

STATUS SOCIAL, DESIGUALDAD Y SALUD¹

Cuad. Méd. Soc. XL, 1, 1999/ 12-24

Richard G. Wilkinson²

ABSTRACT

This paper shows evidences and hypothesis of how the psychosocial effects of low social status, relative deprivation, and income inequality are the main causes of health inequalities, regardless the role of the already known health determinants such as tobacco, housing, diet, etc.

Studies in non-human primates show how social inferiority is a source of stress by itself, possibly being a product of evolution, to which humans beings are especially sensitive. Experiences of being humiliated, degraded, ignored, treated as non-adequate persons, strongly contrast with the effects of feelings of belonging to, of being respected and considered valuable. Violence and depression can be treated as indicators of how this balance in a specific society is. Chronic or acute stress, generated by the social environment can produce cumulative effects in health status along different periods of life. Early childhood experiences of low self-esteem, or low abilities to cope with social situations, could determine experiences of abnormal responses to stress, offering a model that can explain a general susceptibility to ill health in the affected persons, with similar characteristics of an accelerated ageing process.

Quality of social environment is crucial to health: Epidemiology confirm the relationship of good health and social networks. There is an urgent need to defeat income inequalities, relative poverty, and unemployment: all of such conditions are humiliating messages of low social value, inferiority and segregation.

Because income inequality is a measure of how hierarchical a society is, income inequality is highly associated with mortality rates. We need to reform our institutions, workplaces, schools, family relationships and communities. We need to replace structures that stigmatise people, that classify persons as inferiors, as valuing less than others, instead of that social fabric should promote mutual respect, belonging and a sense for living. That happens with social cohesion, and that is the reason why cohesive societies are much healthier than others do.

¹ Resumen de las conferencias dictadas en el "Seminario Salud y Sociedad, desafíos para el nuevo siglo", organizado por el Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, Valparaíso, Noviembre 1997 Traducción libre, autorizada por el autor, realizada por Dr Francisco Espejo E., fespejo@ssvsa.cl

² Trafford Centre for Medical Research. University of Sussex International Centre for Health and Society, University College London

RESUMEN

Se presentan evidencias e hipótesis que explican los principales mecanismos por los cuales los efectos psicosociales del bajo status social, la privación relativa y la desigualdad constituyen el factor central de las causas de las desigualdades en salud, más allá de conocidos factores tales como dieta, vivienda o tabaquismo.

Estudios en primates no-humanos muestran cómo la inferioridad social es una fuente directa de estrés, siendo posiblemente un producto de la evolución frente al cual hemos quedado especialmente sensibles. Las experiencias de haber sido rebajados, ignorados, humillados, tratados como que fuéramos inadecuados, contrastan fuertemente con los efectos del sentido de pertenencia, de contribuir, de ser valorados y respetados. Las tasas de violencia y de depresión pudieran servir como indicadores especialmente sensibles del balance de este contraste en una sociedad dada.

El estrés crónico generado por nuestro ambiente social puede tener efectos acumulativos en la salud en las etapas posteriores de la vida, así como también las exposiciones de gran intensidad en períodos de corto plazo. Además, las experiencias en las etapas primarias de la niñez que dejan una autoestima reducida, al igual que una habilidad social disminuida, harán que las personas tengan respuestas adaptativas muchos más anormales. Los mecanismos de estrés crónico relacionados con la ansiedad a nivel social pueden proveer el modelo que explica una susceptibilidad general a las enfermedades, con efectos análogos a un envejecimiento mucho más acelerado.

La calidad del ambiente social es crucial para la salud: de allí los hallazgos epidemiológicos acerca de la importancia de la amistad y las redes sociales. Existe una urgente necesidad de reducir las desigualdades de ingreso, la pobreza relativa y el desempleo: ellos acarrear demasiados mensajes humillantes de inferioridad, exclusión y carencia de valor. Debido a que la distribución del ingreso es una medida de lo jerárquica que es la organización social, ésta se relaciona estrechamente con la mortalidad. Necesitamos reformar nuestras instituciones, lugares de trabajo, colegios, comunidades y familia. En reemplazo de las estructuras que estigmatizan, que clasifican a las personas como inferiores y que las hacen sentir como que no fueran valiosas, la trama de nuestras sociedades debiera ser la que validara la relación entre nosotros, que nos diera un sentido de pertenencia y de respeto. Esto es lo que se logra con la cohesión social y es la razón porque sociedades cohesionadas parecen ser mucho más saludables que las menos unidas.

INTRODUCCION

Este documento pretende entregar un breve resumen de la evidencia que indica cómo el nivel de salud de las poblaciones ha dependido, en gran medida, del ingreso relativo y de la desigualdad de éste, más que del nivel de pobreza absoluta (Wilkinson, 1994). Aparece así una interpretación consistente que emerge de la investigación de las desigualdades y las determinantes socioeconómicas de la salud en los países desarrollados. La visión de salud que resulta de dicha interpretación es un enfoque fundamentalmente social, mucho más de lo que tradicionalmente incorpora la práctica habitual de la salud pública.

INGRESO RELATIVO

Al igual que muchos otros que han trabajado en este campo, comencé asumiendo que las desigualdades en salud reflejaban los efectos directos

de la exposición a medios ambientes de mayor o menor riqueza. La suposición subyacente era que a cualquier estándar de vida dado le correspondía una asociación con un nivel de salud. En la actualidad resulta evidente que tenemos que revisar este punto de vista. Las desigualdades en salud en las sociedades desarrolladas no son determinadas por las diferencias absolutas en los estándares de vida, sino por las diferencias relativas. Una vez que los países han traspuesto la transición epidemiológica, superando las enfermedades infecciosas asociadas a la pobreza absoluta, han surgido las patologías degenerativas como principal causa de muerte. En estas condiciones, los posteriores aumentos del estándar de vida tienen sólo un débil efecto sobre el nivel de salud (Wilkinson, 1994 y 1996). Ya sea que se revisen estudios de corte transversal o aquellos que miden los cambios de los últimos 20 a 30 años, no más de un 10% a un 15% de las diferencias en las expectativas de vida de los países desarrollados corresponden a diferencias materiales de los estándares de vida.

La economía de un país puede crecer hasta dos veces más rápido que la de otro en un período de 25 años sin que, necesariamente, se aprecien mayores mejorías de las expectativas de vida de su población. Resulta poco probable sugerir que los efectos que los mayores estándares de vida pudieran tener están enmascarados por las diferencias culturales de hábitos de vida entre las naciones, puesto que se mantiene la misma falta de asociación entre nivel de vida y nivel de salud, cuando se mide lo que ocurre al interior de los países, por ejemplo en un estudio transversal, en los 50 estados de los EE.UU. Es así como a pesar de que entre los estados americanos las diferencias culturales son bastante menores, el ingreso medio de cada estado tiene sólo una muy débil relación con su tasa de mortalidad, e incluso ésta desaparece cuando se controla la desigualdad de ingreso. La relación entre nivel de ingreso y salud también aparece como muy débil cuando se observa lo que ocurre entre los países de la Unión Europea (Mackenbach, 1994).

Lo anterior nos señala que las diferencias de los ingresos absolutos *entre* los países desarrollados han dejado de ser un determinante poderoso de los niveles de salud. Sin embargo, en contraste, *dentro* de cada país hay una estrecha relación entre la salud y el ingreso individual, o cualquier otra medida de las circunstancias económicas de las personas. Es una relación que hemos llegado a conocer como el fenómeno de las "desigualdades en salud". Esta paradoja de ausencia de relación entre ingreso y salud *entre* los países y presencia de relación *dentro* de los mismos se resuelve si es que aceptamos que cuando se ha llegado a un umbral dado de estándares absolutos de vida los estándares relativos pasan a tener un efecto primario en salud. Las diferencias de ingresos al interior de los países están íntimamente relacionadas con las diferencias en salud porque ellas trazan las diferencias en el nivel social, en cambio, las diferencias de ingreso *entre* los países tienen poco significado en el nivel social y poco impacto en salud dentro de los mismos. Lo que cuenta no es el progreso en las circunstancias materiales absolutas, sin considerar a los demás, sino cuál es nuestra posición en relación a los otros.

DISTRIBUCION DE INGRESOS

La fuerte asociación entre las tasas de distribución de ingresos y las de mortalidad confirma la importancia que las inequidades sociales tienen

en salud. Parece que mientras mayor es la igualdad social, mejor es la salud. Existen 16 trabajos de investigación que sugieren lo anterior; una buena parte de ellos fueron "descubrimientos independientes", es decir surgieron de autores que, aparentemente, no tenían conocimiento del resto de la literatura. Se ha probado explícitamente, en diversas ocasiones, basándose en información absolutamente independiente de la que se utilizó en informes previos (Kennedy y col., 1986), la hipótesis de que una mayor equidad social se asocia con un mejor nivel de salud. Recientemente Lynch y Kaplan informaron que la desigualdad no es un mero elemento de predicción de las tasas de mortalidad en los 50 estados de los Estados Unidos, sino que también en las 282 Areas de Estándares Metropolitanos (Lynch, cols., por publicar). Los únicos informes— entre los que se incluye el mío propio— que hablaban de un fracaso inicial para encontrar una relación entre ingreso relativo y salud se basó en información proveniente del Estudio de Ingresos de Luxemburgo (LIS). Sin embargo, he demostrado que al tomar en cuenta las diferencias nacionales en las tasas de respuesta a las encuestas del ingreso doméstico utilizado por LIS, las relaciones esperadas entre inequidad y salud aparecen incluso en esa base de datos (McIsaac y Wilkinson, 1997). La evidencia sugiere que la falta de respuesta a una encuesta es más común entre los más pobres, y en menor grado entre los ricos, lo que puede resultar en una distribución del ingreso mal documentada porque se pierden los extremos superiores e inferiores de la distribución. Estas evidencias están sugiriendo que la distribución de los ingresos de un grupo social está relacionada con las tasas de mortalidad, debido a que ella es una medida del peso que significa la privación relativa en la mortalidad de los menos favorecidos de esa sociedad, a mayor desigualdad, mayor peso y mayor mortalidad. De hecho, es probable que podamos utilizar la distribución de ingresos de una sociedad como un indicador que nos muestra qué tan jerárquica es su escala social.

COHESION SOCIAL

Antes de proseguir con la búsqueda de posibles mecanismos comprometidos en esta relación, debemos mencionar que mientras más igualitarias sean las sociedades, éstas tienden a tener una mayor cohesión social que las que son menos igualitarias. Putman, en su bien conocido estudio

de la fuerza de la "comunidad cívica" en las regiones de Italia, observó que el índice del compromiso de las personas en la vida comunitaria local está altamente correlacionado con la distribución de los ingresos ($r = 0,81$), a mayor igualdad, mayor cohesión (Putman y col., 1993). Putman, sobre la base de estas encuestas, comentó: "Los ciudadanos de sectores con más compromiso cívico, al igual que sus líderes, sienten un rechazo por los estilos jerárquicos de autoridad" (pág. 104). "Los líderes políticos de las regiones de mayor desarrollo cívico apoyan con mayor entusiasmo la igualdad política, a diferencia de los líderes de aquellas regiones donde este desarrollo es menor" (pág. 102). Las entrevistas que realizó con líderes políticos locales y las muestras obtenidas de las personas de la región lo llevaron a concluir que "la igualdad es un rasgo esencial de la comunidad cívica" (pág. 105).

El informe de Kawachi y col. (1997) apunta en la misma dirección, demostrando que la proporción de las personas de cada estado de los EE.UU. que sienten que no pueden confiar en los demás está íntimamente relacionada con el nivel de desigualdad de ingresos ($r = 0,73$). Además, la misma medida de la confianza social está fuertemente correlacionada con las tasas de mortalidad de cada estado ($r = 0,77$). Debido a que él encontró que hay poca asociación entre la desigualdad de ingresos y la mortalidad, *luego de controlar* la confianza social, Kawachi concluye que la desigualdad social tiene un efecto global en la mortalidad a través de su efecto sobre la cohesión social.

La evidencia cualitativa de una cantidad de otros ejemplos sugiere que sociedades que son desacomodadamente igualitarias y saludables tienden a ser más cohesionadas. Por ejemplo, la expectativa de vida aumentó inesperadamente en la Gran Bretaña en las décadas de la Primera y Segunda Guerra Mundial. El sentido de compañerismo imperante en esas épocas, ampliamente reconocido, en parte se basó en la sensación de unidad en relación a un enemigo común, pero por sobre eso, la distribución del ingreso se estrechó dramáticamente y el gobierno implantó políticas tributarias y subsidiarias diseñadas con el objeto de que el peso de la guerra fuera compartido en igual medida por todos. Otro ejemplo es el de Roseto, en Pennsylvania: Los epidemiólogos intentaron explicar el porqué las tasas de mortalidad eran tanto menores en ese lugar que las ciudades vecinas —no pudieron atribuir la diferencia a los factores de riesgo conductuales— y decidieron que, probablemente, eran un resultado de las caracte-

rísticas igualitarias que se apreciaban en esa comunidad, de origen predominantemente italiano (Bruhn y col., 1979). Otros ejemplos incluyen el caso de Japón que, así como se veía desacomodadamente cohesionado, en los últimos años de la década de los 80 logró la expectativa de vida más alta y la distribución de ingreso más estrecha entre los países de la OECD. (Se puede encontrar una breve discusión de este u otros ejemplos en el capítulo 6 del libro "Unhealthy Societies" 1996).

VIAS SICOSOCIALES

Si es que hubiera alguno: ¿cuál sería el nexo entre las tasas de mortalidad y el ingreso relativo, entre mayor igualdad y el incremento de la cohesión social?

Primero, la epidemiología de las desigualdades en salud señala que éstas aumentan en proporción al efecto de los factores psicosociales más que a los efectos directos de la exposición a los aspectos tóxicos del ambiente material. Múltiples trabajos señalan cómo la falta de control, la inseguridad laboral, la no pertenencia a redes sociales, los eventos estresores de la vida y los problemas emocionales de la infancia se asocian con una mala salud. Sólo por nombrar un par de ejemplos: estudios han demostrado una mortalidad dos, tres, hasta cuatro veces mayor según existan niveles superiores o inferiores de integración social (House y col., 1988; Berkman, 1995).

Por otra parte, existen experimentos que han demostrado que cuando se les administran gotas nasales que contengan virus de resfrío a las personas, en aquellas con menor cantidad de amistades en diversas áreas de la vida existen cuatro veces más de posibilidades de desarrollar el resfrío en comparación con aquellas que tenían amigos en las distintas áreas (Cohen y col., 1997). En un estudio sobre la aterosclerosis, realizado en un período de cuatro años en un grupo de unos mil hombres, se descubrió que ésta se desarrollaba mucho más rápido entre aquellos que tenían un sentimiento de desesperanza (Everson y col., 1997). En los estudios donde se manipuló el status social de los macacos, en un período de 26 meses, hubo un aumento de cinco veces de los casos de aterosclerosis entre aquellos animales que fueron rebajados en su posición social.

Estos no sólo son grandes efectos, sino que si sumamos el hecho de que hay mayores grupos de población expuestos a los riesgos psicosociales que aquellos expuestos a noxas dañinas, observamos

que los "riesgos atribuibles a la población" se convierten en poderosos determinantes de la salud de las mismas.

El poder de los factores psicosociales está encontrando cada vez más respaldo en la acelerada comprensión de las vías psicosociales que puedan afectar la salud física (Chrousos y col., 1995; Lovallo, 1997; Martin, 1997). El estrés crónico pareciera estar en el centro del escenario. En las emergencias a corto plazo, el cuerpo se prepara para el ejercicio muscular, movilizándolo recursos energéticos y, al mismo tiempo, reduciendo aquellos recursos dirigidos a otras funciones que no son cruciales en el corto plazo, entre las que se incluyen la manutención y reparación de los tejidos, las funciones inmunológicas, digestivas, de crecimiento y reproductoras. En caso de que estas funciones queden "en espera" por una breve emergencia, no se pierde nada; pero cuando el estrés continúa no sólo un par de minutos, sino por días, meses o años, se puede estar seguro de que las consecuencias en la salud serán graves. Agregado a ello, hay diversos círculos viciosos relacionados con esto: los niveles basales de las hormonas relacionadas con el estrés, como el cortisol, que tienen un rol central en estos procesos, suben lentamente en la exposición continua al estrés. En muchos aspectos los efectos se traducen en un envejecimiento acelerado (Sapolsky, 1994) y aparentemente constituirían algo así como un modelo de "susceptibilidad general" (Marmot y col., 1984) para adquirir amplios rangos de problemas de salud.

Los mecanismos involucrados pueden iniciar tempranamente su participación a través de las dificultades emocionales que las personas puedan encontrar en las primeras etapas de su vida, lo que lleva a una respuesta más anormal frente a los estresores que ellos enfrentarán a lo largo de sus vidas. Además, sin importar las experiencias tempranas, el cuerpo es sensible a los efectos y a las exposiciones acumulativas de diversas circunstancias estresantes. En situaciones comparativas se aprecia cómo se ve afectada la salud de las personas en un período de desempleo, desaliento u otra fuente similar de estrés a lo largo de sus vidas. (Sapolsky, 1993 y 1994).

El estrés psicosocial puede aumentar también la exposición a factores de riesgos conductuales, así como a la vez puede ofrecer un impacto directo en las funciones neuroendocrinas e inmunológicas. Parte de nuestra incapacidad de dejar de fumar, de evitar nuestra tendencia a comer para sentirnos bien, o autocomplacernos con una varie-

dad de conductas dañinas para la salud, puede estar relacionada con el hecho de que deseamos controlar nuestras vidas, sentirnos felices y exitosos, compensando sentimientos de inferioridad. Es difícil mantener una resolución de cambiar conductas y vivir sin apoyos externos cuando nos sentimos deprimidos e inadecuados (Marsh y col., 1994; ASH, 1993; Skrabski y col., 1996).

PRIMATES NO HUMANOS

El énfasis de los efectos psicosociales en las diferencias de status entre los primates no humanos es consistente con los hallazgos de la investigación del efecto de la posición social y la privación relativa en humanos. Investigadores que usaron macacos en cautividad pudieron controlar la dieta y el medio ambiente, a la vez que manipular el status social. Ellos demostraron que el bajo status social provocaba mayor reacción de estrés y diversas alteraciones fisiológicas, entre las que se incluyen más casos de aterosclerosis, obesidad, niveles basales de cortisol más altos, presión sanguínea y niveles de colesterol superiores (Shively y col., 1994; Shively y col., 1997). Los trabajos realizados en los efectos de la jerarquía social en los mandriles salvajes confirman la interrelación entre el bajo status social, el estrés crónico y los altos niveles basales de cortisol y la posibilidad de desarrollar graves consecuencias en salud (Sapolsky, 1993). Cuando se correlacionan las reacciones del status social con la fisiología en los seres humanos, se sugieren explicaciones similares (Brunner, 1997).

EFFECTOS DIRECTOS E INDIRECTOS DEL STATUS SOCIAL

Las fuentes de estrés, asociadas con los bajos niveles de status social, se pueden dividir en dos categorías:

La primera incluye aspectos más bien materiales tales como el desempleo, viviendas de mala calidad, inseguridad financiera, etc.

La segunda abarca los sentimientos de inferioridad o de insuficiencia, vergüenza y humillación, que están más cerca de la esencia misma de las consecuencias de tener un bajo nivel social.

Nuestra comprensión habitual del ser humano ha implicado que buscamos dominar los efectos en salud de la primera categoría, mucho antes de que reconozcamos la segunda. Pero el trabajo so-

bre los efectos fisiológicos del status social entre los primates no humanos nos anima a enfatizar la segunda categoría. Los efectos en salud del status social que Shively encontró entre sus macacos no pueden explicarse en términos de una vivienda húmeda, dietas de mala calidad, inseguridad laboral o tabaquismo. Pero, ¿por qué debiera tener tanta importancia psicosocial? ¿Por qué no podemos “encogernos de hombros frente” al bajo status social, a la falta de amigos y mantenernos inmunes a sus efectos, desligados de sus significados? ¿No es acaso irracional que seamos tan sensibles?

La importancia de la estratificación social en la teoría sociológica no es coincidente con el lugar que se le ha asignado en la psicología. Considero que intentamos minimizar el tremendo poder que reconocemos que tiene el status social sobre nosotros y la gran atención que le prestamos; en muchas formas decimos lo que decía Freud, o algunos de nuestros predecesores victorianos: “Reprimimos la conciencia del rol que juega el sexo en nuestra vida” (“Clase social” ni siquiera se encuentra en el enorme índice de las obras completas de Freud).

Como descendemos de especies con fuertes sistemas de jerarquías sociales, que tuvieron implicaciones fundamentales sobre el bienestar y el éxito reproductivo, estamos propensos a una programación previa para poner especial atención a los asuntos jerárquicos y experimentarlos con una carga síquica particular. Las implicaciones del acceso a los recursos y el éxito reproductivo podrían haber seleccionado individuos que, de por sí, sienten aversión por el bajo status social. Por otro lado, parte de la importancia de la amistad pudiera ser un reflejo de la importancia defensiva de las alianzas, especialmente en las sociedades jerárquicas. Mantener buenas relaciones sociales siempre ha resultado crucial para el bienestar de las personas. A diferencia de otros animales que compiten entre las especies por comida, nuestros congéneres humanos pueden ser ellos mismos fuente de competencia mortal —por comida, vestuario, vivienda, fuentes de trabajo, parejas sexuales. Pero si tenemos las relaciones correctas, otros miembros de nuestra especie pueden ser la fuente de apoyo más importante, de comodidad, de amor, de aprendizaje o de socialización.

Adam Smith sugirió que estos aspectos podían estar grabados profundamente dentro de nosotros cuando estableció que status no era un mero producto colateral de la desigualdad económica, sino que constituía el motivo principal de buscar riquezas y el deseo de mejorar nuestras condiciones de

vida. En su obra “Theory of the Moral Sentiments” (Teoría de los sentimientos morales) preguntó:

“¿Cuál es la meta final de la avaricia, la ambición, la búsqueda de la riqueza, del poder y la preeminencia? ¿Es para suplir las necesidades de la naturaleza? El salario del obrero más pobre las puede cubrir... ¿cuáles son las ventajas que propondríamos como ganancia del gran propósito de la vida humana que denominamos mejoramiento de nuestra condición? Ser observado, atendido, tomado en cuenta con simpatía, complacencia, aprobación. Son todas ventajas que podemos proponer como derivados de ella” (Adam Smith, Book i, cap. 1, pág. 50).

HOMICIDIO

La distribución del homicidio y los crímenes violentos provee una sorpresiva y poderosa indicación del impacto directo que puede tener el bajo status social con el aumento de la incidencia de otras causas de muerte a medida que descendemos en la jerarquía social. Para poder explorar su relación con la cohesión social, y su aparente asociación con la reducción de bajos ingresos y bajas tasas de mortalidad, los doctores Kawachi, Kennedy y el que habla decidimos observar qué tipo de crímenes se asociaba a qué tasa de mortalidad general, y qué relación se encontraba entre la distribución de ingresos y la mortalidad a lo largo y ancho de los 50 estados de EE.UU.

Observamos que la tasa de homicidio estaba estrechamente ligada con la desigualdad de los ingresos ($r = 0,74$) y con la mortalidad sin relación con el homicidio ($r = 0,70$). (Kawachi y col., por salir en 1998). No sólo encontramos eso sino que la varianza de la tasa de homicidio se asociaba casi exactamente con la covarianza de la distribución de los ingresos u otras causas de muerte. Se confirmaron estas relaciones con las correlaciones con otras categorías de crímenes violentos.

La implicancia parece ser que el medio social que produce el homicidio también es el que produce altas tasas de mortalidad como consecuencia de otras causas. Los descubrimientos de Wilson y Daly apuntan en la misma dirección, no así la interpretación que dieron de ellos, con una correlación de 0,88 de tasas de homicidio u otras causas de muerte entre las 77 “áreas comunitarias” de Chicago. A nivel internacional también se ha informado de una correlación entre la

distribución de los ingresos y las tasas de homicidio (Braithwaite y col., 1980).

Entonces, ¿cuál es el tipo de ambiente social que une la desigualdad con la mortalidad?, ¿cuál es el que produce una alta tasa de homicidio? Es importante recalcar que parece depender directamente de los problemas del status social. Al revisar brevemente parte de la literatura disponible sobre las causas de la violencia, se observa el importante rol de la falta de respeto entre las personas. Por ejemplo, James Gilligan trabajó 25 años como siquiatra de las cárceles estadounidenses, sosteniendo conversaciones diarias con transgresores sociales; llegó a ser Director del Centro de Estudio de la Violencia en la Facultad de Medicina de la Universidad de Harvard. Cuando se refirió a la violencia, en su libro publicado en 1996, comentó:

“... los internos en las prisiones donde he trabajado me han contado, repetidamente, al preguntarles del por qué habían asaltado a otra persona, que era porque ‘no me respetaba’, o ‘no respetaba mi compañía’ (queriendo decir que no lo tomaban en cuenta como visita). Las palabras ‘falta de respeto’ son el eje central del vocabulario, del sistema de valores morales y de la psicodinamia de estos hombres crónicamente violentos”.

En unas pocas páginas más, Gilligan continúa:

“Aún no he visto ningún acto de violencia que no haya sido provocado por la experiencia de haberse sentido avergonzado, humillado, pasado a llevar, ridiculizado, y que no representara un intento para prevenir o deshacer ‘esta falta de atención’, sin importar la gravedad del castigo, incluyendo hasta la muerte” (pág. 110).

Para agregarle aún más sabor, Gilligan nos cuenta:

“... un interno muy enojado y violento de unos treinta años de edad, en prisión por asalto a mano armada, lo enviaron porque había estado gritando, insultando, amenazando y atacando a otro interno.... No había tenido mucho éxito para persuadirlo ni detenerlo en sus eternas luchas por el poder con todos los que lo rodeaban, y que inevitablemente resultaban en graves castigos”.

“En un intento por romper el círculo vicioso de este hombre, finalmente le pregunté: ¿qué

es lo que quieres con tantas ganas que llegas a sacrificar todo para lograrlo? A lo que él me contestó, con calma y seguridad, coherente, e incluso, con un cierto dejo de elocuencia: orgullo, dignidad, autoestima. Y continuó diciendo, mucho más claramente que antes, y mataré a ese “h..., hijo de p...” que es compañero mío en la celda si es que es necesario para lograrlo. *Mi vida vale callampa...* si dejo que alguien me falte el respeto y me diga “h... de m...” y que se ría de mí. *La vida no vale ni una, no hay na’ porque morir. Si no tenís orgullo, no tenís na’ Es too’ lo que uno consigue...* Yo por lo menos tengo mi orgullo. Me explicó que el otro prisionero estaba ‘intentando’ pasarlo a llevar, decirle que era un idiota o cobarde” (pág. 106).

Nathan McGall, reportero del “Washington Post”, quien creció en un ambiente de un barrio pobre de Virginia y había cumplido tiempo de prisión por crímenes violentos, pinta prácticamente el mismo cuadro en su autobiografía:

“Desde que tengo uso de memoria, los tipos negros habían hecho un gran hincapié en el asunto del respeto. Yo pensaba que era por la falta de respeto tan evidente que las personas de raza blanca les habían demostrado durante tanto tiempo, que los negros protegían las pequeñas partes de respeto que aún les quedaban. Una de las batallas más brutales que me tocó presenciar en las calles se originó por un asunto aparentemente trivial... pero el asunto de fondo siempre fue la falta de respeto. Uno podía preguntarle a un tipo: ‘Oye imbécil, ¿por qué le pegaste a ese tarado con una cañería? A lo que contestaría: ‘El h... me faltó el respeto’ ”.

“Era suficiente como explicación. Ni siquiera era necesario que realmente le hubiera faltado el respeto. Era de comprensión universal que si el ‘tarado’ era pasado a llevar, tenía que hacer lo que tenía que hacer. Sigue siendo igual hoy en día. Los jóvenes lo llaman ser ‘agallinado’. Matarían a un hermano negro por haberlo tratado de gallinas. Pero no se atreverían ni a tocar a un blanco, pero sí matarían a un negro al menor atisbo. La ironía estaba en que sus hermanos blancos les faltaban el respeto de manera constante y lo tolerábamos bien. La mayoría de los negros entendía que las repercusiones, por atacar a un blanco, eran más graves que cuando lo hacíamos entre nosotros

mismos. Era como si los negros dijeran 'no es mucho lo que puedo hacer para impedir que los blancos me traten mal, pero por 'la p...' que sí puedo hacer algo si mis propios hermanos lo hacen". (McCall, 1994, pág. 52).

Con este tipo de cuadro de violencia callejera (sólo una pequeña proporción de los homicidios de los EE.UU. son domésticos), no resulta tan impactante que los homicidios estén tan relacionados con la desigualdad de ingreso. Uno pudiera esperar que los problemas de status se exacerben en la medida que se acentúen las diferencias de ingreso. La conexión entre el bajo nivel de status social y la violencia también explicaría el porqué la distribución de ingresos y la cohesión social están tan estrechamente ligadas. A la luz del punto de vista desarrollado por Rose en su "Estrategia de la Prevención" en lo que respecta al "enfoque con base poblacional", parece probable que las diferencias en las tasas de homicidio sean sistemáticas con diferencias más amplias en las relaciones de naturaleza social y la violencia en una comunidad dada, al igual que la cohesión social, y que en muchas formas sea la misma que la proporción de los bebedores empedernidos es una función del consumo de alcohol en la sociedad como un todo.

COMPARACION SOCIAL: DEPRESION Y VIOLENCIA

La comparación social es probablemente el campo más seguro donde los temas del respeto y la desigualdad (según las declaraciones de Adam Smith) nos impactarían. En uno de sus libros Oliver James (1997) usa el concepto de comparación social para explicar los rasgos principales del mal social en crecimiento que se ha tornado tan común en los países desarrollados. Hay una cierta cantidad de países desarrollados que han visto el incremento en el largo plazo de las tasas de depresión, de violencia, de suicidio y abuso de drogas, especialmente entre la gente joven (Rutter y Smith, 1995). El concepto central que James citó para explicar estas tendencias no fue la distribución de ingresos (que sólo se han incrementado en una parte del período que a él le interesan, desde 1950), sino que la *comparación social*. El sugiere que en la última mitad del siglo se ha apreciado un aumento dramático de la frecuencia con las cuales realizamos comparaciones sociales. Los niños en la escuela básica son ordenados por pruebas con

puntajes, la gente se preocupa por estar con el peso ideal, comparamos nuestras magras habilidades y logros con las personalidades y estrellas de los medios de comunicación, nos preocupamos si es que acaso somos tan interesantes, inteligentes, entretenidos como nuestros amigos, y nos comparamos no sólo en los progresos en nuestras carreras y los avances económicos en base a los demás, sino que facilitamos dichas comparaciones adoptando un punto extraordinariamente unidimensional de lo que es válido como progreso y éxito profesional. En un campo u otro nos medimos en base a estándares imposibles, observamos nuestras limitaciones y nos experimentamos como fracasos. James sugiere que el aumento de la depresión y la violencia es resultado de la creciente cantidad de estímulos que provocan irritantes comparaciones sociales. Es claro que la comparación social es lo central en la carga síquica que implica la desigualdad.

James también comenta que existe un nexo entre la percepción del bajo rango social con la depresión y la violencia, y que el mediador son bajos niveles de serotonina. Primero cita evidencia donde los niveles de la serotonina están afectados por el status social; y a continuación explica cómo estos bajos niveles llevan a la depresión y la violencia. Existe amplia evidencia de que la gente deprimida (al igual que los animales) tiene bajos niveles de serotonina y que aquellos medicamentos que los elevan son efectivos para disminuir la depresión de manera sustancial en una proporción importante de pacientes. Igualmente, los hombres violentos convictos tienen bajos niveles de esta sustancia y se ha descubierto que estas cifras predicen nuevas ofensas sociales. En los estudios de animales los antidepressivos que cumplen con elevar los niveles de serotonina han sido identificados como factores de reducción de la agresión.

La evidencia de la relación entre los niveles de serotonina y el status social resulta menos conocida. James cita evidencia, especialmente en base a los estudios de McGuire (que han sido replicados), en monos. La manipulación experimental del status social demostró que los bajos rangos sociales son causales de menores niveles de serotonina (Raleigh y col., 1984 y 1991). En un experimento se colocó a animales dominantes en jaulas con una pantalla orientada hacia un solo lado que les permitía ver a sus subordinados pero impedía que ellos lo vieran o lo escucharan. Esto significó que cuando el animal amenazaba o hacía cualquier otro gesto, no producía ninguna respuesta en sus su-

bordinados. A consecuencia de ello, los niveles de serotonina del animal disminuyeron dramáticamente. En otros experimentos, al administrar fármacos que o bien elevaban o disminuían los niveles de serotonina, se descubrieron cambios confiables correspondientes al status social. En los estudios humanos de mera observación, se ha descubierto que la serotonina está relacionada con las características asociadas con la dominación (Madsen, 1984 y 1986).

Para abreviar, el argumento postulado por James es que el ambiente social lleva a comparaciones más irritantes y que la autoevaluación produce una sensación de fracaso. Estos niveles inferiores de serotonina contribuyen, a su vez, al aumento a largo plazo de los niveles de depresión y violencia.

Parte de la carga social, tanto de la depresión como de la violencia, puede que se aprecie como respuesta alternativa al bajo nivel de status social y las odiosas comparaciones sociales. Este tipo de violencia se puede ver como una lucha debilitante, mientras que la depresión pudiera representar una aceptación de ésta y un sentido de fracaso. (Debido a las diferencias de consecuencias de nivel de bajo status en el éxito reproductivo de los machos y hembras en algunas especies jerárquicas como la de los mandriles, es probable que la tendencia de los hombres a ser más violentos y las mujeres más depresivas tenga un sentido evolutivo.) Pero es mucho más importante en el contexto actual, donde ambos aspectos sirven como indicadores de la naturaleza estresante del bajo nivel de estatus social de por sí. Después de que Shively manipuló a los macacos, comentó que "los machos subordinados hipersecretan cortisol (hormona que juega un rol preponderante en la respuesta al estrés), y que eran insensibles al feedback negativo y que habían suprimido la función reproductora... Se comprometían en menos afiliaciones, y que pasaban más tiempo solos que los dominantes. Aún más, pasaban mucho más tiempo haciendo un temeroso análisis del ambiente social y que presentaban mucha mayor depresión que los dominantes... Los resultados de este experimento sugieren que el estrés de la subordinación social provoca un mal funcionamiento hipotálamico-hipofisiario-suprarrenal y gonadal". (Shively y col., 1997).

Lógicamente los hallazgos de James no niegan que la depresión, pese a su gradiente social, también es común en los grupos de clase social alta. La explicación es que hay una relación muy laxa entre el status social objetivo y nuestra auto-

medición subjetiva en relación a la gente que nos rodea. Prácticamente a todo nivel de la estructura social podemos encontrarnos a nosotros mismos en situaciones que pueden inducir un sentido de fracaso, que nos invitan a hacer comparaciones sociales negativas y nos llevan a dudar de nuestro valor personal. Como para hacer una analogía, es como perder el ajuste entre los eventos de la macro y la microeconomía: pese a que más compañías fracasan cuando la economía total está en recesión, en mayor medida que cuando está floreciente muchas firmas quiebran durante los boom económicos, y muchas sobreviven durante las recesiones.

En caso de que esto fuera correcto, tendría fuertes implicaciones. Si la gradiente social *objetiva* de las condiciones de salud aparece como un resultado de una leve diferencia en la frecuencia de las comparaciones destructivas sociales *subjetivas*, dentro de un todo social, significa que la gradiente en salud es un marcador de mucho mayor envergadura de lo que habitualmente se piensa, de la ansiedad social que experimentan los individuos y su repercusión en salud

DISTRIBUCION DE INGRESOS, DIGNIDAD Y PERTENENCIA

Cuando uno piensa respecto a la política a seguir en este campo uno debe pensarlo desde dos puntos de vista. Primero, reducir la escala objetiva de la desigualdad, y segundo, asegurarnos que las personas se sientan valiosas y apreciadas en nuestras instituciones. La correlación entre las medidas de la cohesión social y la distribución del ingreso (anteriormente citado) sugiere que entre la mitad a unos dos tercios de las diferencias de la cohesión social a nivel regional y estatal son atribuibles solamente a las diferencias en la distribución de ingresos. Reducir la extensión objetiva de las desigualdades en ingresos es, en consecuencia, una primera prioridad para cualquier persona que esté interesada en la salud y la cohesión social.

Cuando uno piensa cómo reducir las inseguridades que nos convierten en presas de las debilitantes comparaciones sociales, resulta útil tener presente que la jerarquía social no es nuestro único legado evolutivo. Las sociedades cazadoras y recolectoras que han dominado por casi dos millones de años la evolución humana se han descrito como "asertivamente igualitarias" (Woodburn, 1982). Las revisiones de la literatura de unos 100

recuentos antropológicos que han estudiado unas 24 sociedades cazadoras y recolectoras dispersas en cuatro continentes han llegado a la conclusión de que estas sociedades se caracterizaron como: "igualitarias, cooperativas y que comparten a una escala sin precedentes en la evolución de los primates" (Erdal y col., 1996, pág. 140). "Comparten la comida, no sólo con sus pares sino que incluso con aquellos que no les son recíprocos, pero de acuerdo a la necesidad, cuando ésta falta" (pág. 142). Erdal y Whiten concluyen en su revisión de la literatura que:

"No existe una jerarquía dominante entre los cazadores-recolectores. Ningún individuo tiene prioridad de acceso a la comida compartida. A pesar de la preferencia marginal de las hembras que prefieren a los cazadores como amantes, el acceso a la pareja sexual no está correlacionado con el rango. De hecho, simplemente, no se puede discernir el rango entre los cazadores-recolectores. Esto es un aspecto cultural, cruzado, universal que resuena indiscutiblemente en la literatura etnográfica, a veces, en los términos más fuertes". (pág. 144).

Erdal y Whiten comentan que la base de la igualdad no fue una repentina extinción milagrosa del interés personal; la literatura antropológica demostró que en medio de tal equidad existen múltiples ejemplos de gente que hace trampas o que intenta lograr una posición dominante. En cambio, la igualdad se mantiene por el desarrollo de lo que llamamos estrategia del "contradominio". En consecuencia, "los que intentan dominar pasan a ser ignorados, criticados, ridiculizados, descartados, abandonados, aislados o muertos" (pág. 146). Esta estrategia que mencionamos, la de contradominio, funciona como aliada de cualquiera en contra de cualquier persona que intenta tomar un rol superior; y, es probable, que se desarrolle como una extensión del modo que unen entre sí los primates no humanos cuando quieren destituir a los animales dominantes. Erdal y Whiten sugieren que "las predisposiciones fisiológicas que subyacen en el contradominio incluyen aspectos tales como el resentimiento por el comportamiento agresivo, la incomodidad frente al dominio, y la satisfacción frente a un consenso..." (pág. 146).

Resulta intrigante observar que la "teoría de la igualdad", desarrollada por los psicólogos sociales independientemente de este evolucionario material antropológico, sugiere que: "cuando los individuos se encuentran participando en relaciones de desigualdad, se estresan. Mientras más desigual

sea la relación, más estresada se siente la persona....La molestia del explotador se puede etiquetar como: 'culpa', 'vergüenza', 'disonancia', 'empatía', 'ansiedad condicionada' o 'temor a la venganza'. En cambio, la incomodidad de la víctima como: 'enojo', 'vergüenza', 'humillación'. (Austin y col., 1976, pág. 166). Al igual que la visión del contradominio, la teoría de la equidad descansa en la suposición explícita de que somos egoístas pero los miembros del grupo desarrollan sistemas equitativos; podemos decir: "que evitan la lucha continua y maximizan la recompensa colectiva" (Walster y col., 1976, pág. 2). Como lo recalzó Walster, incluso los individuos usan algunos métodos para intentar y poder restaurar la equidad. La gente que siente que su empleador les paga menos de lo que debiera puede intentar restablecer la equidad perdiendo el tiempo y no trabajando, dificultando la labor del empleador o dañando el equipo de la empresa.

El legado psicológico de un pasado igualitario es nuestra preocupación por la justicia, ampliamente demostrada por los psicólogos sociales, usada por todos nosotros, incluso por los niños pequeños. La teoría de la equidad se desarrolló como "una teoría general de interacción social" en base a la evidencia de que tenemos un reconocimiento intuitivo de que el sentido de la justicia social es un componente casi indispensable de las relaciones sociales humanas. Los sentimientos de injusticia crean tensiones y divisiones y pueden provocar un sentimiento extraordinariamente cargado de angustia y molestia.

¿De qué forma esto nos ayuda a definir las estructuras sociales que fomenten aquello por lo cual debiéramos estar luchando lograr? En las sociedades cazadoras y recolectoras parece ser que el bienestar personal y la seguridad estuvieran asociadas con la participación en los procesos de la distribución y la reciprocidad material sea lo que une a las personas en un grupo social. La mejor política de seguros es la que comparte los riesgos del grupo y el sistema de cooperación mutua. Es probable que lo que provoca la carga síquica de la falta de respeto y el bajo status social es que el individuo está excluido, marginado, y que no puede compartir con el grupo. Por otro lado contrasta con la percepción que uno tiene valor personal o la autovalidación que viene de saber que la contribución al proyecto en común o al bienestar de los demás es valorada y apreciada. Así, tal vez el mayor daño que provoca la desigualdad en las sociedades modernas ocurre cuando a las personas se les niega el valor personal, desplazándolas

del rol y de la actividad que ellas saben que es valiosa y respetada por los demás. Por decirlo en pocas palabras, es probable que la desigualdad se torne dañina para la salud cuando es lo suficientemente grande como para que a las personas se les niegue el sentido de pertenencia.

UNA REVISION SOCIAL

Si redujéramos el peso del bajo status social, tendríamos que disminuir no sólo las desigualdades objetivas como los ingresos, el poder, status, sino que también llevar a cabo una cierta revisión social de cómo funcionan las instituciones en términos de proveer a las personas de un sentido de valor personal. Debemos evitar las prácticas y los tratos que disminuyen al otro, que lo estigmaticen o que lo humillen. Los salarios mínimos y los estándares de vida deben ser consistentes con un sentido de dignidad personal. Necesitamos recapitar sobre las implicaciones sociales de los regímenes escolares y los métodos de enseñanza y preguntarnos si es que acaso existen oportunidades para que todos los niños se sientan bien en algo. Los que están menos dotados ¿se sienten humillados o ridiculizados?, ¿algunos abandonan el colegio con un sentido fundamental de vergüenza que viene por el fracaso en el logro del alfabetismo o las habilidades matemáticas? En el trabajo necesitamos que se valore la contribución de las personas y que se sientan apreciadas, respetadas como seres humanos, valorizadas, que capten el aprecio y el respeto que se les otorga como seres humanos. Y que el ambiente social del trabajo no los deje marcados innecesariamente con señales de jerarquía y distinciones de status. Cuando les entregamos a las personas el sentido de ser miembros valiosos de sus comunidades, de sus lugares de trabajo, del colegio, de la vida familiar, lo más probable es que lleguen a ser un apoyo más que un opositor que traspase su estrés externo y la humillación.

LA NECESIDAD DE INTEGRAR LAS POLITICAS SOCIALES Y DE SALUD

En tiempos pasados, gran parte de la investigación en salud, educación y políticas sociales había estado preocupada de la identificación de los grupos de riesgo y en la definición de los servicios necesarios para reducir dicho riesgo. Esto significó que cada problema nuevo que surgía, o gru-

po de riesgo que era identificado había servido para pedir una nueva corriente de servicios y gastos. La respuesta apropiada a las limitaciones políticas al aumento del gasto público tal vez sea observar más atentamente el ambiente social y económico que generan estos problemas en lugar de intentar resolverlos una vez producidos.

Está claro que los servicios en salud son los determinantes con menos poder tanto para la salud pública como para la longevidad, cuando se comparan con las circunstancias sociales y económicas. Igualmente, el carácter social y económico de los barrios donde están los colegios y de donde vienen sus alumnos es uno de los predictores más fuertes de sus estándares educativos. De la misma manera, el crimen está mucho más relacionado con el ambiente social que con las diferencias en el establecimiento y aplicación de las sentencias judiciales. Y, de hecho, todo esto es igual cuando se aplica a un amplio rango de problemas sociales que incluyen los embarazos precoces en adolescentes, el abuso de sustancias y la prevalencia de problemas conductuales en los niños pequeños.

A pesar de que la educación, la salud y el crimen violento tienen determinantes separados, parece ser que también tienen algunas importantes causas comunes. Es evidente, y así ha quedado previamente reconocido, que la salud tiene más en común con los factores socioemocionales que, a menudo, afectan la conducta educativa, el crimen y la delincuencia. La correlación entre las tasas de mortalidad de adultos, el resultado del desempeño de los niños en la GCSE en áreas educativas locales es de un 0,77 (Blane y col., 1966). Como ya hemos visto, la correlación entre el homicidio y todas las otras causas de muerte en los barrios de Chicago fue de un 0,88 (Wilson y Daly, 1997), en cambio, a nivel de los 50 estados era de un 0,70. Los nexos entre los factores en salud y emocionales se demostraron en el ambiente británico en niños nacidos en 1958 (Estudio Nacional del Desarrollo Infantil), el cual encontró que los mejores elementos de predicción de buena salud en la etapa primaria de la adultez fueron las evaluaciones del comportamiento del niño a los 16 años (Power y col., 1991). Por otro lado, el conflicto familiar conlleva a un crecimiento más lento en los niños (Montgomery y col., 1997), menores resultados académicos (Wadsworth, 1991), peor nivel de salud en las etapas posteriores de la vida (Lundberg, 1933) y violencia en la etapa de adulto (James, 1995; Wadsworth, 1984). En consecuencia, los estudios realizados en localidades pequeñas señalan que en circunstancias socio-

económicas similares coexisten grupos de mala salud, bajos niveles académicos y alta criminalidad.

Las raíces comunes de un amplio rango de problemas sociales emergen con mucha fuerza de las implicaciones psicosociales de la privación relativa. Hemos observado que tanto el crimen violento como la salud están relacionados con la cohesión social y la distribución del ingreso (Sampson y col., 1997; Kawachi y col., 1997; Kawachi y col., por salir). Es probable que la conducta académica de los niños encaje con este cuadro. El verdadero desafío de la política social es encontrar el modo de desarrollar un ambiente socioeconómico que minimice la ocurrencia de estos problemas. En esencia, debíamos estar buscando la integración de las políticas de salud, educación y de lucha contra el crimen con la búsqueda de mayor producción y crecimiento.

Un tema central es la relación entre la cohesión social y el funcionamiento familiar, pero esto puede no ser como lo esperábamos al comienzo. Se ha sugerido que los lazos familiares débiles pueden ser más importantes en la cohesión social que los lazos fuertes (Granovetter, 1973). Por otro lado, Banfield (1958) contrastó una fuerte vida comunitaria con las sociedades con estructuras familiares laxas, pero con aquellas en que las lealtades familiares eran tan fuertes que la vida comunitaria se eclipsaba, con lo que dio en llamar "una tendencia moral en favor de las familias". La gente persiguió los intereses de su propia familia en detrimento de los intereses comunitarios más amplios. El nepotismo y la corrupción reemplazaron el espíritu público. Los estudios del bienestar del niño parecen sugerir que la calidad de familia y el funcionamiento social y emocional es más importante que si tienen ambos, o un solo padre. En diversas ocasiones se ha referido a esto como la "importancia del proceso familiar" más que "lo estructural", y que refleja, en parte, los efectos dañinos sobre los resultados académicos —observados anteriormente— del conflicto doméstico en las primeras etapas de la vida; y también, sobre los riesgos de violencia en las etapas primarias de la adultez, y la salud en etapas posteriores. Uno de los temas centrales es, por lo tanto, asegurar que la familia y la comunidad sean un apoyo mutuo.

Muchos de los cambios e inversiones necesarios para crear un ambiente social más apoyador tendrán beneficios que van mucho más allá de la disminución de los problemas sociales y de salud. Más que constituir un peso económico, pueden mejorar efectivamente la productividad y la ef-

ciencia económica. Algunos de los factores que influyen en la salud de los lugares de trabajo están íntimamente relacionados con los factores que afecta el apoyo moral y social que, a su vez, influye en la productividad. En la escala macroeconómica hay un creciente interés de los economistas en el rol del capital y cohesión social, con el objeto de mejorar los resultados económicos (Leonardi, 1995; Osberg, 1995). En este contexto resulta importante puntualizar que el interés de Putnam en la cohesión social surgió cuando buscaba la explicación de las diferencias en la efectividad y conductas de los gobiernos italianos regionales (Putnam, 1993).

REFERENCIAS

- Austin, W.; Walster, E.; Utne, M.K. (1976). Equity and the law: the effect of a harmdoer's 'suffering in the act' on liking and assigned punishment. In: *Equity theory: towards a general theory of social interaction. Advances in experimental social psychology*, volume 9. Edited by L. Berkowitz and E. Walster. Academic Press N.Y.
- Banfield, E.C. (1958). *The moral basis of a backward society*. Glencoe Press.
- Blane, D.; White, I.; Morris, J. (1996). Education, social circumstances and mortality. In: *Health and Social Organization*. Edited by Blane, D.; Brunner, E.; Wilkinson, R. Routledge, London.
- Braithwaite, J.; Braithwaite, V. (1980). The effect of income inequality and social democracy on homicide. *British Journal of Criminology*; 20 (1): 45-53.
- Bruhn, J.G.; Wolf, S. (1979). *The Roseto Story*. Norman, University of Oklahoma Press.
- Brunner, E. (1997). Estrés and the biology of inequality. *British Medical Journal*; 314: 1472-6.
- Chrousos, G.P.; McCarty, R.; Pacak, K.; Cizza, G.; Sternberg, E.; Gold, P.W.; Kvetnansky, R. (1995). Eds; In: *Annals of the New York Academy of Sciences* Vol. 771. *Estrés: basic mechanisms and clinical implications*. The New York Academy of Sciences.
- Cohen, S.; Doyle, W.J.; Skoner, D.P.; Rabin, B.S.; Gwaltney, J.M. (1997). Social ties and susceptibility to the common cold. *Journal of the American Medical Association*; 277: 1940-44.
- Erdal, D.; Whiten, A. (1996). Egalitarianism and Machiavellian intelligence in human evolution In: *Modelling the early human mind*; edited by Mellars P. & Gibson K. McDonald Institute Monographs: 139-160.
- Everson, S.; Kaplan, G.; Goldberg, D.E.; Salonen, R.; Salonen, J.T. (1997). Hopelessness and 4-year progression of carotid atherosclerosis. *Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology*, 17 (8): 1490-5.

- Gilligan, J. (1996). *Violence: Our Deadly Epidemic and its Causes*. G.P. Putnam, NY.
- Granovetter, M. (1973). The strength of weak ties. *American Journal of Sociology*; 78: 1360-80.
- House, J.S.; Landis, K.R.; Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*; 241: 540-5.
- James, O. (1995). *Juvenile violence in a winner-looser culture*. Free Association Books.
- Jolly, A. (1985). *The evolution of primate behavior*. (2nd edition) Macmillan, NY.
- Kawachi, I.; Kennedy, B.P.; Lochner, K.; Prothrow-Stith, D. (1997). Social capital, income inequality and mortality. *American Journal of Public Health*; 87: 1491-8.
- Kawachi, I.; Kennedy, B.; Wilkinson, R.G. (1998-forthcoming). Mortality, the social environment, crime and violence. *Sociology of Health and Illness* special edition edited by M. Bartley.
- Kennedy, B.P.; Kawachi, I.; Prothrow-Stith, D. (1996). Income distribution and mortality: cross sectional ecological study of the Robin Hood index in the United States. *British Medical Journal*; 312: 1004-7. See also: Kennedy, B.P.; Kawachi, I.; Prothrow-Stith, D. (1996). Important correction. Income distribution and mortality: cross sectional ecological study of the Robin Hood index in the United States. *British Medical Journal*; 312: 1194.
- Leonardi, R. (1995). Social Capital and the Mezzogiorno. *Oxford Review of Economic Policy*; 11: 165-78.
- Lovall, W.R. (1997). *Estres and health: biological and psychological interactions*. Sage, London.
- Lundberg, O. (1993). The impact of childhood living conditions on illness and mortality in adulthood. *Social Science and Medicine*; 36: 1047-52.
- Lynch, J.; Kaplan, G.A.; Pamuk, E.R.; Cohen, R.D.; Heck, K.E.; Balfour, J.L.; Yen, I.H. (Forthcoming 1998). Income inequality and mortality in metropolitan areas of the United States.
- Mackenbach, J.P.; Looman, C.W.N. (1994). Living standards and mortality in the European Community. *Journal of Epidemiology and Community Health*; 48: 140-145.
- Marmot, M.G.; Shipley, M.J.; Rose, G. (1984). Inequalities in death-specific explanations of a general pattern. *Lancet*; 1 (8384): 1003-6.
- Marsh, A.; McKay, S. (1994). *Poor Smokers*. Policy Studies Institute.
- Martin, P. (1997). *The sickening mind*. Harper Collins
- McCall, N. (1994). *Makes me wanna holler. A young black man in America*. Random House, New York.
- Montgomery, S.M.; Bartley, M.J.; Wilkinson, R.G. (1997). Family conflict and slow growth. *Archives of the Diseases of Childhood*; 77: 326-30.
- Osberg, L. (1995). The equity / efficiency trade-off in retrospect. *Canadian Business Economics*, Spring; 5-19.
- Power, C.; Manor, O.; Fox, J. (1991). *Health and class: the early years*. Chapman and Hall.
- Putnam, R.D.; Leonardi, R.; Nanetti, R.Y. (1993). *Making democracy work: civic traditions in modern Italy*. Princeton U.P.
- Sampson, R.J.; Raudenbush, S.W.; Earls, F. (1997). Neighborhoods and violent crime: a multilevel study of collective efficacy. *Science*; 277: 918-924.
- Sapolsky, R.M. (1993). Endocrinology alfresco: psychoneuroendocrine studies of wild baboons. *Recent Progress in Hormone Research*; 48: 437-68.
- Sapolsky, R.M. (1994). Why zebras don't get ulcers. A guide to estres, stress-related disease and coping. W.H. Freeman, N.Y.
- Shively, C.A.; Clarkson, T.B. (1994). Social status and coronary artery atherosclerosis in female monkeys. *Arteriosclerosis and Thrombosis*; 14: 721-6.
- Shively, C.A.; Laird, K.L.; Anton, R.F. (1997). The behavior and physiology of social estres and depression in female cynomolgus monkeys. *Biological Psychiatry*; 41: 871-82.
- Skrabski, A.; Kopp, M.S. (1996). Health behaviour, psychiatric symptoms and psychosocial background factors. In: *Psychology and Promotion of Health* edited by JP. Danwalder Hogrete and Huber.
- Wadsworth, M.E.J. (1984). Early estres and associations with adult health, behaviour and parenting. In: *Estres and disability in childhood*; edited by Butler NR, Corner BD.. Wright, Bristol.
- Wadsworth, M.E.J. (1991). *The imprint of time: childhood, history and adult life*. Clarendon Press, Oxford.
- Walster, E.; Berscheid, E.; Walster, G.W. (1976). New directions in equity research. In: *Advances in experimental social psychology*, volume 9; *Equity theory: towards a general theory of social interaction*, edited by L. Berkowitz and E. Walster. Academic Press NY.
- Wilkinson, R.G. (1994). The epidemiological transition: from material scarcity to social disadvantage? *Daedalus* (Journal of the American Academy of Arts and Sciences); 123 (4):61-77.
- Wilkinson, R.G. (1996). *Unhealthy Societies: the afflictions of inequality*. Routledge, London.
- Wilson, M.; Daly, M. (1997). Life expectancy, economic inequality, homicide, and reproductive timing in Chicago neighbourhoods. *British Medical Journal*; 314: 1271-4.
- Woodburn, J. (1982). Egalitarian societies. *Man*; 17: 431-51.