

Los servicios de salud y la comunidad hispana en los Estados Unidos

Sonia Meluk

INTRODUCCION

El propósito de este artículo es el de presentar la problemática que se presenta en relación con los servicios de la salud que se ofrecen a la comunidad hispana en los Estados Unidos. Esta discusión puede ser de utilidad para formularse interrogantes acerca de las dificultades que se presentan en nuestro medio entre los usuarios de servicios que emigran del campo a la ciudad o entre aquellos cuyas condiciones sociales y económicas son diferentes a las de los profesionales de salud. Estas diferencias pueden resultar en concepciones y manejos diferentes acerca de la salud y la enfermedad.

El presente artículo se divide en tres secciones. La primera sección tiene que ver con la caracterización de la población hispana en los Estados Unidos. En la segunda se analizan aspectos relacionados con la utilización de los servicios de salud por parte de esta comunidad. Finalmente, en la tercera sección se analizan los problemas que se presentan en el tratamiento de pacientes hispanoamericanos. Este trabajo es de utilidad en el estudio de una problemática similar en nuestro medio.

1. Características de la población hispana en los Estados Unidos.

Datos demográficos. Los hispanoamericanos constituyen la segunda minoría más grande de los Estados Unidos y el grupo étnico que está creciendo más rápidamente. Los hispanos constituyen igualmente una de las poblaciones más jóvenes en los Estados Unidos con un promedio de edad de 23 años.

Los procedimientos utilizados en los censos de población hispana no han sido apropiados, entre otras razones por las dificultades en la consecución de encuestadores bilingües, lo que lleva a estadísticas que no son suficientemente fiables. Actualmente la información disponible sobre los censos, muestra que la población hispana es de 12 millones. La distribución de los grupos hispanos se configura de la siguiente manera: mexicano-americanos: 7.2 millones; puertorriqueños: 1.8 millones; un tercer grupo serían los hispanos provenientes de Centroamérica, Suramérica, Cuba y otros países de habla hispana (1).

La mayoría de los hispanos son de un nivel socioeconómico bajo; sólo un grupo muy reducido atiende instituciones de educación superior, y ocupa un rango profesional u ocupacional alto.

Cultura. Los hispanoamericanos son también conocidos como "chicanos", "latinos", "mexicanos", "americanos que hablan español", etc. Un número considerable de estos nombres fue inicialmente concebido por el mismo gobierno americano y luego se popularizaron. Una gran proporción de los hispanos en Estados Unidos nacieron en países de habla hispana o son hijos de padres que nacieron en dichos países. Estos vínculos tan cercanos con otro país con frecuencia hacen más lenta la asimilación de los hispanos a la cultura norteamericana.

El español es la lengua nativa y se utiliza en los hogares de más de la mitad de la población. Es común encontrar que la segunda o tercera generación de hispanos entiende bien el español aunque lo habla en forma muy diferente. Existe pues, una gran variación en el grado de fluidez del idioma y en el grado de bilingüismo de los hispanos. En los barrios o comunidades hispanas es común encon-

Lic. Sonia Meluk: Profesora del Departamento de Psicología, Universidad del Valle, Cali.

trar que las personas se comunican entre sí en español y en inglés. Hasta el punto de que en una misma frase utilizan palabras de ambos idiomas.

La familia. Aún hoy, en la era de un bajo crecimiento poblacional, los hispanos muestran tasas de nacimiento más altas y edades promedios, menores (18 años), que la población general (28 años). Esto se debe al hecho de que la familia ha sido tradicionalmente uno de los aspectos más valorados y de los cuales los hispanos se sienten altamente orgullosos. Se ha dado mucha importancia a la necesidad de mantener la unidad familiar, y el respeto y la lealtad entre sus miembros tiende a ser la fuente de soporte emocional para los hispanos (2).

En un estudio trigeracional de familias mexicanas en el Medio Oeste de los Estados Unidos se encontró que las familias, con frecuencia, viven en la misma casa, o a una distancia relativamente corta la una de la otra (en el mismo edificio, en la misma cuadra o bloque o a pocos kilómetros). Los miembros de la familia son vistos como recursos disponibles en situaciones de estrés y dignos de confianza. Hay un sentido de obligación hacia el otro y parecen dispuestos a prestar la ayuda necesaria con la idea de que ellos mismos podrían estar en la posibilidad de requerir ayuda de la familia en el futuro. Existe una casa en particular, que sirve como núcleo o centro de familia donde los miembros tienden a reunirse. Este grupo se ha descrito como el sistema modificado de la familia extensa. Este tipo de estructura familiar puede variar entre los diferentes grupos hispanos dependiendo del grado de aculturación y asimilación y de su estatus socioeconómico. (3)

Las investigaciones adelantadas acerca de la salud mental de los hispanos han evidenciado el hecho de que la estructura familiar hispana ha funcionado para proteger al individuo en estrés de un mayor deterioro mental. Igualmente se ha estudiado el rol de la familia en la conducta de búsqueda de ayuda entre mexicano-americanos en Detroit. Se ha encontrado que la mayoría de los mexicano-americanos hablan o se dirigen al menos a dos miembros de la familia y/o amigos acerca de sus problemas personales o emocionales. Unos pocos

consultan profesionales y aquellos que consultan la familia y los amigos los consideran más efectivos, comparados con aquellos que consultan profesionales (1).

2. Problemas en el proceso de aculturación de los inmigrantes hispanos.

Al interior de la comunidad hispana hay un amplio rango en el grado de aculturación. Algunos hispanoamericanos tienen una identidad muy cercana con la cultura de sus familias de origen; otros se identifican con la cultura anglo-americana. El proceso de aculturación resulta en un aumento en los estados de estrés psicológico por situaciones tales como:

a. Para inmigrantes recientes integrar su identidad étnica a una nueva cultura es difícil y puede llevar a la negación y a la depresión o a la evasión de la propia identidad étnica.

b. La adopción de un nuevo sistema de valores puede chocar con el anterior y producir estrés.

c. El desarrollo de una identidad positiva es más difícil para un joven que debe identificarse simultáneamente con dos grupos culturales distintos.

d. Para muchos inmigrantes, llegar a ser parte de la clase socioeconómica baja en un nuevo país es casi inevitable si la persona tiene pocas habilidades, poca educación y poco o ningún dinero. (1)

e. Los individuos que se encuentran en el proceso de aculturación están más sujetos a estereotipos y discriminación a causa de sus diferencias con la cultura mayoritaria. A esto se suma el hecho de que a diferencia de un número considerable de grupos étnicos que en el proceso de asimilación a la cultura estadounidense experimentan un corto período de discriminación, los hispanoamericanos han sido víctimas de la discriminación por un período prolongado. Uno de los efectos de la discriminación contra un grupo es que puede disminuir el sentido de autoestima de dicho grupo, el sentido de identidad y la esperanza. En un estudio se encontró que un grupo de mexicano-americanos nacidos en los Estados Unidos y de bajo nivel socioeconómico, presentaron en forma significativa más actitudes negativas hacia ellos mismos en comparación con un grupo de mexicano-americanos naci-

dos en México y de bajos recursos económicos. Estos resultados sugieren que los largos años de discriminación sufridos por los nacidos en los Estados Unidos, resultaron en niveles más bajos de autoestima y de valoración personal (4).

f. Un estado de aculturación marginal o incompleto, en el que ni se rechaza ni se acepta una nueva cultura y sistema de valores, causa su propio nivel de estrés. La combinación de dificultades económicas y presiones de adaptación a una nueva cultura conllevan, en la mayoría de los casos, a una imperiosa necesidad de servicios de salud mental por parte de los hispanoamericanos.

3. Los hispanos y los servicios de salud.

Utilización de los servicios de salud. El hecho de contar con un seguro médico adecuado es un factor que facilita la utilización de los servicios de salud. En un estudio a escala nacional sobre acceso al servicio de salud en los Estados Unidos se encontró que la población hispana en el suroeste tuvo el porcentaje más bajo de cubrimiento de servicios de salud, en comparación con los otros grupos étnicos o raciales estudiados. Este porcentaje (65 por ciento) fue también más bajo que el porcentaje correspondiente a la población total de los Estados Unidos (88 por ciento). En síntesis, las familias hispanas de bajos recursos con un deficiente cubrimiento de seguro de salud, una ausencia de fuentes regulares de cuidado médico e inconvenientes, tales como el aislamiento geográfico, no cuentan con el acceso a los servicios de salud mental.

Estudios psiquiátricos urbanos a grande escala han indicado repetidamente que las condiciones de vida de la pobreza están asociadas con una alta incidencia de enfermedad mental, específicamente la psicosis. Existe igualmente evidencia que sugiere que las experiencias de migración y aculturación presentan amenazas para la salud mental. En las condiciones de pobreza y de prejuicio y discriminación a las que está sujeta la población mexicano-americana, puede esperarse que sufra una alta incidencia de enfermedad mental y en particular de enfermedades mentales que requieren hospitalización. Paradójicamente los mexicano-americanos no figuran en número considerable

como pacientes psiquiátricos en hospitales y centros de salud a lo largo de California. Dos investigadores adelantaron un estudio con el fin de analizar las diferencias en la utilización de facilidades de salud mental entre angloamericanos y mexicano-americanos.

Ellos concluyeron que la baja utilización de los servicios de psiquiatría por parte de los mexicano-americanos (al menos aquellos que residen en el este de Los Angeles) se debe al hecho de que los mexicano-americanos perciben y definen culturalmente la enfermedad mental de una manera diferente a la de los angloamericanos. Por tal motivo consideraron que la baja representación de mexicano-americanos en centros que ofrecen tratamiento psiquiátrico no refleja una incidencia más baja de salud mental que aquella encontrada en otras poblaciones étnicas en los Estados Unidos. Sus resultados indican que un gran número de mexicano-americanos en el este de Los Angeles se dirige preferentemente al médico de la familia para el tratamiento de algunos desórdenes psiquiátricos (5).

Los mismos investigadores estudiaron las respuestas dadas por 444 mexicano-americanos en el este de Los Angeles a una entrevista sobre creencias y percepciones acerca de la enfermedad mental. Ellos no encontraron estas percepciones muy diferentes de aquellas dadas por 224 angloamericanos: sin embargo, dentro del grupo mexicano-americano hubo algunas diferencias significativas. La variable más importante en la predicción de tal variación en las respuestas fue el idioma en el que se llevó a cabo la entrevista (6).

Los 260 mexicano-americanos que respondieron la entrevista en español, difirieron de los 184 mexicano-americanos que la respondieron en inglés en seis categorías: 1) depresión; 2) delincuencia juvenil; 3) esquizofrenia; 4) factores hereditarios y enfermedad mental; 5) la efectividad de la oración y 6) orientación hacia la familia. Estas diferencias sugieren que al menos en el este de Los Angeles las características culturales de los mexicano-americanos más comúnmente descritas, tales como fatalismos, familismo, fuerte adhesión a valores religiosos formales, autoritarismo patriar-

cal y moralidad conservadora con relación al comportamiento desviado son aplicables (y aun así, con muchas excepciones y cualificaciones) solamente a aquellas personas que hablan principalmente o solamente en español y secundariamente a aquellos que fueron también nacidos en México y educados en dicho país, ocho o más años.

Los mexicano-americanos son bilingües o principalmente monolingües, (o sea que hablan únicamente en inglés), tienen a ser nativos de los Estados Unidos y a haber recibido nueve o más años de educación formal. Su uso del lenguaje expresa su grado de integración a la cultura y no se distinguen de los angloamericanos en su percepción de la salud mental.

Características de los servicios de salud. A más de las características de la población hispana, hay varios aspectos estructurales del sistema de salud asociados con el bajo acceso al servicio médico por parte de los hispanos. Un aspecto tiene que ver con factores culturales; el otro está relacionado con la composición del sistema.

La literatura sobre la salud hispana que se refiere a las características del sistema de salud sostiene que las barreras del lenguaje y las diferencias de clases y culturales entre los usuarios y los profesionales de la salud son factores que influyen en la deficiencia de los servicios (7). Algunos autores consideran que la interpretación de los factores psicosociales basados en la ideología de la cultura dominante puede llevar a posibles errores diagnósticos. Por ejemplo, los hispanos con creencias espiritualistas pueden ser diagnosticados como psicóticos.

La lengua presenta una barrera cultural cuando la población a la que se atiende habla únicamente en español. Una falla frecuente en la comunicación entre hispanos y los proveedores del servicio es la relación interpersonal que se establece entre paciente y médico. Los hispanos tienden a ver al médico como la "autoridad", una relación caracterizada por un alto grado de "dependencia paternalista". Cuando este tipo de relación no se da se crea una distancia social entre el doctor y el paciente. Algunas veces esto se acentúa por la asignación de diferentes doctores a los pacientes para diferentes

evaluaciones. Esto tiende a ocurrir con más frecuencia en hospitales.

El intento de los proveedores del servicio por imponer los valores de la clase media acerca de la salud y enfermedad en paciente hispanos junto con su posible prejuicio y discriminación hacia este grupo, puede mantener y reforzar esta distancia social entre el paciente y los proveedores de la salud. Esta distancia social se hace más marcada porque los hispanos y los proveedores de la salud son con frecuencia víctimas de estereotipos acerca de las personalidades de cada uno y de lo que se considera un comportamiento sano. Los médicos no hispanos con frecuencia ven a los hispanos como supersticiosos, orientados hacia el presente, desinteresados en exámenes preventivos, tomando mucho tiempo antes de decidirse a buscar ayuda y desinteresados en continuar el tratamiento médico en forma adecuada. Los hispanos, por otro lado, pueden percibir a los doctores como orientados por el dinero, a causa de los costos tan altos de los servicios que prestan y poco interesados en el bienestar de sus pacientes. Sin embargo, estos estereotipos disminuyen con el aumento en el status socioeconómico entre la población hispana.

Frecuentemente se menciona en la literatura que las barreras culturales se pueden obviar si se contratan profesionales de la salud bilingües y/o biculturales. Sin embargo, las barreras culturales en los servicios de salud no se resuelven simplemente contratando personal bilingüe. Existe también una necesidad por parte de los proveedores de la salud de integrarse más a la comunidad a la cual prestan el servicio como una manera de familiarizarse con los problemas de los usuarios. En el caso de centros de salud mental, estos servicios pueden llegar a ser altamente utilizados si los hispanos se contratan como administradores o en otras posiciones en las que puedan contribuir en la determinación de políticas de salud.

4. Conductas de los hispanos en relación con los servicios de salud.

Un tema común en la literatura sobre salud de los hispanos se refiere a los factores étnicos como determinantes del comportamiento y la salud (8).

La perspectiva étnica en la salud sostiene que la cultura de un grupo tiene un papel importante en la determinación de los pensamientos, acciones y sentimientos acerca de la enfermedad. El problema con esta perspectiva es que ha sido utilizada como la única explicación para todos los tipos de conducta entre los hispanos.

Las características socioeconómicas y demográficas de la población hispana y otros factores como el tiempo de permanencia en los Estados Unidos, tipos de problemas de salud, conocimiento de recursos, experiencias pasadas con el sistema de salud, también deben ser tenidas en cuenta.

La aceptación de la perspectiva de la clase social implica que en algún grado la importancia de la variable étnica en la salud, está declinando. Sin embargo, no significa necesariamente que está desapareciendo porque aun cuando los factores socioeconómicos se igualan, las diferencias entre los hispanos y otros grupos todavía permanecen. El problema de intentar separar hipotéticamente ambas perspectivas se relaciona con el hecho de que la etnicidad y la clase social tienden a converger en los Estados Unidos; van juntas. Como resultado, los hispanos y los negros tienden a predominar en la clase más baja haciendo difícil distinguir qué clase de comportamientos están relacionados con factores socioeconómicos y cuáles están determinados culturalmente. Aunque los factores culturales y de clase social son igualmente importantes en la determinación de la conducta de los hispanos en relación la salud, es importante tener en cuenta que para la entrada inicial o acceso al sistema formal de salud, los factores de clase social (salario, educación, cubrimiento del seguro médico) parecen ser los determinantes más importantes.

Sin embargo, una vez la persona se ha vinculado al servicio, las barreras del idioma y otras diferencias culturales entre los pacientes y sus proveedores y la organización de los servicios de salud son factores que desestiman la continua utilización de estos servicios; otros comportamientos tales como el uso de medicamentos caseiros, de curanderos y otras prácticas están determinados primeramente por valores culturales his-

panos, los cuales varían según el grado de aculturación y asimilación a los Estados Unidos.

Aquellos hispanos que presentan tales comportamientos, son también los más pobres, aquellos que experimentan mayor discriminación social y aislamiento, y aquellos con las más serias barreras para obtener los servicios médicos. En algún grado los factores de clase social refuerzan la preservación de algunos comportamientos tradicionales entre los hispanos. Existen otros factores identificados en la preservación de esta conducta: 1) El apego del hispano a la tradición, 2) continua comunicación con familiares y amigos de sus países de origen, 3) continua inmigración de los hispanos a los Estados Unidos. Es por esto que para lograr que los hispanos soliciten servicios médicos formales a cambio de sus prácticas tradicionales, ellos tienen que convencerse de que son más útiles (1).

Las subcultura hispana ha sido también descrita como aquella con un punto de vista holístico de la salud y la enfermedad, en la cual buena salud significa que una persona se comporta de acuerdo con su conciencia, con el mandato de Dios y de acuerdo con las normas y costumbres de su grupo; iglesia, familia y comunidad local; no parece haber una separación entre la salud psicológica y el bienestar integral del sujeto. La enfermedad entre los hispanos ha sido considerada como el resultado de los siguientes factores: 1) estados psicológicos tales como rabia, envidia, miedo, preocupación excesiva, dificultades familiares, conducta inapropiada o violación de códigos morales o éticos, 2) condiciones ambientales y naturales tales como aire malo, gérmenes, polvo, malos alientos o pobreza y 3) causas sobrenaturales tales como espíritus malévolos, mala suerte, enemigos que pueden causar daño, etc. Las enfermedades descritas en estudios hechos en comunidades hispanas son entre otras, el mal de ojo, el susto (alma perdida), empacho (malestar en el estómago) y mollera caída. Además, las mujeres y los niños son considerados más débiles en la cultura hispana y por consiguiente más susceptibles a éstas clases de enfermedades (9).

Otras prácticas de salud populares frecuentemente descritas en estudios etnográficos incluyen

el uso de hierbas, té y otros medicamentos caseros que están disponibles para tratar enfermedades infantiles, malestar durante el embarazo, y enfermedades crónicas y agudas. Estudios empíricos recientes indican que estas prácticas son todavía utilizadas por los hispanos. El uso de curanderos para consejos de salud y tratamiento ha recibido una atención considerable en la literatura sobre salud entre los hispanos.

En general, la población de Puerto Rico en Nueva York solicita ayuda de los médicos para sus problemas orgánicos; de los médicos y los espiritistas para las enfermedades crónicas que van debilitando el organismo y los problemas psicossomáticos; y de los espiritistas, para problemas intrapsíquicos e interpersonales. En general, los psiquiatras son vistos como el último recurso en casos de enfermedades mentales que no han podido ser "curadas" por otros métodos, y como los proveedores de fármacos para los nervios mas no como recurso cuando se presentan los problemas del diario vivir.

Por otra parte, investigaciones hechas, entre mexicano-americanos del este de Los Angeles indican que mientras el curanderismo está presente en la comunidad del este de Los Angeles, su importancia ha disminuido considerablemente. Las observaciones etnográficas indican que para los mexicano-americanos en el este de Los Angeles, la fuente de tratamiento preferida para la enfermedad mental es el médico general y no el curandero (10).

Otros estudios sobre salud mental en los hispanos han indicado que la utilización de la medicina popular está relacionada con ciertas variables como la edad, adhesión a un grupo étnico, ocupación, salario, educación, lugar de nacimiento, tiempo de permanencia en los Estados Unidos, etc.; se ha mencionado el hecho de que las personas pobres de mayor edad, nacidas en México con poca educación, tienden a estar más orientadas por la tradición, presentan una mayor adhesión a su grupo étnico y por consiguiente se dirigen con más frecuencia a curanderos y a otro tipo de personas.

El interrogante sobre cuál de los factores, si la clase social o las características étnicas es el más

determinante en el comportamiento de los hispanos acerca de la salud, se mantiene vigente.

5. Problemas en el tratamiento de pacientes hispano-americanos

Desarrollo de un clima de confianza en la relación terapéutica. Algunos Hispanos pueden tener dificultades para confiar en el terapeuta. Dado que los hispanos han experimentado discriminación por parte del sistema social imperante, pueden ver al terapeuta como a un representante del sistema. Debido a sus experiencias pasadas, los pacientes pueden encontrar inicialmente muchas dificultades para convencerse de que el terapeuta está realmente interesado en ellos. A esto se suma el hecho de que muchos hispanos en los Estados Unidos, son indocumentados y por consiguiente temen que el terapeuta los reporte ante la oficina de inmigración. En tal caso, el terapeuta debería explicarles que él no tiene intenciones de reportarlos y que todo lo que se discuta será eminentemente confidencial. Es importante para los terapeutas mostrar interés y más disposición genuina a ayudar; si tal ayuda es apropiada, el paciente puede sentirse más seguro.

El tratamiento del paciente que no habla inglés. Se presenta un problema obvio cuando un terapeuta que no habla español intenta tratar a un paciente que sólo habla español. Con frecuencia, los terapeutas solicitarán la ayuda de algún miembro de la institución que sea bilingüe, o de familiares que acompañan al paciente, quienes ayudarán a hacer la traducción. Sin embargo, el uso de intérpretes no entrenados puede llevar a un número considerable de problemas en la traducción, tales como distorsiones en la información, lentitud en el proceso, etc. En estas situaciones sería recomendable para los terapeutas que no hablan español utilizar la ayuda de intérpretes entrenados o consultar con un terapeuta que hable español. Sería de gran utilidad hablar español con pacientes que prefieren hablar en español aunque sean bilingües.

En un estudio se examinaron en Los Angeles las reacciones de pacientes que hablan español y

de los terapeutas a la entrevista inicial conducida con o sin intérprete. 21 pacientes que utilizaron un intérprete, 40 pacientes bilingües y los 16 residentes de psiquiatría que condujeron las entrevistas completaron cuestionarios orientados a evaluar la terapia y la efectividad de la comunicación. Un número considerable de percepciones de los pacientes y los terapeutas fueron significativamente diferentes. Los pacientes entrevistados con intérpretes se sintieron comprendidos y ayudados y deseaban continuar asistiendo a la consulta y mientras que los terapeutas respondieron que los pacientes vistos con intérpretes se sintieron menos comprendidos y ayudados y no deseaban regresar. Se recomiendan más terapeutas bilingües/biculturales y mayor interés en ayudar a los terapeutas actuales a darse cuenta de lo valiosos que son sus esfuerzos con pacientes que necesitan intérpretes (11).

Diferencias culturales entre terapeuta y paciente. Los terapeutas con frecuencia provienen de un estatus de clase media o clase media alta. Por lo general no provienen de una subcultura hispana. Estas diferencias entre paciente y terapeuta y la consecuente falta de conocimiento de la cultura de cada uno y del estatus social, pueden llevar a una falta de entendimiento y una insatisfacción con el proceso terapéutico por ambas partes.

Por ejemplo, si el paciente es una mujer de una familia mexicana tradicional, y si la familia y los vínculos de la familia con México son muy cercanos, puede ser importante para el terapeuta preguntar al paciente si la figura masculina dominante en la familia podría ser consultada acerca del plan del tratamiento. Podría presentarse el caso de que el hombre dificultara la continuación del tratamiento si no tiene conocimiento de lo que está ocurriendo y no ha sido consultado. Podría ser importante y aún necesario incluirla a él y a la familia entera en la consulta en la terapia.

Es importante utilizar recursos de la comunidad y trabajadores en la medida de lo posible. Tales recursos, por ejemplo, incluyen rehabilitación vocacional y entrenamiento, asistencia legal y financiera, consejería para empleo, etc.

Es importante mostrar un genuino interés personal por el paciente hispano. Este interés se puede mostrar determinando el origen cultural y la historia socio-familiar del paciente. ¿Pertenece el paciente a la primera, a la segunda o la tercera generación del inmigrante? ¿Llegó recientemente de México, de Sur América, de Puerto Rico, de Cuba? ¿Está manejando adecuadamente el proceso de aculturación? ¿Qué lugar ocupa la religión en la vida del paciente?

CONCLUSIONES

La baja representación de hispanos que solicita servicios de salud se debe a una compleja interacción de factores sociales y culturales. Algunos de los factores de mayor influencia son una significativa barrera en el lenguaje, el rol del médico de la familia en la atención de los problemas de salud mental, la falta de interés de las agencias por adecuar sus servicios a las necesidades de los hispanos y la falta de profesionales entrenados para trabajar con la comunidad hispana.

De valor moderado es la amenaza de "deportación" junto con la percepción de estas instituciones como representantes de una sociedad dominante y amenazante, y también de valor moderado son aspectos tales como la significación de la medicina popular y los medicamentos caseros, etc.

Es claro que el gobierno federal debería implementar las siguientes políticas con el de ofrecer mejores servicios a los hispanos: a) El establecimiento de instituciones de salud mental localizadas en zonas donde se concentran comunidades hispanas, b) El impulso a programas de entrenamiento para los profesionales que ofrezcan sus servicios a estas comunidades.

En relación con la problemática de los usuarios y los servicios de salud en nuestro medio, se pueden presentar dificultades similares en cuanto a las diferentes concepciones que tienen los usuarios y los profesionales que prestan su servicio, acerca de la salud y la enfermedad. Esto podría ocurrir especialmente con inmigrantes del campo a la ciudad, comunidades marginadas, subgrupos de diferentes estratos socioeconómicos, etc.

El hecho de que en nuestro medio no exista la

barrera del idioma, como sí ocurre con los hispanos en Estados Unidos, no implica necesariamente que no exista una "barrera" en cuanto a la forma como se da el intercambio de mensajes entre los pacientes y los profesionales, y por ello sería recomendable que se adelantaran investigaciones en este sentido y se adecuaran políticas que tuvieran en cuenta las características y demandas de las comunidades a las que se prestan estos servicios.

ABSTRACT

The purpose of this paper is informing the present status of health services rendered to the hispanic community in the United States of America. This discussion could be useful as the difficulties are similar to those found in Colombia among people that migrate from the rural area to the cities, and among users that are of different social and economic status to that of the health professionals. This different status might result in different concepts of health and disease. This report is divided in three sections. The first section characterizes the hispanic population in the USA. In the second section, aspects related to the use of health

services by this community are discussed. And finally, in the third section the problems that are frequent in the management of these patients are analyzed.

REFERENCIAS

1. **Acosta F.** Effective psychotherapy for low-income and minority patients. New York: Plenum Press; 1982.
2. **Peñalosa F.** Mexican Family Roles. *Journal of Marriage and the Family*. 1968; **30**: 680-689.
3. **Sena-Rivera J.** Extended kinship in the United States: Competing models and the case of la Familia Chicana. *Journal of Marriage and the Family*; feb.1919:121-129.
4. **Dworkin A.G.** Stereotypes and self-images held by native-born and foreign-born Mexican Americans. *Sociology and Social Research*. 1965; **49**: 214-224.
5. **Karno M, Edgerton RB.** Perception of mental illness in a Mexican-American community. *Archives of General Psychiatry*. 1969; **20**: 233-238.
6. **Karno M, Edgerton RB.** Mexican-American Bilingualism and the Perception of Mental Illness. *Archives of General Psychiatry*. 1971; **24**: 286-290.
7. **Cafferty, San Juan P, McCready.** Hispanics in the United States: A New Social Agenda. New Brunswick: Transaction Books; 1985.
8. **Fernandez-Pol, B.** Culture and Psychopathology: A Study of Puerto Ricans. *American Journal of Psychiatry*. 1980; **137**: 724-727.
9. **Rubel A.** Concepts of Disease in Mexican-American Culture. *American Anthropologist*. 1960; **62**:795-814.
10. **Edgerton RB, et al.** Curanderismo in the Metropolis. *American Journal of Psychotherapy*. 1970; **24**: 124-134.
11. **Kline F. et al.** The misunderstood Spanish-speaking patient. *American Journal of Psychiatry*. 1980; **137**: 1530-1533.