

# Temas transculturales en el cuidado de la salud de las mujeres<sup>a</sup>

Por: Juliene Lipson<sup>b</sup>

Traducción de Liria Pérez Peláez<sup>c</sup>

## RESUMEN

**A**unque en el decenio del noventa hubo una explosión de la investigación sobre la salud de las mujeres, algunos grupos femeninos reciben todavía atención limitada, específicamente, el de las mujeres emigrantes. Los datos sobre la salud de estas mujeres son insuficientes para precisar sus necesidades de salud pública y para implementar unas políticas en ese sentido, políticas que casi no existen. Es difícil conocer la magnitud del problema a lo largo de los Estados Unidos, porque no existe una base de datos que documente la localización y el número de tantas poblaciones de emigrantes. Los problemas que enfrentan estas poblaciones son descritos principalmente de manera anecdótica o para grupos seleccionados de los mismos emigrantes o refugiados, tales como los de Hong Kong en Minnesota o los mexicanos en California. Hasta hace muy poco, las agencias federales y del Estado mostraban falta de conocimiento e interés hacia estas poblaciones. Así, durante el último decenio se ha tenido una legislación que arbitrariamente discrimina la inmigración y a los emigrantes. Si bien el enfoque de este artículo se centra en la salud de las mujeres emigrantes, mucho de lo que se expresa en él se aplica a mujeres representantes de diversas categorías, en particular la étnica y socioeconómica.

### Palabras claves:

*Emigrantes, Mujeres, Salud, Políticas.*

## Temas principales en la salud de mujeres emigrantes

Los temas de salud de las mujeres emigrantes y refugiadas son complejos y globales. Son globales debido al gran número de personas que mueren a lo largo de las fronteras nacionales por una multitud de razones. A fines de 1998 había en todo el mundo 13.5 millones de personas que buscaban refugio y asilo, y cerca de 3.5 millones en situación similar a la de los refugiados (Estados Unidos, Comité sobre Refugiados, 1999). Se cree que el 80% de los refugiados son mujeres y niños.

El servicio de inmigración y naturalización (INS) define a un inmigrante como un extranjero no residente, admitido para residencia permanente.



THE LOVER AND HIS ROSE - March 15

*a. Conferencia abierta presentada en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, Medellín, en agosto de 2000. Traducción autorizada por la autora.*

*b. BS y MS en Enfermería, MS en Psiquiatría y Salud Comunitaria, PhD en antropología. Profesora del departamento de sistemas de salud comunitaria de la Escuela de Enfermería de la Universidad de California, San Francisco*

*c. Enfermera, Mg en Educación y Consejería, Profesora de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia.*

En contraste, un refugiado es alguien admitido fuera de las restricciones normales, debido a un temor fundamentado por persecución debido a raza, religión, nacionalidad, grupo social u opinión política. Quien busca asilo llega al país de destino y luego solicita el estado de refugiado. La cuarta categoría es la de "extranjero ilegal", un término con connotaciones negativas. En su lugar yo digo "indocumentado", que significa que la persona no posee documentos que le permitan residir en los Estados Unidos.

El número de personas de una o de otra nación admitidas, está



influenciado por las políticas gubernamentales de los Estados Unidos en relación con esa nación. Así por ejemplo, durante la década del ochenta, los centroamericanos no se consideraban refugiados a pesar de la probabilidad de que en su gran mayoría hubieran sido clasificados como refugiados porque salieron de su país para salvar sus vidas. Antes de que se desintegrara la Unión Soviética, Afganistán era la fuente más grande de refugiados en el mundo. Desde entonces, ha sido difícil para los afganos emigrar a los Estados Unidos a pesar de las deplorables condiciones de su país, mientras que los salvadoreños y guatemaltecos son la mayoría de los 651.000 refugiados y asilados que han buscado ser admitidos en los Estados Unidos en el último año. California tiene ampliamente el mayor número de emigrantes y refugiados.

### Referente del trabajo teórico

Tres referentes ayudan a visualizar la salud de las mujeres emigrantes:

Tensión por la aculturación, teoría de transición y marginalización. Brevemente, la tensión por la aculturación puede afectar el estado de salud que incluye los aspectos físicos psicológicos y sociales (Williams y Berry, 1991). Las transiciones conllevan cambios significativos en la persona y el ambiente por un periodo del tiempo, en el cual hay una pérdida del apoyo social, una sensación de desequilibrio e incertidumbre acerca del futuro (Schumacher y Meleis, 1994), y sentimientos de pérdida de identidad y desarraigo, vulnerabilidad, y la presión de vivir en un nuevo ambiente, en el cual las mujeres se sienten sin preparación emocional y cultural (Stevens, Hall y Meleis, 1992).

Hall, Stevens y Meleis (1994) definen la marginalización como ser "Diferente de la norma en una situación con atribuciones negativas asociadas con el ser diferente". Las mujeres emigrantes comparten la situación de estar marginadas con mujeres empobrecidas y mujeres negras. Sus acentos o apariencia las colocan aparte a los ojos de la gente de la cultura dominante, la cual

puede expresar cualquier cosa, desde una leve falta de respeto hasta un prejuicio virulento. A las personas marginadas les falta poder en muchas esferas. En salud y servicios sociales, la gente marginada tiende a guardarse información que puede exponer sus diferencias o hacerlas más marginadas. La gente marginada da la información personal solo a aquellos en quienes confía. Ella se enfrenta a muchas barreras institucionales en el cuidado de salud. La marginalidad es creada y reforzada por los valores sociales que influyen la filosofía sobre la cual se han constituido los sistemas de salud. Estos sistemas tienden a perpetuar estos mitos y estereotipos (Meleis, Lipson y Muecke, 1995), debido a que los temas de salud de las mujeres emigrantes son muy complejos. Utilizaré un referente que nos ayudará a categorizar algunos factores que repercuten en su salud. Quiero ser muy enfática en que muchos de estos temas no tienen que ver únicamente con las mujeres emigrantes pues unos pocos son comunes a todas las mujeres, y son más frecuentes en los grupos de mujeres pobres o en minoría.

### Un referente para examinar los temas prioritarios en la salud de las mujeres emigrantes

Hay un cierto número de maneras de categorizar las influencias en la salud de las mujeres emigrantes. Por ejemplo, las afganas refugiadas en Estados Unidos experimentan tres tipos de inductores del estrés o factores estresantes: 1) Los traumas que la gente enfrenta en Afganistán: tener que ver atrocidades, sufrir presión/tortura de manera personal o a miembros de la familia, dificultad para escapar y, pérdida de la familia, la propiedad, la cultura y el estatus social; 2) las preocupaciones cotidianas engendradas

por las noticias e informaciones sobre Afganistán; y 3) adaptarse y establecerse dentro de la sociedad norteamericana (Lipson y Omidian, en revisión). Este referente divide los inductores del estrés en cinco tipos principales: 1) factores de riesgo social; 2) factores de riesgo psicológico; 3) factores de riesgo físico; 4) factores de riesgo ambiental, y 5) problemas de acceso a la atención en salud. Obviamente, hay una cantidad de superposiciones e interacciones entre estos temas, y diferentes factores de riesgo que son visualizados por las mujeres.

Enumerando los factores de riesgo, no queremos enfatizar solo en los riesgos o patologías. Las mujeres varían en su fortaleza y mecanismo para afrontarlos, y muchas desarrollan gran firmeza, por medio de la cual afrontan efectivamente estos inductores de estrés.

### **1. Factores de riesgo social.**

#### **Sobrecarga por múltiples roles y responsabilidades:**

Debido a las necesidades económicas, muchas mujeres emigrantes tienen dos trabajos, son amas de casa y muchas atienden a otros familiares. En un ejemplo, una mujer acompañaba a su hermano al DMV (Departamento de Movilización de Vehículo) para ayudarlo a sacar su licencia de conducción porque él no hablaba inglés, solicitaba la cita médica y servía de intérprete a su hermano; diligenciaba los papeles para representar a su hermana mayor ante la oficina de inmigración de Estados Unidos, y se hizo cargo de ella cuando llegó a este país. Esta misma mujer trabajaba en un restaurante haciendo ensaladas por un salario mínimo, cocinaba los alimentos de la familia y hacía todo el trabajo del hogar. Si una mujer es el único miembro de la familia que conduce, es posible que no pueda conservar su trabajo porque no puede rehusarse cuando los miembros de la familia le solicitan llevarlos a una cita o a la escuela.

**Trabajo con bajo salario y sin beneficios:** Las mujeres emigrantes trabajan con regularidad en situaciones que tienden a oprimirlas aún más. Ellas tienden a estar en una sinsalida, desempeñando ocupaciones de bajo estatus y bajo prestigio; con frecuencia hacen tres turnos en su jornada diaria (Lipson y Miller, 1993; Weitzman y Berry, 1992). La mayoría de las veces ellas son más capaces y están más dispuestas que sus esposos a trabajar en puestos de comidas rápidas, trabajo doméstico, como camareras o a atender en pequeñas tiendas de barrio. Sin embargo, su trabajo no se refleja en las estadísticas y son consideradas como no productivas (Meleis, Lipson y Muecke, en prensa).

**Pobreza y falta de educación:** La educación entre las mujeres emigrantes varía ampliamente, pero muchas veces las niñas tienen menos acceso a la educación que los niños; en algunos grupos de refugiados, tales como los afganos y los de Hong Kong, las mujeres no han tenido ninguna educación. En general, los refugiados que son profesionales en sus propios países, tienen una movilidad descendente y rara vez recuperan su estatus social anterior. Sin embargo otras familias mejoran su situación económica en los Estados Unidos, generalmente porque cada uno de sus miembros trabaja muy duro con dos o más empleos. Pero con frecuencia las mujeres no pueden disponer del dinero que ganan, aun si tienen un mayor salario, porque su cheque es para la familia. A muchas mujeres emigrantes les falta seguridad financiera y apoyo gubernamental.

*La mayoría de las veces ellas son más capaces y están más dispuestas que sus esposos a trabajar en puestos de comidas rápidas, trabajo doméstico, como camareras o a atender en pequeñas tiendas de barrio. Sin embargo, su trabajo no se refleja en las estadísticas y son consideradas como no productivas (Meleis, Lipson y Muecke, en prensa).*



Preguntas relevantes son: ¿Qué clase de apoyo gubernamental deberían recibir los inmigrantes y refugiados? ¿Qué clase de ayuda? ¿Qué clase de entrenamiento? ¿Clases de inglés? ¿Dinero? ¿El apoyo financiero y el bienestar social refuerza la dependencia?

**Idioma.** Un limitado inglés es una de las barreras más fuertes para la integración en los Estados Unidos. Ello bloquea la comunicación con los vecinos, impide que las mujeres aprendan las “reglas” y maneras fáciles de llevar a cabo la satisfacción de sus necesidades diarias y las aleja de tener un trabajo mejor remunerado. Algunas mujeres inmigrantes hablan adecuadamente el inglés, pero no lo leen ni lo escriben. Un tópico relacionado con este punto es la reciente amplia discusión acerca de modismos en las escuelas, y hace poco tiempo se publicó una crónica sobre el uso del inglés simplificado.

**Falta de apoyo social y aislamiento.** Las mujeres inmigrantes con niños en el hogar, viven frecuentemente aisladas y solas. Muchas no residen cerca de los inmigrantes de su propio país, y pueden no ser capaces de hablar suficiente inglés para relacionarse con los vecinos. En las sociedades patriarcales, los esposos pueden insistir en que ellas no salgan del hogar. Su antiguo sistema de apoyo social, consistente en familiares femeninas y otros miembros de la familia, vecinos y amigos, no está disponible, y en los Estados Unidos ellas no pueden socializarse de la manera acostumbrada. Muchas mujeres describen la pérdida de la mayoría de las oportunidades para visitarse unas a otras diariamente en los Estados Unidos, donde la gente hace citas para las visitas y tienen poco tiempo disponible para el descanso y la socialización informal.

**Tendencias étnicas, xenofobia pública y legislativa.** Las mujeres inmigrantes sufren debido a vecinos poco amistosos o abiertamente hostiles en su comunidad cercana. Ellas se sienten frustradas y entristecidas por el constante recuerdo de que no pertenecen al medio social en que se encuentran, y esto hace su integración aún más difícil (Hattar-Pollara y Meleis, en prensa). Los emigrantes se sienten estereotipados, incomprensidos y alejados. Debe trabajar duro para crear una atmósfera más familiar, en la cual puedan relacionarse con otras personas y encontrar algunos puntos comunes, lo cual también les consume energía. Las personas de la sociedad huésped raramente son suficientemente tolerantes como para disponer del tiempo que se necesita para hallar puntos comunes.

La parcialidad es fuente de tensión. El público en general no discrimina entre los refugiados o inmigrantes legalmente admitidos y una persona indocumentada, o un ciudadano americano con un acento y piel oscura. Todo aquel que haya nacido en otro lugar tiene que enfrentar la corriente de los antiemigrantes, empezando por la proposición 187 y continuando con la reforma del bienestar social, la legislación y los eventos comunes que promueven visiblemente la discriminación. Los recién llegados en particular, aun con sus papeles en regla, pueden sentir temor de buscar atención en salud porque no entienden que tienen derecho a estos servicios. Aun en el pasado, con las tarjetas verdes sentían pánico, hasta que las reglamentaciones se hicieron menos estrictas. Ejemplo de ello son las mujeres ancianas en Fremont.

*Los recién llegados en particular, aun con sus papeles en regla, pueden sentir temor de buscar atención en salud porque no entienden que tienen derecho a estos servicios. Aun en el pasado, con las tarjetas verdes sentían pánico, hasta que las reglamentaciones se hicieron menos estrictas.*

**Riesgos para las mujeres indocumentadas.** Las mujeres indocumentadas experimentan una legítima paranoia; ellas limitan sus actividades por temor a ser descubiertas, deportadas, y solo buscan atención de salud en crisis agudas. Ellas están en riesgo por el abuso de sus esposos, problemas de salud, pobreza y muchas otras situaciones (DeSantis, 1992).

## 2. Factores de riesgo psicológico

**Pérdida.** Con frecuencia, las mujeres emigrantes han perdido miembros de su familia, propiedades, su país y su cultura. Muchas experimentan un sentimiento no resuelto de duelo, consecuencia de sus pérdidas, particularmente las refugiadas que han experimentado mucho mayor menoscabo y no habrían escogido dejar sus hogares si hubieran podido elegir.

**Estrés por desorden postraumático.** El estrés por desorden postraumático (PTSD) es una manifestación seria de la salud de los refugiados. Muchas mujeres refugiadas que solicitan atención en salud lo hacen por síntomas de estrés postraumático, tales como pesadillas, desórdenes del sueño, manifestaciones psicósomáticas. Estas incluyen depresión, aislamiento, fuga, soledad, sentimiento de persecución, apatía, desesperanza, temor de morir, pérdida de la autoconfianza, (Boehnlein, 1987, Kinzie et al, 1984; Shepard y Faust, 1993), revivencia del evento traumático, adormecimiento para responder, disminución de compromiso con el mundo externo. El estrés postraumático (PTSD) puede ser crónico y durar varios años o puede aparecer después de algún tiempo. Con frecuencia no se les hace un diagnóstico correcto.

**Conflicto en el país de origen.** La orientación de los agentes de salud raramente reconoce el impacto de las preocupaciones cotidianas por su país entre los emigrantes de los países destruidos por la guerra; ellos no pueden imaginarse el poder de las noticias y la preocupación acerca de los familiares que se quedaron. De manera continua, el humor, el nivel de estrés y los sistemas, varían en el día a día cuando cambian las noticias que provienen de países políticamente muy inestables. Así, el concepto de transnacionalismo es muy importante para considerar la situación de las mujeres emigrantes que están estrechamente ligadas a su país por medio de eventos y visitas en ambas direcciones (Lipson y Omidian, 1996).



men decisiones por ellas mismas acerca de su salud, cuando esperan que sea su familia la que lo haga.

**Cambio en los roles familiares.** Las mujeres emigrantes se confunden acerca de sus propios roles en los Estados Unidos. En algunos grupos de emigrantes, parece que las mujeres hacen la aculturación más rápido que los hombres; ellos se sienten atrapados entre las expectativas de la comunidad emigrante -acorde con la cual tradicionalmente se comportan- y su deseo por el estilo americano de libertad e independencia. Debido a que las mujeres con frecuencia obtienen más fácilmente un trabajo que sus esposos, pueden surgir conflictos familiares cuando el esposo no está trabajando.

La perturbación del rol patriarcal tradicional puede causar problemas maritales. La aculturación de los niños se hace mucho más rápidamente que la de los padres; después de asistir a la escuela ellos llegan al hogar reafirmando los derechos individuales aprendidos de maestros y compañeros. En la manifestación de la aculturación de los hijos, son más tolerantes las mujeres que los hombres.

**Conflicto cultural.** Este es un tema común para las mujeres emigrantes; el trabajo de enfrentar la vida cotidiana con un idioma inglés, dinero y transporte inadecuados, hace la vida más difícil. Aquellos de nosotros que hemos vivido en otros países, recordamos nuestra fatiga inicial solo tratando de funcionar adecuadamente en el día a día, aun sabiendo el idioma. Un tema más sutil es el valor de los norteamericanos por la individualidad y los derechos individuales, que suele generar conflicto con las culturas colectivistas de las cuales provienen muchas mujeres emigrantes. La construcción de la vida euroamericana enfatiza los derechos y decisiones individuales, y confunde a las mujeres que tienen dificultad para percibirse a sí mismas como individuos y se toman solo como miembros de familia. Este conflicto se ilustra cuando se les pide que to-

Las mujeres son las reguladoras de la cultura, las mediadoras familiares entre el esposo y los hijos, los hijos y la escuela, otros familiares y las agencias sociales y de la salud. Ellas son las que integran la familia a la nueva cultura y sin embargo, se espera que mantengan su herencia cultural, sus valores y normas (Meleis, 1991; Hattar-Pollara y Meleis, 1995).

**Violencia doméstica.** Aunque sabemos que la violencia familiar cruza las líneas culturales, económicas y educacionales, tenemos pocos datos bien fundamentados acerca de las mujeres emigrantes. Un estudio que viene siendo conducido por “Ayuda”, un programa sobre violencia para las mujeres latinas, ha encontrado que el 60% de las mujeres latinas indocumentadas ha sido golpeado por su compañero íntimo, y el 77% de los casados con ciudadanas americanas y residentes permanentes, golpean a sus mujeres (Consejo Nacional para la Investigación sobre la Mujer, 1995). Además de no comprender completamente la prevalencia del abuso, se tiene poco conocimiento de las intervenciones que podrían ser culturalmente sensitivas. Por ejemplo, las mujeres podrían preguntarse si no sería más fácil encontrar formas de convivir con la violencia, que tener que escapar y vivir sin hogar.

Estas son áreas que se necesita investigar (Frye y D’Avanzo, 1994). Sabemos que muchas culturas patriarcales perdonan a los esposos que “castigan” a sus mujeres cuando no son adecuadamente sumisas. También sabemos que la autoestima de muchos maridos emigrantes se deteriora por su incapacidad para obtener un trabajo decente o un trabajo de cualquier tipo, y poder así realizar sus acostumbrados roles de apoyo a la familia y representarla en el mundo exterior. Estos hombres pueden relacionarse con el abuso a sus esposas e hijos.

La mayoría de las mujeres emigrantes, independientemente de si reside legalmente o no en los Estados Unidos, le teme al sistema legal. Aun mujeres con sus documentos en regla creen que reportar la violencia doméstica puede conducir las a la deportación. En muchos casos, el maltratador nunca llena los papeles de inmigración para su esposa emigrante y muchos maltratadores utilizan la ley de inmigración como herramienta para mantener a su esposa e hijos en un hogar violento. Además del temor, en muchos grupos de emigrantes es culturalmente inaceptable divulgar a extraños información tan privada como las relaciones familiares. Sin embargo, transculturalmente, es muy común que las mujeres tengan vergüenza y se sientan responsables.

### 3) **Factores de riesgos físico:**

#### **Patógenos del país o de los países en tránsito.**

Los emigrantes tienen mayores tasas de Tuberculosis y Hepatitis B que la población general (USDHHS, 1990). Ellos pueden llegar a los Estados Unidos con parásitos tales como esquistomiasis u otros causantes de enfermedades, que no son rápidamente reconocidos en la atención primaria. Los problemas genéticos como la deficiencia de Glucosa fosfatasa-dehidrogenasa o la talasemia, común entre la gente del mediterráneo y que causa anemia, pueden no ser reconocidos.

**Gestaciones múltiples.** Muchas de las mujeres emigrantes se casaron muy jóvenes y han tenido muchos hijos. Gestaciones múltiples causan fatiga y desgaste en el cuerpo de las mujeres y estas emigrantes, a los cuarenta años, revelan mucha más edad física de la que cronológica poseen. Por ejemplo, entre ellas, el prolapso uterino es más común a una edad más temprana.

*La mayoría de las mujeres emigrantes, independientemente de si reside legalmente o no en los Estados Unidos, le teme al sistema legal. Aun mujeres con sus documentos en regla creen que reportar la violencia doméstica puede conducir las a la deportación. En muchos casos, el maltratador nunca llena los papeles de inmigración para su esposa emigrante y muchos maltratadores utilizan la ley de inmigración como herramienta para mantener a su esposa e hijos en un hogar violento.*

• • • • •

**Mal estado nutricional.** La mala nutrición puede estar asociada a la pobreza, a la larga permanencia en campos de refugiados y deberse a haber vivido en países donde a los hombres y a los niños se les sirve el alimento primero. El estado nutricional puede estar afectado negativamente por la adopción de una dieta alta en azúcar, grasa, sal y comidas rápidas o por métodos de preparación no saludables de los alimentos, como emplear aceites excesivos o larga cocción de las verduras.

**Prácticas específicas.** Algunas mujeres provienen de países en los cuales algunas prácticas específicas pueden tener como consecuencia riesgos para la salud. Tales son la circuncisión femenina o masticar semillas de betel que causan lesiones en las encías y los dientes. Los agentes de salud pueden no reconocer estas prácticas o pueden saludar a estas mujeres con temor o repugnancia, traumatizándolas aún más.

Yewoubdar Beyene ha venido enseñándoles a los agentes de salud, cómo sus actitudes impiden a muchos refugiados afganos y mujeres emigrantes, el acceso a los servicios de atención de salud.

#### **El acceso al cuidado de muchos refugiados afganos y mujeres emigrantes. Inadecuada prevención, prácticas de promoción de la salud**

El compromiso con la adecuada actividad física ha llegado a ser algo común entre las mujeres euroamericanas. Esta es rara vez practicada por las mujeres de los grupos emigrantes. Muchos factores, tales como la falta de conocimiento de la importancia que para la salud tiene la actividad física, las responsabilidades del trabajo/familia, no les dan tiempo para las actividades personales. También los problemas de transporte o financieros, la modestia y los puntos de vista culturales acerca de lo inadecuado del ejercicio para las mujeres. Sin embargo, la dieta es más comúnmente considerada como parte de la promoción de la salud, y es un área donde las mujeres emigrantes pueden reducir sus propios riesgos de salud y los de los miembros de su familia. Ejemplo: entre los de Bosnia.

#### **4. Factores de riesgo ambiental.**

##### **Violencia en el barrio**

En algunas áreas en las cuales nuevos emigrantes y refugiados se establecen, la pobreza, las drogas y las pandillas, son parte de la realidad cotidiana. Por ejemplo, en algunos barrios las mujeres y los niños permanecen encerrados todo el día en sus hogares por seguridad, hasta que el padre o los hijos mayores llegan para sacarlos. Este es un caso concreto en el Norte de Richmond. Dos de mis estudiantes hicieron allá una evaluación a una comunidad de Laos y encontraron que este era un problema enorme para las mujeres y los niños pequeños.

##### **Mala vivienda y hacinamiento**

Relacionado con lo anterior, las mujeres emigrantes que viven en barrios empobrecidos, están con frecuencia en medio de ambientes polucionados, incluyendo exposición al plomo de la pintura o a la polución del tráfico y las industrias. Sus casas pueden estar inadecuadamente protegidas y deben enfrentar los peligros ambientales asociados con las malas viviendas. El alto precio de las casas influye en el enorme hacinamiento de algunas poblaciones de emigrantes.

*El compromiso con la adecuada actividad física ha llegado a ser algo común entre las mujeres euroamericanas. Esta es rara vez practicada por las mujeres de los grupos emigrantes. Muchos factores, tales como la falta de conocimiento de la importancia que para la salud tiene la actividad física, las responsabilidades del trabajo/familia, no les dan tiempo para las actividades personales.*







Imagínese un niño de doce años de una cultura altamente discreta y con una separación social entre hombres y mujeres, a quien se le pide que sea el intérprete de su madre en una cita ginecológica. Regularmente, los niños o miembros de la familia, le reservan a los agentes de salud la información que pueda dar una visión negativa del padre. El acoplamiento de los géneros es muy importante en muchas culturas.

### **Transporte y cuidado del niño**

Estos temas, al igual que los dos últimos citados, son comunes a las mujeres pobres de todas las culturas. El transporte es un tema más importante en los suburbios que en el centro de las ciudades. En las nuevas comunidades de emigrantes, es una complicación el cuidado del niño, porque culturalmente es inapropiado dejar a sus hijos con extraños o aun dejarlos en el hogar. Yo me sorprendí cuando en una boda de afganos que empezó al final de la tarde, los invitados, incluyendo a los bebés y a los caminadores, salieron a las 4 de la mañana. Los niños acompañan a sus padres donde vayan, incluyendo las citas médicas de las mujeres. Tres o cuatro niños en el hogar impiden que las mujeres puedan salir.

### **Estructura de la clínica / horarios**

Muchas mujeres emigrantes no pueden obtener atención en salud porque los horarios de la clínica son similares a los de su trabajo, o porque las largas esperas impiden que sean atendidas a la hora de almuerzo. Ellas pueden correr el riesgo de perder su trabajo si faltan por enfermedad o si buscan atención para ellas o para miembros de su familia.

### **Los agentes de la salud y su falta de conocimientos**

Los agentes de salud en la cultura dominante, no entienden muchas veces las experiencias de las mujeres

emigrantes, las explicaciones de su enfermedad, ni sus patrones de comunicación. Ejemplo de ello son las víctimas de tortura o guerra que experimentan desórdenes de estrés postraumático u otros síntomas relacionados con sus vivencias, o formas distintas de describir el cuerpo. Un ejemplo es decirle a un agente de salud: "mi riñón esta caliente". **E**

## **BIBLIOGRAFÍA**

- [1.] Antonovsky, A. Health. Stress and Coping. San Francisco: Jossey-Bass. Cassell, J. (1974) Psychosocial processes and 'stress': theoretical formulation. *International Journal of Health Services* (4) 471-481.
- [2.] Chick, N., & Meleis, AI. Transitions: A nursing concern in P.L. Chinn, ed. *Nursing research methodology*. pp. 237-257, Boulder, CO: Aspen Publications.
- [3.] DeSantis, L. (1992). Fieldwork with undocumented aliens and other populations at risk. *Western Journal of Nursing Research*, 11 (3); 159-372.
- [4.] Frye, B, A., & D'Avanzo, CD. (1994). Cultural themes in family stress and violence among Cambodian refugee women in the inner city. *Advances in Nursing science*, 16 (3); 64-77.
- [5.] Hall, JA., Stevens, PE., & Meleis, AI. (1991) Marginalization: A guiding concept for valuing diversity in nursing knowledge development. *Advances in Nursing Science*. 16 ( 4); 23-41.
- [6.] Hattar-Pollara, M., & Meleis, AI. The daily lived experiences of Jordanian immigrant women in the United States. *Western Journal of Nursing Research*. 17, 521-538.
- [7.] Hull, D. Migration, adaptation and illness: a review. *Social Science and Medicine*. 13A, 25-36.
- [8.] Kasl, S.V. & Berkman, L. (1983) Health Consequences of the experience of migration. *Annual Review of Public Health*. 4, 69-90.
- [9.] Lipson, J. & Miller, S. (1994). Changing roles of Afghan refugee women in the U.S. *Health Care for Women International*, 15,171-180.
- [10.] Lipson, J.O. & Omidian, P. (1992) Afghan Refugees: Health Issues in the United States. *Western Journal of Medicine*, 157(3), 271-275.
- [11.] Lipson, J.O. & Omidian, P. (1996). Health and the transnational connection: Afghan refugees in the United States. In A. Rynearson & J. Phillips, (Eds.) *CORI Selected Papers on Refugee Issues*; IV:1-16. VA: American Anthropological Assn:
- [12.] Lipson, J.O. & Omidian, P. (in review) We don't know the rules: Afghan refugees' interactions with the U.S. social environment.
- [13.] Meissner, D., Hormats, R., Walker, A., and Ogata, S. (1993). Migration challenges in a new era: A report to the Trilateral Commission. New York.
- [14.] Meleis, A.I. (1991). Between two cultures: Identity, roles and health. *Health Care for Women International*, 12, 365-378.
- [15.] Meleis, A.I., Lipson, J., & Muecke, M. (In press). Immigrant women and their health: Time to take heed. An olive paper. Washington, D.C.: American Academy of Nursing.
- [16.] Mirdal, G. M. (1984). Stress and distress in migration: Problems and resources of Turkish women in Denmark. *International Migration Review*, 18, 984-1003.
- [17.] National Council for Research On Women. (1995). Intervening: Immigrant women and domestic violence. *Issues Quarterly*. 1(3), 12-13.
- [18.] Shepard, J. & Faust, S. (1993). Refugee health care and the problem of suffering. *Bioethics Forum* 9(3), 3-7.
- [19.] Schumacher, K., & Meleis, A. (1994). Transitions: A central concept in nursing. *Image*, 26(2), 119- 127.
- [20.] Stevens, P., Hall, J., & Meleis, A. (1992). Examining vulnerability of women clerical workers from five ethnic/racial groups. *Western Journal of Nursing Research*, 14, 754-774.
- [21.] U.S. Committee for Refugees (1999). *World Refugee Survey -1999*. New York: Immigration and Refugee Services of America.
- [22.] Weitzman, B.C., & Berry, C.A. (1992). Health status and health care utilization among New York City home attendants: An illustration of needs of working poor, immigrant women. *Women and Health*, 19(2/3), 87-105.
- [23.] Williams, C., & Berry, J. (1991). Primary prevention of acculturative stress among refugees: Application of psychological theory and practice. *American Psychologist*, 46, 632-641.

## Appendix

Selected Resources on Immigrants and Refugees

### Journals

#### Journal of Refugee Studies

Quarterly, research, programs, subscription  
Oxford University Press Walton Street  
Oxford OX2 6DP United Kingdom  
+44(0)186556767  
FAX +44(0)1865 267782

#### International Migration Review

Quarterly, research, programs, subscription  
Center for Migration Studies of New York,  
Inc. 209 Flagg Place  
Staten Island, NY 10304-1199  
(718)351-8800  
FAX (718) 667-4598

#### Refugees

Monthly, programs, news, free  
United Nations High Commissioner for Refugees  
P.O. Box 2500  
CH 1211. Geneva 2 Depot  
Switzerland  
(022) 739-81 11  
FAX (public information) (022) 739 84-49

#### Refugee Reports

Monthly, statistics, news, subscription  
U.S. Committee for Refugees News Service  
1717 Massachusetts Ave., NW, Suite 701  
Washington, DC 20036  
Subscriptions: Sunbelt Fulfillment Services  
P.O. Box 5026  
Brentwood, TN 37024 (615) 377-3322

#### Migration and Health

Quarterly, newsletter, free  
IOM International Organization for Migration  
17, Route Des Morillons  
CH-1211 Geneva 19  
Switzerland

#### Migration and Mental Health Newsletter **Newsletter, free**

**WIAD**  
Wissenschaftliches Institut der Arzte  
Deutschlands e. V.  
Godesberger Allee 54  
D-53175 Bonn, Germany  
+49-228-8104-172  
FAX +49-228-8104-155

#### Journal of Immigrant Health

#### **Books (numerous)**

See especially CORI PUBLICATIONS  
(American Anthropological Association)  
1992 Selected Papers on Refugees and Immigrants. Volume I *Pamela A. Devoe*, ed.  
1993 Refugee Empowerment and Organizational Change: A Systems Perspective. *Peter W. Van Arsdale*  
1993 Selected Papers on Refugees and Immigrants. Volume II *MaryCarol Hopkins and Nancy D. Donnelly*, eds.  
1994 Selected Papers on Refugees and Immigrants. Volume III *Amy Zaharlick and Jeffrey L. MacDonald*, eds.  
1996 Selected Papers on Refugees and Immigrants.. Volume IV *Ann Rynearson and James Phillips*, eds.  
1997 Beyond Boundaries: Selected Papers on Refugees and Immigrants. Volume V *Diane Baxter and Ruth Krufeld*, eds.  
1998 Diasporic Identity. Selected Papers on Refugees and Immigrants. Volume VI

*Carol Mortland*, ed.

1999 Negotiating Power and Place at the Margins: Selected Papers on Refugees and Immigrants. Volume VII. *Juliene Lipson and Lucia Ann McSpadden*, eds.

### Organizations

U. S. Committee for Refugees  
1025 Vermont Ave. NW, Suite 920  
Washington, DC 20005  
(292) 347-3507

Amnesty International, USA  
322 Eighth Ave.  
New York, NY 10001

InterAction  
1717 Massachusetts Ave, NW, Suite 801  
Washington, DC 20036  
(202) 667-8236

### Websites

UNHCR: <http://www.unhcr.ch/>  
Bureau of Population, Refugees and Migration:  
<http://www.state.gov/www/global/prm/index.html>  
Immigration and Naturalization Service:  
<http://www.ins.usdoj.gov/graphics/>  
Committee on Refugees and Immigrants  
(American Anthropological Association):  
<http://www.ameranthassn.org/corihead.htm>  
Center for Immigration Studies: <http://www.cis.org/>  
Migration Dialogue: <http://migration.ucdavis.edu/>  
Refugee Health Website: [http://www.baylor.edu/~Charles\\_Kemp/refugee\\_health.htm](http://www.baylor.edu/~Charles_Kemp/refugee_health.htm)

U.S.Census Bureau: [www.census.gov](http://www.census.gov)