

CONSIDERACIONES SOCIOECONÓMICAS EN PSIQUIATRÍA

Por PEDRO RUIZ*

RESUMEN

Objetivo: En este trabajo se hace hincapié en la relación que existe entre las enfermedades mentales y los factores socioeconómicos. En este sentido, se ofrece como hipótesis que los niveles socioeconómicos bajos, mayormente representados por la pobreza, afectan grandemente el estado general de la salud médica y mental.

Método: Se utilizó primordialmente la población Hispano Americana de los Estados Unidos como ejemplo de la relación directa e indirecta que existe en el ciclo de "pobreza, estrés y enfermedad mental".

Resultados: El estado de pobreza produce en las poblaciones un deterioro en el acceso a los cuidados de salud médica y psiquiátrica. Además, la pobreza genera grandes estados de tensión y estrés, los cuales conducen al desarrollo, empeoramiento y cronicidad de una gran mayoría de los trastornos psiquiátricos, como por ejemplo, esquizofrenia, depresión, trastornos de ansiedad, abuso a drogas y alcoholismo.

Se espera que este trabajo estimule aún más la investigación de un tema de tanta importancia en las Américas, sobre todo en la América Latina.

SUMMARY

Objective: In this paper, emphasis is made on the relationship that exists between psychiatric illnesses and socioeconomic factors. In this context, it is advanced the hypothesis that lower socioeconomic levels, primarily represented by poverty, greatly impact the general status of health and mental health.

Method: Data from the Hispanic American population who reside in the United States was primarily utilized to demonstrate the direct and indirect relationship that exists in the cycle "poverty, stress and mental illness".

Results: Poverty produced in the population a deterioration in the access to health and mental health care. Additionally, poverty produces a lot of tension and stress. Stress in turn leads to the development and/or aggravation of psychiatric disorders; for instance, schizophrenia, depression, anxiety disorders, substance-induced disorders and alcoholism. Hopefully, this paper will stimulate further attention and investigative efforts in this very important subject for the entire American Continent, especially in Latin America.

PALABRAS-CLAVE : Pobreza, estrés, salud mental

KEY WORDS : Poverty, stress, mental health

* Profesor de Psiquiatría y Subjefe del Departamento de Psiquiatría y Ciencias de la Conducta de la Escuela de Medicina de la Universidad de Texas en Houston, Texas, USA.

Correspondencia: Dr. Pedro Ruiz. 1300 Moursund Street. Houston, Texas 77030.USA.

E-mail: pedro.ruiz@uth.tmc.edu

INTRODUCCIÓN

En el año 1965 se crearon en los Estados Unidos los programas de "Medicaid" y de "Medicare"¹. El "Medicaid" se creó para las personas necesitadas menores de 65 años y el "Medicare" para las personas de más de 65 años. Uno de los principales motivos para desarrollar estos dos programas públicos de seguro médico y hospitalario fue que se dieron cuenta que muchos sectores de la población de los Estados Unidos no tenían un buen acceso a los cuidados de salud médica y psiquiátrica. Entre los grupos de personas más afectadas al respecto se encontraban los niños, los ancianos y los grupos étnicos minoritarios, sobre todo el Afro Americano y el Hispano Americano. Sin embargo, después de 30 años de existencia, dichos programas no cumplen aún sus metas originales. En el momento actual, el número de personas sin seguro médico y hospitalario en los Estados Unidos es mucho mayor que el existente en 1965. Entre los Hispano Americanos esta situación ha alcanzado niveles de crisis; no sólo en lo que respecta a los cuidados médicos sino también a los cuidados psiquiátricos. Por ejemplo, en 1987 el número de Hispano Americanos menores de 65 años que no tenían seguro médico y hospitalario fue de 6 millones, mientras que en 1977 dicho número sólo fue de 2 millones², en la actualidad hay aproximadamente 11.89 millones³.

Al principio de la década de 1980 se trató de mejorar la situación existente en lo que respecta a la falta de seguros médicos y hospitalarios entre los grupos pobres de la población de los Estados Unidos. Para lo cual se crearon grupos de seguros médicos y hospitalarios a nivel estatal y se amplió el programa de "Medicaid", sobre todo para la población infantil de la Nación. Con estas medidas se pensó que el acceso a los cuidados

médicos y psiquiátricos mejoraría. Sin embargo, la realidad es que la situación al respecto no sólo no ha mejorado, sino que ha empeorado. En 1997, aproximadamente el 15.6% de la población de los Estados Unidos, esto es, 41.7 millones de habitantes, no tenían ningún tipo de seguro médico⁴.

En lo que respecta al grupo Hispano Americano, la falta de seguros médicos y hospitalarios no sólo afecta a aquellas personas que tienen seguros médicos y hospitalarios públicos ("Medicaid" y "Medicare"), sino también a las que tienen seguros médicos y hospitalarios privados. Por ejemplo, el porcentaje de Hispano Americanos cubiertos por los seguros de "Medicaid" y "Medicare" disminuyó de 23% en el año 1977 a 18% en el año 1987. Entre los Hispano Americanos con seguros médicos y hospitalarios privados, el porcentaje también disminuyó de 64% en el año 1977 a 57% en el año 1987⁵. En este sentido, la situación de los Hispano Americanos en el sector privado es tan precaria que sólo el 57% de las familias Hispano Americanas en las cuales hay miembros de la familia trabajando tenían seguros médicos y hospitalarios privados a finales de la década de los 80. Dicho porcentaje en las familias de la raza blanca fue de 86%⁶. En el año 1989, el 33% de los Mejicano Americanos, el 20% de los Portorriqueños y el 25% de los Cubano Americanos que residían en los Estados Unidos no tenían ningún tipo de seguro médico y hospitalario⁶.

Teniendo en cuenta estos antecedentes con respecto al estado de la salud médica y psiquiátrica en los distintos sectores de la población de los Estados Unidos. Este trabajo enfocará la relación que existe entre el estado de pobreza y los trastornos médico/psiquiátricos en forma amplia y precisa. Se definirá la población Hispano Americana de los

Estados Unidos, se discutirá desde un punto de vista teórico el ciclo de "pobreza, estrés y enfermedad mental", se analizará objetivamente la relación que existe entre los factores socioeconómicos y las enfermedades médicas/psiquiátricas y se hará una serie de recomendaciones para mejorar el estado de la salud médica/psiquiátrica de las personas de bajos niveles socioeconómicos o que viven en estado de pobreza.

DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN HISPANO AMERICANA

De acuerdo con el censo poblacional del año 2000³, residen en la actualidad en los Estados Unidos aproximadamente 35.3 millones de Hispano Americanos, los cuales representan el 12.5% de la población total del país. El mayor grupo de Hispano Americanos, está constituido por los Mejicano Americanos con 20.6 millones de personas, seguido del Portorriqueño con 3.4 millones de personas y el Cubano Americano con 1.2 millones de personas. El grupo representado por los Centro Americanos y los Sudamericanos tienen en conjunto 3.1 millones de personas, sin incluir a los Portorriqueños que residen en la Isla de Puerto Rico que son 3.8 millones aproximadamente o a los Hispano Americanos que viven ilegalmente en los Estados Unidos que se estima son aproximadamente 5 millones³.

La observación de las características sociodemográficas de la población Hispano Americana de los Estados Unidos demuestra que su estado socioeconómico no es satisfactorio. Por ejemplo, en 1997 el 24.4% de las familias Hispano Americanas estaban dirigidas por mujeres, mientras que dicho nivel en la población general del país era tan sólo 13%. Al respecto, las familias Portorriqueñas son las más afectadas con una tasa de

39.4%. También, las familias Hispano Americanas de América Central y de América del Sur están bastante afectadas en este sentido con una tasa de 26.8%³.

Con respecto al nivel educacional, en el año 2000 sólo el 54.5% de los Hispano Americanos lograron terminar el "high school", y el 10.3% lograron terminar el "college" o universidad. Sin embargo, el 82.1% de la población general del país logró terminar el "high school" y el 23.9% logró terminar el "college" o universidad. Al respecto, los más afectados fueron los Mejicano Americanos. Sólo el 48.6% de los Mejicano Americanos lograron terminar el "high school" y el 7.5% lograron terminar el "college" o universidad³.

Desde el punto de vista de ingreso financiero familiar, en 1997 el 14.7% de las familias Hispano Americanas ganaron menos de \$10,000 dólares al año y 21.5% ganaron más de \$50,000 dólares al año. Dichos niveles en la población blanca del país fue de 5.9% en las familias con entradas menores a \$10,000 dólares al año y 44.1% en las familias con entradas de más de \$50,000 dólares al año. Las familias más afectadas fueron las Portorriqueñas en las cuales un 24.1% tuvieron entradas de menos de \$10,000 por año, así como las Mejicano Americanas en las cuales sólo un 19.4% tuvieron entradas de más de \$50,000 al año³. Como resultado de estos estados financieros tan precarios, en 1999 el 21.7% de las familias Hispano Americanas vivían en nivel de pobreza. Dicho nivel de pobreza en la población general del país fue de 10.2% el mismo año. El ingreso promedio anual de las familias Hispano Americanas en 1999 fue de \$30,735 dólares, mientras que el de la raza blanca fue de \$44,366 dólares. También, se debe de hacer notar que las familias Afro Americanas sufren esta misma situación. El nivel de ingre-

so financiero anual de las familias Afro Americanas fue de sólo \$27,910 dólares en el año 1999³.

Los datos sociodemográficos previamente señalados demuestran que las condiciones socioeconómicas de la población Hispano Americana de los Estados Unidos es precaria y que hay muchas familias Hispano Americanas viviendo en niveles socioeconómicos bajos; esto es, en la pobreza.

EL CICLO "POBREZA, ESTRÉS Y ENFERMEDAD MENTAL"

Teóricamente, el concepto del ciclo "pobreza, estrés y enfermedad mental" está basado en que al afectarse cualquiera de los tres sectores del ciclo, por ejemplo el estrés, los otros dos sectores, la pobreza y la salud mental, también se afectarían. Dicho de otra manera, un aumento en el nivel de estrés conlleva a la posibilidad de un aumento en el nivel de pobreza, así como también a un aumento en el desarrollo o empeoramiento de las enfermedades mentales. A la vez, un aumento en el estado de pobreza conlleva a la posibilidad de un aumento en el nivel de estrés, como también un aumento o deterioro de las enfermedades mentales. Finalmente, también se puede concebir que un aumento en el desarrollo de las enfermedades mentales o al deterioro de las mismas, conlleve a un aumento en el estado de nivel de estrés y a un aumento en el nivel de pobreza.

La relación que existe entre los factores socioeconómicos y las enfermedades mentales quedó bien demostrado en el estudio original llevado a cabo por August B. Hollingshead and Frederick C. Redlich⁷. Este estudio demostró, que ciertos factores socioeconómicos tenían gran

relación con las enfermedades mentales, así como también con la forma en que las personas afectadas por las enfermedades mentales recibían sus tratamientos psiquiátricos. También, demostró que la mayor prevalencia de estados psicóticos se observa en los grupos sociales más pobres.

En forma similar, en el año 1939 otro estudio hecho en Chicago por R.E.L. Faris y H. W. Dunham⁸, demostró la relación que existe entre la pobreza, el estrés y las enfermedades mentales. Dicho estudio permitió observar que el deterioro mental producido por la esquizofrenia producía un aumento en el nivel de estrés y un deterioro en el estado socioeconómico de las personas afectadas por dicha enfermedad. Mediante la observación de este proceso, se notó claramente el deterioro o "drifting" de los pacientes que sufrían de esquizofrenia, los cuales tendían a residir en las zonas más pobres de la ciudad de Chicago.

En forma similar, M. H. Brenner⁹ en 1973, demostró la relación que existe entre los factores socioeconómicos y el estado de salud mental de las personas. En dicho estudio se notó, sin lugar a dudas, que un deterioro financiero o socioeconómico podía conllevar a un aumento en el nivel de estrés y al desarrollo o empeoramiento de las enfermedades mentales. Por ejemplo, se pudo observar que cuando se producían deterioros socioeconómicos en los grupos pobres de una comunidad, se evidenció un aumento dos veces mayor en el número de admisiones psiquiátricas en dicha comunidad. Además, en este estudio Brenner concibió que esto se debía a dos factores. Un factor era que el nivel de estrés producido por el deterioro socioeconómico podía producir enfermedades mentales en personas vulnerables a dicho estrés. El otro

factor era que personas con enfermedades mentales latentes eran muy vulnerables al aumento de los niveles de estrés que se producían como resultado del deterioro socioeconómico, debido a ello, dichas personas desarrollaban enfermedades mentales. El estudio demostró que la influencia de ciertos factores socioeconómicos, sobre los cuales las personas no tenían ningún control, podían producir enfermedades mentales en dichas personas.

Más recientemente, otro estudio original llevado a cabo por Mary Merva y Richard Fowles¹⁰ en la Universidad de Utah en los Estados Unidos demostró claramente que los factores socioeconómicos tenían una gran influencia e impacto tanto en las enfermedades médicas como en las enfermedades psiquiátricas. Este estudio se llevó a cabo en 30 zonas urbanas de los Estados Unidos durante un periodo de 14 años, del año 1976 a 1990. Demostrando que un aumento en el nivel de desempleo de un 1% producía un aumento en el número de suicidios de 0.84%, un aumento en el número de homicidios de 6.7%, un aumento en el número de muertes debidas a accidentes de 0.76%, un aumento en el número de muertes debidas a enfermedades cardíacas de 5.6%, y un aumento en el número de muertes debidas a embolias de 3.1%. También, en este estudio se demostró que los deterioros socioeconómicos producen un aumento en el nivel de estrés y que el estrés a su vez produce condiciones médicas y psiquiátricas patológicas. Además, sugirió que una disminución significativa en el nivel de desempleo puede producir una disminución en el nivel de pobreza, una disminución en el nivel de estrés y una mejoría significativa en el estado de la salud médica y psiquiátrica.

FACTORES SOCIOECONÓMICOS

Parte del problema relacionado con los servicios de salud médicos y psiquiátricos en la población Hispano Americana de los Estados Unidos es el hecho que en el sector laboral el 46% de los Portorriqueños, el 53% de los Mejicano Americanos y el 60% de los Cubano Americanos no tienen seguros médicos u hospitalarios⁴. Esto se debe en gran parte a que un gran número de centros laborales no ofrecen seguros médicos y hospitalarios a sus empleados y que muchos trabajadores Hispano Americanos no tienen los ingresos suficientes como para poder adquirir estos tipos de seguros. Además, es de esperar que los trabajadores que no ganan lo suficiente para poder adquirir seguros médicos y hospitalarios sean elegibles para el programa de seguro médico público "Medicaid", sin embargo, esto no sucede así. Por ejemplo, en el año 1988 sólo el 32.4% de los Portorriqueños, el 13.7% de los Mejicano Americanos y el 11.9% de los Cubanos Americanos que residían en los Estados Unidos estaban asegurados en el "Medicaid"⁶. Debido a ello, en el momento actual el número de Hispano Americanos sin ningún tipo de seguro médico y hospitalario es alto. Con respecto a la población Hispano Americana de los Estados Unidos, esta situación se agudiza aún más en ciertos Estados. En los Estados Unidos hay Estados que tienen más conciencia social y humanitaria; como el Estado de Nueva York donde el gobierno se preocupa y ayuda más a los sectores pobres de la población; sobre todo en lo que respecta a los cuidados de salud médica y psiquiátrica. En otros Estados como Texas y Florida no ocurre esto.

Entre la población Hispano Americana de los Estados Unidos, los Portorriqueños son

los que tienen la situación más precaria con respecto a la atención médica y hospitalaria. Por lo tanto, ellos sufren a menudo de problemas crónicos de salud, los cuales conducen a limitaciones en sus actividades y a incapacidad física o mental¹¹. La situación al respecto es tan precaria entre los Hispano Americanos que residen en los Estados Unidos que, en comparación con los habitantes de raza blanca o "Anglo-Sajona", los Hispano Americanos tienden a ser admitidos con mayor frecuencia a los hospitales a través de las salas de emergencia. También, permanecen en los hospitales por periodos más prolongados resultando estos más costosos¹². Además, la mayoría de los Hispano Americanos reciben los cuidados de salud médica y psiquiátrica en hospitales y clínicas del sector público¹³.

Es interesante hacer notar que los Hispano Americanos que tienen un menor grado de aculturación debido a que, por ejemplo, son recién llegados a los Estados Unidos, reciben menos cuidados de salud médica y psiquiátrica ambulatoria que aquellos Hispano Americanos que tienen un grado mayor de aculturación¹⁴. Por ejemplo, entre los Hispano Americanos que están asegurados en "Medicaid", los que tienen un menor nivel de aculturación son hospitalizados cuatro veces menos que aquellos que tienen un nivel mayor de aculturación. También, es importante señalar que en muchas ocasiones los Hispano Americanos rechazan los servicios médicos y psiquiátricos que se les ofrecen en hospitales y clínicas debido a que ellos opinan que dichos servicios médicos y psiquiátricos carecen de sensibilidad cultural, entendimiento social y conocimiento del idioma que ellos hablan¹⁵.

Otra demostración de la relación que existe entre los factores socioeconómicos y los

cuidados médicos y psiquiátricos es el hecho de que la prevalencia de los trastornos psiquiátricos severos entre las personas que tienen seguros médicos y hospitalarios privados es de 12%; mientras que entre las personas sin ningún tipo de seguro médico y hospitalario es de 16%¹⁶. Las características de las personas con seguro médico y hospitalario privado son: "jóvenes, bien educados y blancos o Anglo Sajones"; las de las personas con seguro médico y hospitalario del "Medicaid" son: "jóvenes, de nivel educacional bajo, Hispano Americanos y mujeres"; y las de las personas sin ningún tipo de seguro médico y hospitalario son: "jóvenes, de nivel educacional bajo e Hispano Americanos"¹⁶. En forma similar, la relación que existe entre los factores socioeconómicos y las enfermedades médicas/psiquiátricas, se observa en el hecho que entre los Mejjicano Americanos el 33% no visita a ningún médico anualmente, mientras que entre los Cubano Americanos que tienen un nivel socioeconómico más alto dicho porcentaje es de 25% solamente⁶.

S.I. Harrison, J.F. McDermott, P.T. Wilson et al.¹⁷ demostraron en un estudio hecho con niños que el nivel socioeconómico de los padres tenía relación con el tipo de tratamiento psiquiátrico que los niños/hijos recibían. Si los padres eran profesionales o ejecutivos de firmas comerciales, los niños/hijos recibían el doble de servicios psiquiátricos basados en psicoterapia, que los niños/hijos de padres que trabajaban en fábricas o factorías. También, en muchas ocasiones las barreras de acceso a los cuidados médicos/psiquiátricos son de tipo cultural y principalmente producidas por las discriminaciones que existen en contra de la población Hispano Americana en los Estados Unidos; sobre todo entre los Hispano Americanos de bajo nivel socioeconómico^{18,19}. Este tipo de ba-

rera sociocultural relacionada con el acceso a servicios médico/psiquiátricos no sólo se observa entre los Hispano Americanos que residen en los Estados Unidos, sino también entre otros grupos étnicos minoritarios del país²⁰. En los centros médicos públicos de los Estados Unidos trabajan mayormente médicos y psiquiatras Hispano Americanos y Afro Americanos; estos centros médicos a su vez son los que principalmente ofrecen servicios médicos y psiquiátricos a las poblaciones de niveles socioeconómicos bajos que residen en los Estados Unidos²¹.

Un estudio reciente demostró que los niños que están expuestos a condiciones de pobreza por largo tiempo o en forma persistente tienden a padecer de ansiedad y de depresión²². También, se ha demostrado que los sectores de la población de los Estados Unidos con niveles socioeconómicos bajos o pobres se están inmovilizando progresivamente y se están segregando en ciertas zonas urbanas pobres; esto es, en los "ghettoes" urbanos del país^{23,24}. La mayor dificultad al respecto es que el estudio de la relación que existe entre los factores socioeconómicos y las enfermedades médicas/psiquiátricas demuestra que la pobreza está teniendo un impacto que va en aumento en vez de ir disminuyendo. Por ejemplo, el censo de la población del año 1996 demostró que en los Estados Unidos, entre el año 1979 y el año 1987, el nivel de ingreso financiero de la población con el nivel socioeconómico más alto del país aumentó en un 21%; mientras que el nivel de ingreso financiero de la población con el más bajo nivel socioeconómico del país es de 12%²⁵. Se ha observado que entre 1979 y 1989, el 70% del aumento financiero promedio de las familias que residían en los Estados Unidos tuvo lugar en el 1% de la población que tenía los más altos niveles socioeconómicos del país; o sea, entre los ricos y millonarios²⁶.

Recientemente, en los Estados Unidos ha habido un aumento considerable del nivel de desigualdad socioeconómica. A su vez, ha habido un impacto negativo en el estado de la salud médica y psiquiátrica de la población del país; sobre todo en los sectores más pobres de la población, en particular, en los grupos étnicos y minoritarios como el Hispano Americano.

RECOMENDACIONES

Las recomendaciones que se sugieren tienen importancia no sólo en los sectores de la población con bajos niveles socioeconómicos, como es la población Hispano Americana, sino también en poblaciones similares a través de las Américas y del mundo. Además, las soluciones que se recomiendan están dirigidas a los factores que impiden el acceso a los cuidados de salud médica y psiquiátrica. El acceso a los cuidados médicos y psiquiátricos debe ser un derecho inalienable de todos los habitantes del mundo; sin ataduras de tipo político, religioso, étnico o socioeconómico. Las recomendaciones son las siguientes:

1. Adoptar un tipo de seguro médico y hospitalario universal, en el que no existan varios niveles de cuidados de salud médica y psiquiátrica, sino tan sólo uno. El cual sería totalmente independiente de los niveles socioeconómicos de los habitantes del país. Dicho seguro no tendría ni cantidades deducibles, ni pagos adicionales.
2. Desarrollar programas de empleos públicos dirigidos a la población desempleada del país, que tendrían como objetivo el eliminar el desempleo en el sector laboral de la población.
3. Implementar la paridad entre los cuidados médicos y los cuidados psiquiátri-

- cos, siendo el objetivo primordial el eliminar el estigma y la discriminación que existe en contra de las enfermedades psiquiátricas.
4. Implementar leyes gubernamentales y laborales que exijan que todos los trabajadores tengan el derecho a recibir seguros médicos y hospitalarios en sus centros de trabajo. Esto se aplicaría a los trabajadores a tiempo completo, como a los de tiempo parcial o bajo contrato.
 5. Desarrollar un seguro médico y hospitalario público con cobertura idéntica al privado que sea otorgado por el gobierno del país a todas las personas que estén incapacitadas o no sean elegibles para trabajar, por ejemplo, niños, ancianos, estudiantes, personas retiradas, y personas médicamente incapacitadas.
 6. Asegurar que todos los ciudadanos del país reciban los cuidados de salud médica y psiquiátrica con sensibilidad a su género, cultura, idioma, grupo étnico y religioso.
 7. Dedicar fondos gubernamentales dirigidos al estudio de los factores que afectan la salud médica y psiquiátrica de los sectores étnicos y minoritarios del país.
 8. Asegurar una representación proporcional de grupos étnicos y minoritarios del país entre los profesionales y técnicos de la salud médica y psiquiátrica.
 9. Desarrollar programas dirigidos a la prevención primaria de las enfermedades médicas/psiquiátricas.
 10. Asegurar que los grupos que reciben cuidados de salud médica y psiquiátrica estén envueltos en el planeamiento y el desarrollo de las prioridades de dichos programas.
- La implementación de las recomendaciones anteriormente expuestas conlleva un gran sacrificio económico y una acción sin precedentes por parte del sector gubernamental y de la sociedad de un país. Sin embargo, entre las necesidades públicas de una nación, no hay ninguna con más importancia que la salud médica y psiquiátrica de sus ciudadanos. Hasta cierto punto, el nivel de civilidad y madurez de un país puede ser medido mediante el nivel de los cuidados médicos y psiquiátricos que todos los sectores de la población reciben, sobre todo el sector que vive bajo el nivel de pobreza.
- El adoptar e implementar las recomendaciones previamente señaladas conduciría a la solución de los graves problemas médicos y psiquiátricos que afectan a los sectores de la población con niveles socioeconómicos bajos en los Estados Unidos, en las Américas y en el mundo. La decisión final en este sentido sobre lo que es "utópico" o no, debe de ser hecha mediante los votos de los ciudadanos de un país y por la visión, liderazgo y madurez de sus líderes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Friedman E. The Uninsured: From Dilemma to Crisis. *Journal of the American Medical Association* 1991; 265: 2495-2495.
2. Short PF, Cornelius LJ, Goldstone DE. Health Insurance of Minorities in the United States. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 1990; 1: 9-24.
3. U.S. Bureau of the Census, 2000.
4. Hall C, Worthington K. USA Snapshots. *USA Today*, November 4, 1997.
5. Ruiz P, Garza-Treviño ES. El Paciente Hispano y el Sistema de Salud Médica y Psiquiátrica: Problemas y Perspectivas. *Revista de Siquiatría* 1995; 2: 5-12.
6. Treviño FM, Moyer ME, Burciaga-Valdez R, Stroup-Benham CA. Health Insurance Coverage and Utilization of Health Services by Mexican Americans, Mainland Puerto Ricans, and Cuban Americans. *Journal of the American Medical Association* 1991; 265: 233-237.
7. Hollingshead AB, Redlich FC. *Social Class and Mental Illness*. New York, John Wiley & Sons, Inc.; 1958.
8. Faris REL, Dunham HW. *Mental Disorders in Urban Areas: An Ecological Study of Schizophrenia and Other Psychoses*. Chicago, Illinois, The University of Chicago Press; 1939.
9. Brenner HM, Mooney A. Unemployment and Health in the Context of Economic Change. *Social Science and Medicine* 1983; 17: 1125-1138.
10. Merva M, Fowles R. *Effects of Diminished Economic Opportunities on Social Stress: Heart Attacks, Strokes, and Crime*. Salt Lake City, Utah, Economic Policy Institute, University of Utah; 1992.
11. Council of Scientific Affairs. *Hispanic Health in the United States*. *Journal of the American Medical Association* 1991; 265: 248-252.
12. Muñoz E. Care for the Hispanic Poor: A Growing Segment of American Society. *Journal of the American Medical Association* 1988; 260: 2711-2712.
13. Secretary's Task Force on Black and Minority Health, Cancer II. Washington, D.C., United States Department of Health and Human Services; 1985.
14. Wells KB, Golding JM, Hough RI, et al. Acculturation and the Probability of Use of Health Services by Mexican Americans. *Health Services Research* 1989; 24: 237-257.
15. Ruiz P. Access to Health Care for Uninsured Hispanics: Policy Recommendations. *Hospital and Community Psychiatry* 1993; 44: 958-962.
16. Norquist G, Wells K. Mental Health Needs of the Uninsured. *Archives of General Psychiatry* 1991; 48: 475-478.
17. Harrison SI, McDermott JF, Wilson PT, Schragger J. Social Class and Mental Illness in Children. *Archives of General Psychiatry* 1965; 13: 411-417.
18. Ruiz P, Alarcon RD. How Culture and Poverty Exclude People From Care: *American Journal of Forensic Psychiatry* 1996; 17: 61-73.
19. Ruiz P. issues in the Psychiatric Care of Hispanics. *Psychiatric Services* 1997; 48: 539-540.
20. Ruiz P, Venegas-Samuels K, Alarcon RD. The Economics of Pain: Mental Health Care Costs Among Minorities. *The Psychiatric Clinics of North America* 1995; 18: 659-670.
21. Komarony M, Grumbach K, Drake M, Vranizan K, Lurie N, Keane D, Bindman AB. The Role of Black and Hispanic Physicians in Providing Health Care for Underserved Populations. *The New England Journal of Medicine* 1996; 334: 1305-1310.
22. McLeod JD, Shanahan MJ. Poverty, Parenting and Children's Mental Health. *American Sociological Review* 1993; 58: 351-366.

-
23. McGeary MGH, Lynn LE. *Urban Change and Poverty*. Washington, D.C., National Academy; 1988.
 24. Massey DS, Eggers ML. *The Ecology of Inequalities: Minorities and the Concentration of Poverty*. *American Journal of Sociology* 1990; 95: 115-1188.
 25. U.S. Bureau of the Census. *A Brief Look at Postwar Income Inequality*. Washington, D.C., U.S. Government Printing Office; 1996.
 26. Kraugman P. *Peddling Prosperity: Economic Sense and Non-Sense in the Age of Diminished Expectations*. New York, New York, W.W. Norton and Co.; 1994.