara que a igualdad de condiciones, las pacientes migrantes y las pacientes nativas tengan diferencias marcadas respecto a los outcomes en todos los ámbitos de la salud, destacando aquellos respectivos a salud mental. A medida que aumenta el tiempo de residencia, los resultados de salud mental tienden a mejorar dependiente de la integración cultural paulatina, pero persisten desigualdades significativas. Esto sugiere que la integración social y cultural juega un papel fundamental en la mitigación de los riesgos psicológicos^{6,16,32,33,34}.

Aunque los desafíos son significativos y los factores de riesgo suelen ser muy relevantes, existen factores protectores que pueden mitigar los impactos negativos en la salud mental de las mujeres migrantes, dentro de los que destacan:

1. Las redes sociales y familiares:

Si bien algunos de los migrantes suelen llegar a la sociedad receptora solos, muchos de ellos vienen con familias y comunidades completas, por lo que las redes de apoyo muestran ser fundamentales. Estudios en América Latina y Europa muestran que las mujeres que cuentan con apoyo emocional de sus familias tienen menores niveles de ansiedad y depresión durante el embarazo^{12,16,18,19,35,36}.

2. Programas y servicios propios para los migrantes:

Además del apoyo de las propias familias y redes sociales, las políticas públicas inclusivas y los programas adaptados culturalmente pueden desempeñar un papel crucial. En Australia y Noruega, servicios de salud diseñados específicamente para mujeres migrantes han logrado reducir las tasas de depresión posparto en un 20%^{37,38}. Estos programas incluyen atención en el idioma de las pacientes, capacitación en competencias culturales para el personal médico y servicios de apoyo comunitario^{11,13}. Si bien la puesta en práctica de estos servicios es relevante tanto en tiempo como en recursos, su uso ha demostrado la reducción de los trastornos de salud mental en la población migrante. Algunos proyectos de diagnóstico y atención centrada en la salud mental de padres migrantes con hijos pequeños, sobre todo entre los 0 y 5 años, ha demostrado en los Estados Unidos mejorar las tasas de diagnóstico, y por ende atención, de esta población⁴³.

A modo de síntesis, la tabla 1 resume los principales hallazgos por país o región, incluyendo barreras específicas, factores protectores y tipo de evidencia.

Discusión

Los hallazgos de esta revisión destacan la intrincada relación entre los determinantes sociales y estructurales y la salud mental perinatal en mujeres migrantes. Factores de riesgo como el estrés aculturativo, las barreras económicas y las experiencias de discriminación están bien documentados y se identifican como obstáculos críticos que agravan la vulnerabilidad de esta población. Estos resultados son consistentes en múltiples contextos geográficos, aunque su impacto y expresión varían según las características de los sistemas de salud y las políticas migratorias de cada país. Por otro lado, esta revisión también pone de manifiesto el potencial de los factores protectores para mitigar los efectos negativos, siempre y cuando se implementen en un contexto de políticas públicas inclusivas y culturalmente competentes.

Como se sintetiza en la tabla 1, los contextos nacionales muestran variaciones importantes en la forma en que abordan la salud mental perinatal de mujeres migrantes. Estas diferencias no solo reflejan el nivel de desarrollo del sistema sanitario, sino también el compromiso institucional con enfoques inclusivos y culturalmente sensibles. Mientras algunos países han avanzado en la implementación de políticas y programas adaptados, en otros persisten barreras estructurales

que amplifican las desigualdades. En este sentido, las inequidades observadas parecen estar menos determinadas por la condición migratoria en sí misma, y más bien por la capacidad de los sistemas de salud de responder de manera adecuada a la diversidad sociocultural de sus poblaciones.

El fenómeno conocido como “efecto del inmigrante saludable” –que sugiere mejores indicadores de salud física en migrantes recientes– parece aplicarse principalmente a la salud

Tabla 1. Hallazgos internacionales sobre salud mental perinatal en mujeres migrantes.

Región / País	Hallazgos clave	Tipo de evidencia
Canadá	Migrantes recientes tienen 30-40% más riesgo de depresión/ansiedad. Importancia del estrés aculturativo.	Estudios observacionales y comparativos
Estados Unidos	Barreras económicas y lingüísticas; hasta 35% de mujeres no acceden a atención prenatal. Eficacia de servicios comunitarios.	Revisión sistemática y estudios de cohorte
España	Dificultad de acceso por idioma y discriminación institucional. Programas de salud sin enfoque intercultural.	Estudios cualitativos y encuestas
Australia	Programas culturalmente adaptados reducen en 20% depresión posparto (idioma, intérpretes, apoyo social).	Evaluación de programas de salud
Noruega	Intervenciones comunitarias con enfoque cultural disminuyen síntomas de ansiedad y depresión.	Estudios longitudinales y RCTs
Finlandia	Mujeres refugiadas tienen mayor riesgo de depresión posparto, incluso con acceso a servicios.	Registro poblacional y análisis multivariado
América Latina	Redes sociales familiares son factor protector relevante en países receptores.	Estudios cualitativos y transversales
Chile	Migrantes sudamericanas presentan altos niveles de estrés por aculturación y menor acceso a salud mental.	Estudio cualitativo en mujeres migrantes en Chile

de patologías orgánicas, y no parece aplicarse a la salud mental perinatal de esta población. Esto puede atribuirse a una combinación de factores, entre ellos la discriminación estructural, el estrés inherente al proceso migratorio y las barreras idiomáticas que dificultan el acceso a los servicios de salud. En países como Canadá y España, se ha documentado que las mujeres migrantes enfrentan no solo las tensiones asociadas al embarazo, sino también desafíos adicionales al interactuar con sistemas de salud que suelen ser complejos y, en ocasiones, percibidos como hostiles^{5,12,39}. Se ha descrito en la literatura que las pacientes embarazadas, tanto migrantes como nativas, tienen peores resultados obstétricos si estos embarazos se asocian a patologías de la esfera psiquiátrica y de salud mental. Estas dinámicas no solo incrementan el riesgo de trastornos mentales, sino que perpetúan las desigualdades en el acceso a cuidados esenciales^{11,24}.

En este contexto, las redes sociales se perfilan como un recurso crucial para la resiliencia. Estas ofrecen apoyo emocional y práctico que puede aliviar el estrés perinatal. Sin embargo, su impacto está limitado en ausencia de políticas públicas inclusivas. Por ejemplo, los programas comunitarios en Noruega, que ofrecen apoyo psicológico y social adaptado culturalmente, han demostrado reducir significativamente los síntomas de depresión y ansiedad en mujeres migrantes. Este modelo subraya la importancia de combinar recursos formales, como servicios de salud accesibles, con redes informales de apoyo, promoviendo así un enfoque integral e inclusivo^{12,13,17,40,41}.

No obstante, la discriminación en el acceso a los servicios de salud persiste como un desafío crítico. Aunque muchas políticas intenten promover la equidad, la implementación a menudo falla en atender las necesidades específicas de las mujeres migrantes. La falta de formación en competencias culturales entre los profesionales de la salud y los sistemas de atención poco sensibles a las diferencias culturales perpetúan las barreras al acceso. Por ello, es fundamental capacitar a los equipos sanitarios para identificar y abordar de manera efectiva las necesidades de esta po-

blación. Además, se deben diseñar sistemas de salud que no solo eliminen barreras económicas y lingüísticas, sino que también garanticen un entorno de atención respetuoso y culturalmente sensible^{23,27,42,43}.

Desde el punto de vista metodológico, la calidad de la literatura revisada fue heterogénea. Aunque se identificaron algunos ensayos clínicos aleatorizados, la mayoría de los estudios incluidos fueron observacionales, transversales o cualitativos, lo que limita la capacidad de establecer relaciones causales sólidas entre migración y salud mental, así como de evaluar con certeza la efectividad de las intervenciones. Asimismo, se constató una alta variabilidad en las poblaciones estudiadas, los contextos culturales y los instrumentos de medición utilizados, lo que dificulta la comparación directa entre estudios. No obstante, una fortaleza de esta revisión es la inclusión de evidencia proveniente de múltiples disciplinas –biomedicina, psicología, salud pública y ciencias sociales–, lo que permite una comprensión más integral y contextualizada del fenómeno, abarcando tanto sus dimensiones clínicas como estructurales.

Conclusiones

La migración es un fenómeno que afecta profundamente la salud mental perinatal de las mujeres, exponiéndolas a riesgos significativos que requieren un abordaje integral y contextualizado. Los hallazgos de esta revisión permiten comprender con mayor profundidad cómo la condición migratoria influye en la salud mental perinatal, no solo por su impacto individual, sino por las estructuras que median dicho impacto. A diferencia de otras aproximaciones centradas exclusivamente en lo clínico, este trabajo contribuye al integrar dimensiones estructurales, culturales y políticas, visibilizando los mecanismos que perpetúan desigualdades evitables en mujeres migrantes embarazadas o en posparto.

Si bien factores como las redes sociales, el tiempo de residencia o la co-parentalidad pueden ejercer efectos protectores, su capacidad de mitigar el sufrimiento emocional es limitada cuando no están respaldados por sistemas de salud inclusivos. La evidencia sugiere que las respuestas más efi-

caces provienen de políticas públicas sostenidas, programas culturalmente adaptados y profesionales formados en competencias interculturales. Sin embargo, la implementación de estas estrategias sigue siendo desigual, lo que evidencia brechas estructurales persistentes.

Esta revisión refuerza la urgencia de diseñar sistemas de salud que sean inclusivos, culturalmente competentes y accesibles para las mujeres migrantes. Esto implica no solo eliminar barreras económicas y lingüísticas, sino también garantizar que los profesionales de la salud reciban capacitación específica en competencias culturales y en la atención integral de la salud mental perinatal. Los países que han implementado políticas específicas para migrantes han logrado disminuir de manera significativa los trastornos perinatales, demostrando que la inversión en intervenciones focalizadas puede generar beneficios tangibles tanto para las mujeres como para sus familias.

Las implicancias prácticas de esta revisión, apuntan a la necesidad de reforzar políticas públicas inclusivas a nivel estructural, pero sin duda la interacción individual con cada paciente debe ser sensible a sus necesidades culturales, cada profesional de la salud debe adaptar sus intervenciones y estrategias de manera sensible y pertinente, con el fin de aumentar el bienestar físico y emocional de las madres migrantes y sus familias.

Una contribución particular de este estudio es haber reunido evidencia interdisciplinaria de múltiples contextos geográficos, permitiendo una lectura comparativa de las estrategias actualmente disponibles. En este sentido, se identifican vacíos relevantes: la escasez de estudios longitudinales, la limitada evaluación de intervenciones en países de ingreso medio, y la falta de estudios centrados en grupos migrantes con situación legal precaria o en tránsito.

En definitiva, abordar las necesidades de salud mental perinatal de las mujeres migrantes requiere un enfoque multifacético que combine el fortalecimiento de las redes sociales y comunitarias con políticas públicas basadas en evidencia. Este esfuerzo no solo mejorará los resultados individuales de las mujeres migrantes, sino que

también contribuirá a una mayor equidad en salud.

Finalmente, futuras investigaciones deberían profundizar en el análisis de intervenciones efectivas y sostenibles para la mejora de la salud mental perinatal en mujeres migrantes, utilizando metodologías robustas que permitan evaluar resultados a mediano y largo plazo. Explorar con mayor detalle las diferencias según tipo de migración, situación legal, región de origen y nivel de integración social también representa un desafío pendiente para el campo de la salud global.

Referencias

1. Organización Internacional para las Migraciones. *World Migration Report 2020*. 2020.
2. Juarez Padilla J, Singleton CR, Pedersen CA, Lara-Cinisomo S. Associations between Self-Rated Health and Perinatal Depressive and Anxiety Symptoms among Latina Women. *Int J Environ Res Public Health*. 2022; 19(19): 11978. doi:10.3390/ijerph19191197
3. King L, Feeley N, Gold I, Hayton B, Zekowitz P. The healthy migrant effect and predictors of perinatal depression. *Women Birth*. 2019; 32(3): e341-e350. doi: 10.1016/j.wombi.2018.07.017
4. Harris RA, Chen D, Santos HP Jr. Which roads lead to depression in Latinas? A network analysis of prenatal depressive symptoms, discrimination, acculturative stress, and low birth weight. *Res Nurs Health*. 2022; 45(3): 350-363. doi:10.1002/nur.22210
5. Li P, Wang H, Feng J, Chen G, Zhou Z, Gou X, et al. Association Between Perceived Stress and Prenatal Depressive Symptoms: Moderating Effect of Social Support. *J Multidiscip Healthc*. 2021; 4: 3195-3204. doi: 10.2147/JMDH.S341090
6. Shellman L, Beckstrand RL, Callister LC, Luthy KE, Freeborn D. Postpartum depression in immigrant Hispanic women: A comparative community sample. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2013; 26(9): 488-497. doi:10.1002/2327-6924.12088
7. Revollo HW, Qureshi A, Collazos F, Valero S, Casas M. Acculturative stress as a risk factor of depression and anxiety in the Latin American immigrant population. *Int Rev Psychiatry*. 2011; 23(1): 84-92. doi:10.3109/09540261.2010.545988
8. Farina ASJ, Kremer KP, Wimmer SC, Villarreal-Otálera T, Paredes T, Stuart E. Anxiety, depression, and trauma among immigrant Mexican women up to two years postpartum. *J Immigr Minor Health*. 2023; 23(1): 1-13. doi:10.1007/s10903-020-01096-1
9. Kendig S, Keats JP, Hoffman MC, Kay LB, Miller ES, Moore Simas TA, et al. Consensus Bundle on Maternal Mental Health: Perinatal Depression and Anxiety. *Obstet Gynecol*. 2017; 129(3): 422-430. doi:10.1097/AOG.0000000000001902
10. Goguikian Ratchiff B, Sharapova A, Suardi F, Borel F.

- Factors associated with antenatal depression and obstetric complications in immigrant women in Geneva. *Midwifery*. 2015; 31(9): 871-878. doi: 10.1016/j.midw.2015.04.010
11. Bozorgmehr K, Biddle L, Preussler S, Mueller A, Szecsenyi J. Differences in pregnancy outcomes and obstetric care between asylum seeking and resident women: A cross-sectional study in a German federal state, 2010-2016. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018; 18(1): 417. doi:10.1186/s12884-018-2053-1
 12. Arcos E, Vollrath A, Sánchez X, Bailey C. Motherhood in immigrant women in Chile: A qualitative study. *Midwifery*. 2018; 66: 182-186. doi: 10.1016/j.midw.2018.08.008
 13. Snow G, Melvin GA, Boyle JA, Gibson-Helm M, East CE, McBride J, et al. Perinatal psychosocial assessment of women of refugee background. *Women Birth*. 2021; 34(3): e302-3e08. doi:10.1016/j.wombi.2020.05.009
 14. D'Anna-Hernandez KL, García E, Coussons-Read M, Laudenslager ML, Ross RG. Sleep moderates and mediates the relationship between acculturation and depressive symptoms in pregnant Mexican-American women. *Matern Child Health J*. 2016; 20(2): 422-433. doi: 10.1007/s10995-015-1840-9
 15. Le HN, Perry DF, Stuart EA. Randomized controlled trial of a preventive intervention for perinatal depression in high-risk Latinas. *J Consult Clin Psychol*. 2011; 79(2): 135-141. doi: 10.1037/a0022492
 16. Gürbüz B, Großkreutz C, Vortel M, Borde T, Rancourt RC, Stepan H, et al. The influence of migration on women's satisfaction during pregnancy and birth: Results of a comparative prospective study with the Migrant Friendly Maternity Care Questionnaire (MFMQC). *Arch Gynecol Obstet*. 2019; 300(3): 555-567. doi: 10.1007/s00404-019-05227-4
 17. Majlander S, Kinnunen TI, Lilja E, Gissler M, Castaneda AE, Lehtoranta L, et al. Potentially traumatic experiences pre-migration and adverse pregnancy and childbirth outcomes among women of Somali- and Kurdish-origin in Finland. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2023; 23(1): 589. doi: 10.1186/s12884-023-05906-w
 18. Hacker K, Anies M, Folb BL, Zallman L. Barriers to health care for undocumented immigrants: A literature review. *Risk Manag Healthc Policy*. 2015; 8: 175-183. doi:10.2147/RMHP.S70173
 19. Goguikian Ratcliff B, Sharapova A, Suardi F, Borel F. Factors associated with antenatal depression and obstetric complications in immigrant women in Geneva. *Midwifery*. 2015; 31(9): 871-878. doi: 10.1016/j.midw.2015.04.010
 20. Ryan D, Tornberg-Belanger SN, Perez G, Maurer S, Price C, Rao D, et al. Stress, social support, and their relationship to depression and anxiety among Latina immigrant women. *J Psychosom Res*. 2021; 149: 110588. doi: 10.1016/j.jpsychores.2021.110588
 21. Derr AS. Mental health service use among immigrants in the United States: A systematic review. *Psychiatr Serv*. 2016; 67(3): 265-274. doi: 10.1176/appi.ps.201500004
 22. Anzman-Frasca S, Economos CD, Tovar A, Boulous R, Sliwa S, Gute DM, et al. Depressive symptoms and weight status among women recently immigrating to the US. *Matern Child Health J*. 2016; 20(8): 1578-1585. doi: 10.1007/s10995-016-1957-5
 23. Ryan D, Tornberg-Belanger SN, Perez G, Maurer S, Price C, Rao D, et al. Stress, social support, and their relationship to depression and anxiety among Latina immigrant women. *J Psychosom Res*. 2021; 149: 110588. doi: 10.1016/j.jpsychores.2021.110588
 24. Vang ZM, Sigouin J, Flenon A, Gagnon A. Are immigrants healthier than native-born Canadians? A systematic review of the healthy immigrant effect in Canada. *Ethn Health*. 2017; 22(3): 209-241. doi:10.1080/13557858.2016.1246518
 25. Stafford AM, Bigatti SM, Draucker CB. Cultural stressors experienced by young Latinas with depressive symptoms living in a tumultuous sociopolitical climate in the United States. *Arch Psychiatr Nurs*. 2019; 33(5): 36-42. doi: 10.1016/j.apnu.2019.08.007
 26. Bahrani-Samani S, Omidvar S, Mohsenzadeh-Ledari F, Azizi A, Ashrafpour M, Kordbagheri M. The relationship between perceived stress and pregnancy distress with self-care of pregnant women: The mediating role of social support-a cross-sectional study. *Health Sci Rep*. 2023; 6(11): e1730. doi: 10.1002/hsr2.1730
 27. Urzúa A, Heredia O, Caqueo-Úrizar A. Salud mental y estrés por aculturación en inmigrantes sudamericanos en el norte de Chile. *Rev Med Chil*. 2016; 144(5): 563-570. doi: 10.4067/S0034-98872016000500002
 28. Heslehurst N, Brown H, Pemu A, Coleman H, Rankin J. Perinatal health outcomes and care among asylum seekers and refugees: A systematic review of systematic reviews. *BMC Med*. 2018; 16(1): 89. doi:10.1186/s12916-018-1064-0
 29. Diop S, Turmes L, Juckel G, Mavrogiorgou P. Postpartale Depression und Migration [Postpartum depression and migration]. *Nervenarzt*. 2020; 91(9): 822-831. doi:10.1007/s00115-019-00828-5
 30. Iliadou M, Papadakaki M, Sioti E, Giayi P, Leontitsi E, Petelos E, et al. Addressing mental health issues among migrant and refugee pregnant women: A call for action. *Eur J Midwifery*. 2019; 3: 9. doi: 10.18332/ejm/108626
 31. Olaussen SJ, Renzaho AMN. Establishing components of cultural competence healthcare models to better cater for the needs of migrants with disability: A systematic review. *Aust J Prim Health*. 2016; 22(2): 100-112. doi:10.1071/PY14114
 32. Mahrer NE, Ramos IF, Guardino C, Davis EP, Ramey SL, Shalowitz M, et al. Pregnancy anxiety in expectant mothers predicts offspring negative affect: The moderating role of acculturation. *Early Hum Dev*. 2020; 141: 104932. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2019.104932
 33. Potochnick SR, Perreira KM. Depression and anxiety among first-generation immigrant Latino youth: Key correlates and implications for future research. *J Nerv Ment Dis*. 2010; 198(7): 470-477. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181e4ce24
 34. Lyberg A, Viken B, Haruna M, Severinsson E. Diversity and challenges in the management of maternity care for migrant women. *J Nurs Manag*. 2012; 20(2): 287-295.

- doi:10.1111/j.1365-2834.2011.01364.x.
35. Christensen AL, Stuart EA, Perry DF, Le HN. Unintended pregnancy and perinatal depression trajectories in low-income, high-risk Hispanic immigrants. *Prev Sci.* 2011; 12(3): 289-299. doi:10.1007/s11121-011-0213-x.
 36. Anzman-Frasca S, Economos CD, Tovar A, Boulos R, Sliwa S, Gute DM, et al. Depressive symptoms and weight status among women recently immigrating to the US. *Matern Child Health J.* 2016; 20(8): 1578-1585. doi:10.1007/s10995-016-1957-5.
 37. Abubakar I, Aldridge RW, Devakumar D, Orcutt M, Burns R, Barreto ML, et al. The UCL-Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move. *Lancet.* 2018; 392(10164): 2606-2654. doi:10.1016/S0140-6736(18)32114-7.
 38. Gardner A, Oduola S, Teague B. Culturally sensitive perinatal mental health care: Experiences of women from minority ethnic groups. *Health Expect.* 2024; 27(4): e14160. doi:10.1111/hex.14160.
 39. Ornelas II, Perreira KM. The role of migration in the development of depressive symptoms among Latino immigrant parents in the USA. *Soc Sci Med.* 2011; 73(8): 1169-1177. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.07.002.
 40. Väisänen H, Remes H, Martikainen P. Perinatal health among migrant women: A longitudinal register study in Finland 2000-17. *SSM Popul Health.* 2022; 20: 101298. doi: 10.1016/j.ssmph.2022.101298.
 41. Almeida LM, Caldas J, Ayres-de-Campos D, Salcedo-Barrientos D, Dias S. Maternal healthcare in migrants: A systematic review. *Matern Child Health J.* 2013; 17(8): 1346-1354. doi:10.1007/s10995-012-1149-x.
 42. Chen HH, Lai JC, Wang KL, Chien LY. Bi-dimensional acculturation and social support on perinatal depression in marriage-based immigrant women. *Arch Psychiatr Nurs.* 2022; 41: 227-233. doi: 10.1016/j.apnu.2022.08.001.
 43. Goldenberg S.M, Ramage K, Martinez-Torteya C, Pitpitan E, Rosenblum K, Hernandez C, Alvarez M, Rangel C, Bojorquez-Chapela I. Mamá Empoderada: Study protocol for a pilot trial of a novel parenting and mental health prevention intervention for migrant mothers with young children at the Mexico-US border. *BMJ Open.* 2025; 15(1): e094917. doi: 10.1136/bmjopen-2024-094917
 44. Yang S, Shapiro G.D, Ng E, Vissandjée B, Vang Z.M. Birth and postnatal outcomes among infants of immigrant parents of different admission categories and parents born in Canada: A population-based retrospective study. *CMAJ.* 2024; 196(12): E394-E409. <https://doi.org/10.1503/cmaj.230878>
 45. Winter A.K, Due C, Ziersch A. Wellbeing outcomes and risk and protective factors for parents with migrant and refugee backgrounds from the Middle East in the first 1000 days: A systematic review. *Journal of Immigrant and Minority Health.* 2024; 26(2): 395-408. <https://doi.org/10.1007/s10903-023-01510-4>