

MARÍA DE LOS ANGELES ESPEJEL S.*
SALVADOR VALE M.*

CLASE SOCIAL: RELACION CON TRASTORNOS PSIQUIATRICOS

LOS HALLAZGOS MÁS consistentes en la epidemiología social de las enfermedades mentales indican que el estado socioeconómico bajo, se encuentra directamente relacionado con la incidencia, prevalencia y severidad de la mayoría de los trastornos mentales.¹ Las psicosis, las alteraciones psiquiátricas "orgánicas" y el retraso mental están en un lugar preponderante.

Esta corrección se ha considerado como un factor predisponente dentro del espectro multifactorial en la etiología de las enfermedades mentales. La mayoría de los estudios enfatiza las condiciones psicológicas de tensión en que viven los económicamente desvalidos, aun cuando estudios más recientes reportan elevadas correlaciones entre la pobreza y el funcionamiento anormal del sistema nervioso central. Estas dos orientaciones, psicológicas y orgánicas, respectivamente, representan dos niveles de organización en sociología; el primero, que comprende el estudio de las interacciones sociales, y el segundo, que comprende el estudio en la organización social. Para la investigación en el primer nivel se requiere de trabajo activo de la sociología, mientras que el segundo puede ser llevado a cabo dentro

* (Profesor de Psiquiatría Clínica, Facultad de Medicina, UNAM.).

del área de la psiquiatría clínica. Por esta razón, focalizamos el trabajo a esta última área.

A continuación, analizamos los datos disponibles sobre la relación entre "clases sociales y alteraciones psiquiátricas" mediante la facilitación de disfunción cerebral inespecífica, señalando las variables significativas sugeridas en la literatura y que han estado sujetas a un análisis experimental. El intento de buscar mecanismos biológicos integrativos corresponde a la proposición de que solamente un número limitado de vías finales comunes están involucradas en los eventos clínicos, a pesar de las múltiples variables que conducen a su iniciación.

PROBLEMAS MÉDICOS ENTRE LAS CLASES SOCIALES DESVALIDAS

Para el pobre, el riesgo de morir por abajo de los 25 años de edad, es cuatro veces mayor que el riesgo promedio nacional. La expectativa promedio de vida en los Estados Unidos, es de 70.2 años, pero para la raza negra es de 63.6 años. La mortalidad durante el parto entre los blancos es de 22.4 por 100,000, contra 90.2 por 100,000 para los negros. La mortalidad infantil entre los negros es 90% más elevada que entre los blancos y va en aumento conforme el ingreso económico familiar descende; por es-

ta razón, si el pobre se ve obligado a emigrar, aumenta su mortalidad en otro 50%.^{2,3} (Algún autor consideró estas diferencias como producto de diferencias biológicas raciales, sin embargo, Eysenk⁴ presenta las evidencias necesarias para demostrar que dependen del ingreso económico familiar, por lo tanto, comparando clases sociales, las diferencias raciales desaparecen.⁵ En México, el 68% del total de prematuros, presentan alguna forma de disfunción cerebral, y provienen de familias de jornaleros campesinos, trabajadores manuales y eventuales.^{6,7}

Enfermedades como cardiopatías, hipertensión, artritis, alteraciones ortopédicas y enfermedades mentales, son más comunes entre los pobres. Las muertes por tuberculosis, sífilis, influenza, neumonías y accidentes vasculares cerebrales, son dos veces más frecuentes entre las clases desvalidas que entre las clases I y II de Hollingshead⁸ (ver cuadro No. 1).

Con estos datos, es evidente que los recursos biológicos necesarios para la salud, se obtienen socialmente en relación inversa a la pobreza. Para agravar las cosas, las clases desvalidas, están colocadas en un sistema circular o de retroalimentación, que impide la evolución a estados económicos mejores.

INGRESO FAMILIAR, DESARROLLO ANATÓMICO Y DESNUTRICIÓN

Numerosas diferencias anatómicas son detectables al nacimiento entre los extremos de nuestra clasificación social. Naeye¹⁰ compara estas diferencias en autopsias, y, con los adecuados controles para raza, sexo, edad gestacional y área urbana de procedencia, encuentra que el ingreso familiar tiene una potencia influencia pre-natal, que culminan con 15% de deficiencias en el peso al nacimiento para los pobres sconsiderando pobres a aquellos sujetos que en Nueva York, 1966, no llegaban a disponer de 9 pesos por día, sólo para alimentación. Como están controladas otras variables que pueden conducir a esta deficiencia de peso, se considera que es la nutrición deficiente y/o inadecuada, la que media entre la pobreza y las deficiencias señaladas ($p < 0.005$).

El sufrimiento tisular no es homogéneo. Los órganos más afectados son el timo, el bazo, el hígado y las adrenales; el siguiente en la escala es el cere-

CUADRO 1

DIFERENCIAS ENTRE LAS CLASES SOCIALES, SEGUN HOLLINGSHEAD*

Clase Social	Nivel Económico	Educación	Ocupaciones	Participaciones Sociales	Higiene	%
I	Muy Elevado	Instrucción Superior	Directivos Industriales	Muy amplias	Buena	3.1
II	Elevado	Instrucción Superior	Profesionales	Amplias (Clubs)	Buena	8.1
III	Medio	Instrucción Técnica	Pequeños Propietarios o Técnicos	Limitadas	Regular	46.0
IV	Bajo	Instrucción Elemental	Jornalero	Limitadas (Sindicatos o Vecindario)	Mala	22.0
V	Infimo	Nula	Eventuales	Vecindarios y vía Pública	Pésima	17.8
Desconocidos						3.0

Adaptado de: Clase social y enfermedad mental, Hollingshead y Redlich, 1958.⁹

bro (6% de hipodesarrollo, significativo más allá del 0.05 de confiabilidad) y los últimos en estar afectados son riñón, corazón y sistema esquelético. Estos hallazgos se han reproducido experimentalmente en animales, con similar daño tisular.¹¹

DESNUTRICIÓN, DESARROLLO INFANTIL Y RETARDO MENTAL

Empíricamente se ha asociado la desnutrición (especialmente si es severa) con retardo en el desarrollo físico e intelectual. Las controversias así suscitadas, llevaron a diseños experimentales con las siguientes conclusiones:

La desnutrición cuando es sostenida, propicia un cociente intelectual bajo, que se sostiene por toda la vida del sujeto y que se potencia cuando el individuo pertenece a las clases sociales desvalidas.¹² Se consideró que la desnutrición temprana inhibía el crecimiento cerebral y el desarrollo intelectual subsecuente. Con esta tesis, Cravioto y Robles, en México,^{13,14} encuentran relación significativa entre clase social pobre — desnutrición — retardo en el desarrollo físico — retardo mental — disminución en la capacidad adaptativa.

Recientemente, Chase y Martin¹⁵ reportan correlación significativa entre Desnutrición Crónica y:

- a) Estatura menor a la normal.
- b) Peso menor al normal.
- c) Perímetro cefálico disminuido.
- d) Bajo cociente intelectual.

Si la desnutrición dura todo el primer año de vida, el daño en el perímetro cefálico y en el cociente intelectual es irreparable; por otro lado, si el ambiente se mejora, la talla y el peso pueden recuperarse.

Las condiciones sociales estadísticamente significativas, corresponden estrictamente a la clase socioeconómica desvalida de Hollingshead: separación entre los padres, alcoholismo familiar, descendencia numerosa y aporte insuficiente de dinero al grupo. Los siguientes factores, NO tuvieron relación significativa: educación y edad en los padres, conducta antisocial de alguno de los progenitores y COCIENTE INTELECTUAL DE LOS PADRES. (Ver cuadro 2).

Este último dato es de extraordinaria importancia en la epidemiología del retardo mental. Sabemos que el retardo mental tiene etiología "orgánica" en un 25%, y que el 75% restante corresponde a la llamada "forma familiar", en la que no se han identificado alteraciones orgánicas (genéticas o morfológicas, y para las cuales se ha acuñado el término de "Retardo Mental Psicossocial"¹⁶ (Ver figura 1). Estos factores psico-sociales, para Zigler, comprenden: la privación sensorial, la privación emocional, la desnutrición, y las consecuencias reverberantes de automantenimiento.

Los sujetos de clases sociales bajas, que al nacimiento tienen cerebros de menor peso que el promedio, están sujetos a factores ambientales de privación, elevada morbilidad ante la desnutrición

CUADRO 2

DESNUTRICION CRONICA EN NIÑOS: ALTERACIONES EN EL DESARROLLO Y FACTORES SOCIALES ASOCIADOS*

Alteraciones	Factores Sociales Asociados	
	Significativamente	No Significativamente
Estatura menor a la normal	Alcoholismo familiar	Educación familiar
Peso menor al normal	Descendencia numerosa	Edad de los padres
Perímetro cefálico disminuido	Separación entre los padres	Conducta Antisocial en algún progenitor
Cociente intelectual	Aporte insuficiente de dinero al grupo	Cociente intelectual en los padres

* Modificado de Chase, 1970 (15).

CUADRO 3

PREVALENCIA DE PSICOSIS POR
100 000 HABITANTES*

Clases Sociales	Prevalencia de Esquizofrenia	Prevalencia de Psicosis en General	Porcentajes
I	55	94	3.8%
II	56	94	3.8%
III	168	291	13.2%
IV	300	518	38.6%
V	895	1505	36.8%
Desconocidos			3.8%

* Modificado de Hollingshead, 1958 (9).

sostenida y ante otras enfermedades. Esto condiciona una evolución hacia el retraso mental, en que la correlación neurofisiológica comprendería, disminución de uniones sinápticas interneuronales,¹⁷ disminución de la actividad hipofisiaria simulando hipopituitarismo,¹⁸ y lentificación en los procesos metabólicos generales del S.N.C.

CLASE SOCIAL DESVALIDA, TRASTORNOS EN LA
ADAPTACIÓN Y ERRORES DE CONDUCTA

En el tratamiento de niños con problemas psiquiátricos, se encuentran diferencias dependientes de la clase social a la que pertenecen. Las diferencias consisten en la severidad de los síntomas y la resistencia a los tratamientos. Las áreas más frecuentemente afectadas son: el habla, el aprendizaje, la adquisición de hábitos de higiene y limpieza, y la respuesta emocional apropiada ante el stress;¹⁹ mucho más dañadas o distorsionadas mientras más bajo es el nivel socioeconómico. Esta diferencia sugiere que el niño pobre que asiste a consulta psiquiátrica, está dañado con mayor severidad. Para eliminar la probabilidad de que los padres de posición socioeconómica elevada enmascaren los síntomas en sus hijos, se han diseñado experimentos ciegos en los que se comprobó que éstos son más críticos para la conducta de los chicos.

La mayoría de los autores consideran que este daño en las clases pobres se remonta a los períodos críticos perinatales²⁰ en donde se producen las "cica-

trices" que son fuente potencial para la morbilidad psiquiátrica por el resto de sus vidas.

Relacionado a lo anterior, sabemos que el stress es capaz de provocar alteraciones tisulares en el S.N.C. en sujetos predispuestos; así, en terreno experimental, se ha asfixiado a monos Rhesus recién nacidos durante 3 minutos y posteriormente se les ha recuperado, se han seguido longitudinalmente y sacrificado a edades diferentes. Si se sacrifican en forma aguda, no hay huellas microscópicas de lesión, pero si la muerte va precedida por stress, se encuentran lesiones difusas, perivasculares, en el S.N.C. Estas lesiones no aparecen en el grupo control.²¹

Si éste es uno de los caminos de origen del daño cerebral en un sujeto con "alto riesgo de morbilidad psiquiátrica" (con alteraciones previas en la esfera intelectual y adaptativa), podemos explicarnos los hallazgos de Hertzog y Birch^{22,23} en infractores adolescentes, en los que encuentran muy elevada incidencia de los llamados "signos neurológicos blandos".

Desde un punto de vista estadístico, la criminalidad y la clase social solamente se relacionan en lo referente a homicidios. A mayor cantidad de sujetos de clase IV y V de Hollingshead, mayor es la incidencia de homicidios a nivel nacional.^{1,24}

CLASE SOCIAL Y PSICOSIS

La relación entre la pobreza y la prevalencia, así como la severidad de las psicosis, es el dato más antiguo dentro de la sociología de las enfermedades mentales.

Las psicosis esquizofrénicas, presentan mayor incidencia, prevalencia y severidad, conforme se desciende en el estrato socioeconómico; de acuerdo a los datos señalados por Hollingshead⁹ esta diferencia es debida a "...las condiciones de vida de los pobres dentro de la sociedad..." (pág. 242). Los datos porcentuales que este autor presenta, están resumidos en el cuadro 3. En estas cifras, encontramos dos pendientes inversamente relacionadas: a) El descenso en la clase social se asocia a b) Un aumento en la prevalencia de las psicosis. El análisis de esta relación mediante el proceso lineal producto-momento con la fórmula:

$$r_{xy} = \frac{\sum xy}{\sqrt{\sum x^2 \cdot \sum y^2}}$$

proporciona confiabilidad más allá del 0.01. Esta correlación es mucho más débil para procesos del tipo de las psicosis maniaco-depresivas, según el mismo autor.

Como el dato epidemiológico más sólido en las esquizofrenias es el genético, los datos obtenidos de gemelos univitelinos son extraordinariamente valiosos. Para nuestro problema, analizamos gemelos univitelinos discordantes. El gemelo esquizofrénico presenta una o más de las seis características siguientes:²⁵

- a) Presentó alguna complicación durante el parto.
- b) Anoxia neonatal.
- c) Menor peso y talla al nacimiento que su gemelo.
- d) Hipotonía muscular al nacimiento.
- e) Alguna enfermedad del S.N.C. durante la infancia.
- f) Menor cociente intelectual que su gemelo.

Estos "antecedentes" de esquizofrenia, focalizan claramente el problema hacia la lesión orgánica del S.N.C. como factor predisponente. Hertzog y Birch²³ citan concretamente que la lesión del S.N.C. es un pre-requisito para el posterior desarrollo de las psicosis. Rochford²⁶ señala al respecto que el paciente esquizofrénico más severamente lesionado del cerebro tiene remisiones más pobres, y considera que hay una interferencia en el dañado cerebral (independiente de la psicosis, pero con efectos aditivos) para enfrentarse al stress y a las circunstancias nuevas, propiciando de esta manera mayores deficiencias de interconexión neuronal que culminan en conductas maladaptativas, y progresivamente a desorganizaciones más complejas en áreas intelectuales y conativas.

CONCLUSIONES

Aun cuando desde hace 30 años están apareciendo reportes sobre la influencia que la pobreza tiene en las enfermedades mentales, se considera que ignoramos aún por qué la pobreza es tan maligna: ¿si es por desnutrición?, ¿por hacinamiento?, ¿por frustración?, ¿por desconfianza?²⁷

La metodología en estas áreas, aún tiene muchas deficiencias, pero consideramos que en el nivel de organización social, la desnutrición es altamente significativa. Recordemos que la Organización Mundial de la Salud, estima que en la actualidad el 50% de la población mundial se encuentra desnutrida.¹⁵

Hemos delineado cómo la desnutrición influye severamente, especialmente en etapas prenatales y neonatales, sobre el tejido cerebral, limita el desarrollo intelectual y las capacidades adaptativas, y propicia la formación de una población "con riesgo elevado de morbilidad psiquiátrica" para el retraso mental, los trastornos de conducta y las psicosis.

Con datos estadísticos de DeWitt-Greene²⁸ esperábamos en México para 1970: 63,000 neonatos que desarrollarían retraso mental, de los cuales 47,500 tendrían factores etiológicos "psico-sociales". Aunado a esto, con los datos de Jurado-García⁷ habría 147,000 niños con alguna forma de daño cerebral, lo que nos da en ese año más de 195,000 sujetos de alto riesgo de morbilidad psiquiátrica.

Repitiendo palabras de Josué de Castro: "... cada día 10,000 personas mueren de hambre en el mundo... más de mil millones de seres humanos, viven en este momento con hambre..." Por lo anterior, el panorama actual es alarmante, ya que para la prevención de las enfermedades mentales, necesitamos programas efectivos que mejoren las condiciones socio-económicas de las clases desvalidas.

REFERENCIAS

1. BRENNER Y COLS.: *Economic Conditions and Mental Hospitalization for Functional Psychoses*. J. Nerv. Ment. Dis. 145: 371-384, 1967.
2. NORMAN, J. C.: *Medicine in the Ghetto*. New Eng. J. Med. 281: 1271-1275, 1969.
3. United States Department of Health, Education and Welfare, Public Health Service, Vital and Health Statistics. Infant mortality Trends. Washington DC, Government Printing Office, 1965 (No. 1000-S 20).
4. EYSENK, H.: *A Critique of Jensen*. New Scientist 10, may 1969, pag. 228.
5. BURT, C.: *Intelligence and Heredity*. New Scientist. 10, may, 1969, pag. 226.
6. CRAVIOTO, M. J. y COLS.: *The Ecology of Growth and Development in a Mexican preindustrial community*, Report I. Monographs of the Soc. Res. Child. Develop. Serial No. 129, Vol. 34, No. 5, aug. 1969.
7. JURADO GARCIA, M.: *Epidemiología de la Prematuridad*. Bol. Med. Hosp. Inf. (Méx.). 27: 225-250, 1970.
8. GREENE, CH., R.: *Medical Care for Underprivileged Population*. New Eng. J. Med. 282: 1187-1193, 1970.

9. HOLLINGSHEAD, A. B. y REDLICH, F. C.: *Social Class and Mental Illness*. New York, Jhon Wiley & Sons (Ed), 1958.
10. NAEYE, R. L. Y COLS.: *Urban Poverty: Effects on Prenatal Nutrition*. Science 166: 1026, 1969. ..
11. NAEYE, R. L.: Lab. Invest. 15: 700, 1966.
12. STOCH, M. B. Y COLS.: *Does Undernutrition during infancy inhibit Brain Growth and Subsequent Intellectual Development*. Arch. D's. Chld. 38: 546-552, 1963.
13. CRAVIOTO, J. y ROBLES, B.: *Evolution of adaptive and Motor Behaviour during Rehabilitation from Kwashiorkor*. Am. J. Orthopsychiat. 35: 449-464, 1965.
14. CRAVIOTO Y COLS.: *Nutrition, Growth and Neuro-integrative Development; an experimental Ecologic Study*. Pediatrics. 38: (Supl. 2). 321-333, 1966.
15. CHASE, H. P. and MARTIN: *Undernutrition and Child Development*. New Eng. J. Med. 282: 933-939, 1970.
16. ZIGLER, E.: *Familial Mental Retardation. A continuing Dilemma*. Science 155: 292-298, 1970.
17. SCHAPIRO, S. Y COLS.: *Early Experience: Effects upon cortical Dendrites*. Science 167: 292-294, 1970.
18. POWELL, G. F. Y COLS.: *Emotional Deprivation and Growth Retardation: Simulating Idiopathic Hypopituitarism, I y II*. New Eng. J. Med. 276: 1271-1278 y 1279-1283, 1967.
19. WILLIAMS, D. T. Y COLS.: *Effects of Socioeconomic Factors on Childhood Psychiatric Impairment*. Arch. Gen. Psychiat. 21: 368-372, 1969.
20. KNOBLOCH, H. y PASMANIK, B.: *Environmental Factors Affecting Human Development before and after Birth*. Pediatrics. 26: 210-218, 1960.
21. WINDLE, W. F.: *Cerebral Hemorrhage in Relation to Birth Asphyxia*. Science 167: 1000-1002, 1970.
22. HERTZIG, M. E. y BIRCH, H. G.: *Neurologic Organization in Psychiatrically Disturbed Adolescents Girls*. Arch. Gen. Psychiat. 19: 528-537, 1968.
23. HERTZIG, M. E. y BIRCH, H. G.: *Neurologic Organization in Psychiatrically Disturbed Adolescents*. Arch. Gen. Psychiat. 19: 528-537, 1968.
24. BARRET, G. V. Y COLS.: *Psychogenic Death: A Reappraisal*. Science 167: 304-306, 1970.
25. OFFORD, D. Y COLS.: *Behavioral Antecedents of Adult Schizophrenia*. Arch. Gen. Psychiat. 21: 267-283, 1969.
26. ROCHFORD Y COLS.: *Neuropsychological Impairments in Functional Psychiatric Diseases*. Arch. Gen. Psychiat. 22: 114-119, 1970.
27. CUMMING, E.: *Epidemiology: Some Unresolved Problems*. (Ed No'e). Amer. J. Psychiat. 126: 1645-1646, 1970.
28. DE WITTE-GREENE: *Mortalidad y Morbilidad Perinatales*. En "Diagnóstico y Manejo de algunos problemas del Recién Nacido". Ed Med. Hosp. Inf. Mex. 1968, pp. 5-24.