

XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2019.

Escenario reciente sobre cohesión social y salud mental en el Mercosur.

Masciadri, Viviana.

Cita:

Masciadri, Viviana (2019). *Escenario reciente sobre cohesión social y salud mental en el Mercosur. XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-111/910>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ecod/ock>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

ESCENARIO RECIENTE SOBRE COHESIÓN SOCIAL Y SALUD MENTAL EN EL MERCOSUR

Masciadri, Viviana
CONICET. Argentina

RESUMEN

Con datos poblacionales sobre pertenencia religiosa, porcentaje de pertenencia a un grupo discriminado y porcentaje de confianza interpersonal se realiza un panorama sobre cohesión social y salud mental en el Mercosur. La investigación recomienda que los objetivos planteados en el PEAS se articulen al Plan de Acción sobre salud mental 2013-2020.

Palabras clave

Cohesión social - Confianza - Discriminación - Mercosur

ABSTRACT

RECENT STAGE ON MENTAL HEALTH AND SOCIAL COHESION IN MERCOSUR

With population data on religious affiliation, percentage of membership to a discriminated group and percentage of interpersonal trust, is made an overview of social cohesion and mental health in Mercosur. The report recommends that the objectives of the PEAS be articulated to the Mental Health Action Plan 2013-2020.

Key words

Social cohesion - Trust - Discrimination - Mercosur

1. Introducción

Esta investigación explora ciertos aspectos poblacionales referidos a cohesión social y salud mental en el Mercado Común del Sur (Mercosur). Constituido formalmente en 1991, el Mercosur representa un proceso que identificó la necesidad de acordar un Plan Estratégico de Acción Social (PEAS) durante la XXX Cumbre de Presidentes del Mercosur en 2006. Dicho instrumento se plasmó en la Decisión 12/11 [1] que delimita el ámbito de garantías y protección de los derechos humanos en consonancia con la normativa internacional, con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2000-2015) y con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (2030) e involucra a todos los ministerios y secretarías con competencias mediante diez ejes estratégicos:

- 1) hambre, pobreza y desigualdades sociales;
- 2) derechos humanos, asistencia humanitaria e igualdad étnica, racial y de género;
- 3) salud pública;
- 4) educación y analfabetismo;
- 5) diversidad cultural;
- 6) inclusión productiva;

- 7) trabajo y previsión social;
- 8) sustentabilidad ambiental;
- 9) diálogo social; y
- 10) cooperación regional en materia de políticas sociales.

Se conoce que la protección de los derechos humanos es una estrategia fundamental para prevenir los trastornos mentales ya que las condiciones adversas que reproducen contextos sociopolíticos específicos -autoritarismos, guerras, genocidios, migraciones masivas, pobreza estructural, falta de acceso a la educación, abuso de menores, distintas modalidades de violencia y discriminación, entre otros-, tienen un impacto significativo en el inicio y desarrollo de las problemáticas vinculadas con la salud mental a nivel individual y colectivo. Por ello, las acciones y políticas que mejoran la protección de los derechos humanos básicos representan una sólida estrategia preventiva en salud mental (Miranda-Ruche, 2018). Es decir, las sociedades con mayores niveles de cohesión social resultan más saludables puesto que la salud mental se encuentra profundamente influenciada por indicadores asociados a la comunidad, especialmente, por aquellos que reflejan la calidad y suficiencia de las relaciones sociales como lo es el sentido de pertenencia. De ahí la importancia de resaltar el anclaje internacional, regional y local legitimado del PEAS presente en las agendas públicas de los Estados para generar espacios que favorezcan la cohesión social y el sentido de pertenencia en cinco de sus dimensiones: 1) multiculturalismo, tolerancia y no discriminación; 2) capital social y participación; 3) expectativas de futuro; 4) integración y afiliación social; y 5) percepciones de desigualdad y conflicto. En efecto, según se expresa en la *Evaluación de avances en la implementación del PEAS* (Instituto Social del MERCOSUR, 2017: 104) la protección y promoción social representa el “conjunto de políticas públicas en amplia articulación con la sociedad civil (...) desde una visión de derechos, obligaciones y equidad, buscando la **cohesión** del tejido **social** con expresión territorial”. [2] Para el conjunto de las poblaciones que integran el Mercosur el panorama es complejo. A la pobreza estructural ligada con los vestigios de las sociedades coloniales según grupos étnicos se suma, el autoritarismo que exigió la conformación de los Estados nacionales en sus etapas preestales y estatales tempranas. Además, las dictaduras del cono sur inscritas en el marco de la guerra fría impactaron, recíprocamente, en los sistemas de justicia transicional induciendo rezagos intergeneracionales en

materia de derechos humanos. Frente a dicho panorama se podría hipotetizar que varias de las sociedades actuales que componen el Mercosur, sino todas, son sociedades postgenocidio (Feierstein, 2016, Mayersen, 2018). A ello se suma el avance tecnológico, los saldos de la desigualdad y el alto grado de urbanización donde la fragmentación social es mayor y la cohesión es endeble, amén del cambio que supone el aprendizaje del ejercicio democrático en Estados que prevén insertarse e interactuar en un mundo global. De modo que esta investigación explora el nexo entre alguno de dichos aspectos conflictivos en el marco de la globalización haciendo hincapié en los tópicos sentido de pertenencia y discriminación.

2. Explorando los términos de la ecuación en el Mercosur

Teniendo como referencia las definiciones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) de las Naciones Unidas y el Consejo de Europa aludiendo a un enfoque de derechos, existen lineamientos operativos y prácticos que permiten estructurar la actividad gubernamental alrededor de tres ejes interrelacionados: 1) el acceso al bienestar con igualdad de oportunidades y sin discriminación; 2) un estado incluyente con políticas sostenibles para la cohesión social, y 3) una ciudadanía activa que genera pertenencia, identidad y seguridad. Estos tres ejes se vinculan al marco elaborado por la CEPAL para dar seguimiento a la cohesión social en América Latina teniendo en cuenta tres pilares interactuantes: brechas, instituciones y pertenencia (Ferrelli, 2015). Por ello es importante dar respuestas preventivas a los conflictos sociales que motivan las fallas en la cohesión social. Sucede que las sociedades mercosureñas se encuentran históricamente fragmentadas presentando clivajes (étnicos, raciales, religiosos, genéricos, intergeneracionales, culturales, económicos y otros), que tensan los complejos multinivel generando secuelas en el plano de la salud mental, a raíz de su capacidad de retroalimentación y potenciación de los conflictos vinculados con distintas modalidades de discriminación y exclusión. Dicha amalgama configura los determinantes sociales de salud ya que no se puede concebir el bienestar,[3] sin involucrar las dimensiones sociales del proceso.

Es significativo advertir que el nivel de brechas de bienestar entre individuos y entre grupos se asocia, al nivel de salud mental[4] individual y colectiva. Asimismo, desde la perspectiva de la CEPAL (2017: 16), “la cohesión puede entenderse como el efecto combinado del nivel de brechas de bienestar entre individuos y entre grupos, los mecanismos que integran a los individuos y grupos a la dinámica social y el sentido de adhesión y pertenencia a la sociedad por parte de ellos”. Es decir, se trata de un complejo compuesto por percepciones, valoraciones y disposiciones subjetivas que resultan centrales para la vida en sociedad y por ello es importante observar su comportamiento a escala microsociedad -en determinado grupo socioeconómico, cultural, étnico, lingüístico, profesional, entre otros- y en situaciones macrosociales críticas pues los aspectos disonantes

polarizan los grupos de pertenencia a los que se asignan las poblaciones cuando, grupos sociales de tamaño considerable sienten algún grado importante de identificación con miembros de su propio conjunto y distancia respecto de otros. En efecto, entre los conflictos predominantes de la última década no se ha logrado dismantelar ninguno pese a que la mayoría o más de los ciudadanos los desaprueban: entre ricos y pobres (76%), entre empresarios y trabajadores (74%), entre empleados y desempleados (68%), entre hombres y mujeres (66%), entre la gente joven y la sociedad (64%), entre personas de distinta raza (59%), entre nacionales y extranjeros (54%), y entre la gente anciana y la sociedad (54%) (Latinobarómetro, 2017: 28). Asimismo, cuando los intereses de un grupo religioso mayoritario ven menguar sus privilegios o sienten amenazadas sus formas de participación cívica se producen tensiones en torno al tema que manifiesta tal situación. Datos del *Latinobarómetro* indican que en 2017 fueron siete los países de la región donde la religión católica no fue dominante, mientras que en 2013 eran sólo cuatro. El cuadro 1 presenta la distribución de países miembros y asociados del Mercosur donde se observa que la primera mayoría religiosa es la católica con las excepciones de Uruguay (38%) y Chile (45%). Guarismos que podrían ser el reflejo de resistencias arraigadas en sentidos religiosos que impiden la ampliación de derechos[5] y cuya falta de recepción amplía las brechas de bienestar.[6]

Cuadro 1. Porcentaje de la población según pertenencia religiosa. Mercosur, 2017

Estados miembros	Católicos	Evangélicos	Ninguna (ateo, agnóstico)	Otras religiones
Paraguay	89.2	5.2	3.8	1.9
Bolivia	72.5	19.9	3.7	3.3
Venezuela	67.0	17.9	13.5	1.2
Argentina	65.5	10.7	21.2	2.2
Brasil	53.7	26.6	14.3	4.7
Uruguay	37.5	6.9	41.1	13.8
Estados asociados con información				
Ecuador	76.7	15.4	7.3	0.2
Perú	73.8	12.5	7.5	4.1
Colombia	73.0	14.6	11.0	0.7
Chile	44.9	12.0	38.3	3.1
Estado observador				
México	80.3	7.1	11.0	0.8

Nota: cuando la sumatoria no es 100, el resto corresponde a la categoría no sabe/no contesta o a efectos de redondeo.

Fuente: Latinobarómetro, 2017.

Entre las instancias institucionales para debatir temas que favorezcan la cohesión social y el sentido de pertenencia se encuentra la reunión de Altas Autoridades de Derechos Humanos que incluye las Comisiones temáticas permanentes sobre diversidad sexual, discriminación y xenofobia, Niñ@sur,[7] adultos mayores, entre otros tópicos a destacar. Además del PEAS, entre otras herramientas que habilitan políticas convergentes se puede mencionar el Acuerdo en materia de matrimonio, relaciones personales entre los cónyuges, régimen matrimonial de bienes, divorcio, separación conyugal y unión no matrimonial entre personas del mismo o de diferente sexo pues apuntan al multicultu-

ralismo, la tolerancia y la no discriminación.

En la bisagra entre igualdad y diferencia es necesario conjugar igualdad de oportunidades con políticas de reconocimiento. De ahí que la pertenencia no sólo se construye con mayor equidad, sino también con aceptación de la diversidad ya que no puede haber un “nosotros” internalizado por la sociedad si ésta invisibiliza, a grupos que interactúan con patrones basados en sistemas de creencias heterónomos. No obstante, las brechas existen y deben abordarse atendiendo al concepto de multiculturalismo, tolerancia y no discriminación a fin de que las poblaciones accedan a situaciones sanitarias más equitativas.

Cuadro 2. Población de 18 años y más que declara pertenecer a un grupo discriminado como porcentaje de la población total y según sexo ordenada por año (2015). Mercosur, años seleccionados

Estados miembros	Ambos sexos					Varones					Mujeres				
	2006	2009	2010	2011	2015	2006	2009	2010	2011	2015	2006	2009	2010	2011	2015
Bolivia	27.0	32.0	43.0	34.0	27.0	25.0	33.0	42.0	34.0	26.0	29.0	30.0	43.0	34.0	28.0
Brasil	42.0	26.0	30.0	35.0	19.0	40.0	25.0	30.0	35.0	20.0	43.0	27.0	30.0	35.0	19.0
Paraguay	19.0	20.0	22.0	15.0	18.0	21.0	18.0	23.0	13.0	17.0	18.0	23.0	21.0	16.0	20.0
Venezuela	17.0	17.0	14.0	13.0	17.0	17.0	18.0	13.0	13.0	17.0	18.0	16.0	15.0	12.0	17.0
Argentina	9.0	19.0	19.0	17.0	16.0	10.0	17.0	19.0	17.0	15.0	9.0	21.0	18.0	18.0	17.0
Uruguay	9.0	13.0	12.0	16.0	12.0	9.0	11.0	12.0	15.0	13.0	9.0	14.0	11.0	16.0	11.0
Estados asociados con información															
Chile	19.0	15.0	24.0	22.0	29.0	19.0	16.0	25.0	26.0	30.0	19.0	14.0	23.0	19.0	28.0
Perú	23.0	25.0	30.0	30.0	20.0	22.0	24.0	32.0	28.0	19.0	23.0	26.0	27.0	31.0	21.0
Colombia	16.0	12.0	18.0	20.0	9.0	17.0	14.0	19.0	18.0	9.0	15.0	10.0	17.0	21.0	9.0
Estado observador															
México	16.0	17.0	25.0	22.0	18.0	16.0	18.0	24.0	20.0	17.0	16.0	16.0	27.0	24.0	19.0

Nota: Información revisada al 19/MAR/2018. En la ronda 2006 la pregunta fue: en este país hay principalmente tres grupos de personas: las personas que generalmente tienen privilegios por algún motivo; las personas que no son discriminadas ni tienen privilegios y las personas que generalmente son discriminadas por algún motivo. ¿A cuál grupo pertenece Ud.? En cambio, en 2009, 2010 y 2011 la pregunta fue: ¿se describiría Ud. como parte de un grupo que es discriminado en el país, o no? Es decir, los resultados obtenidos para 2006 no son estrictamente comparables con los de 2009, 2010 y 2011.

Sin embargo, como señala la Cepal, la variabilidad de los promedios simples regionales cambian poco entre 2006 y el resto de las rondas.

Fuente: CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

Los datos del cuadro 2 plasman el porcentaje de población que afirma pertenecer a un grupo discriminado. Para ambos sexos, en 2015, la peor situación entre los Estados miembros se registra en Bolivia (27%) y la mejor en Uruguay (12%). Entre los Estados asociados la situación de mayor discriminación se expresa en Chile (29%) y la menor en Colombia (9%). Si se comparan los datos de 2006 y de 2015 se observan incrementos en el porcentaje de población que declara pertenecer a un grupo discriminado en Argentina, Uruguay y Chile, descensos en Brasil, Paraguay, Perú, y Colombia y sin demasiadas fluctuaciones en Venezuela y Bolivia.

La confianza social es clave para que existan posibilidades de

cohesión y representa un sustrato fundamental de la democracia. La confianza social expresa el reconocimiento hacia personas o grupos en tanto seres capacitados y deseantes de actuar de manera adecuada en una determinada situación, lo que supone grados “de regularidad y predictibilidad de las acciones que facilitan el funcionamiento de la sociedad” (Cepal, 2007: 84-87). La desconfianza social se origina, en cambio, en la experiencia personal o ajena cuando no se cumplen con las normas básicas de convivencia. Según el informe 2017 desde que se comenzó a medir la desconfianza interpersonal en 1996, el año 2017 representa un punto muy bajo de sólo 14%, el más “bajo en los últimos 20 años en América Latina” (Corpo-

ración Latinobarómetro, 2017: 20-21). Los datos presentados en el cuadro 3 reflejan el arduo camino que deberá transitar la región para alcanzar los objetivos planteados en el PEAS siendo que el nivel de confianza interpersonal es bajo o muy bajo. En efecto, los porcentajes de confianza fluctuaron entre un máximo de 24% (Argentina) y un mínimo de 3% (Brasil) con tendencias decrecientes en la mayoría de los países considerados.

Cuadro 3. Población que confía en la mayoría de las personas, como porcentaje de la población total de 18 años y más, ambos sexos. Mercosur, 1996-2016

Estados miembros	1996	2006	2016
Argentina	24.0	25.0	24.0
Uruguay	33.0	32.0	17.0
Paraguay	24.0	13.0	19.0
Bolivia	18.0	23.0	16.0
Venezuela	12.0	31.0	15.0
Brasil	11.0	5.0	3.0
Estados asociados con información			
Ecuador	20.0	30.0	22.0
Colombia	23.0	18.0	16.0
Perú	15.0	23.0	15.0
Chile	18.0	13.0	13.0
Estado observador			
México	21.0	30.0	31.0

Nota: La pregunta empleada en las rondas del Latinobarómetro entre 1996 y 2012 es: hablando en general, ¿diría Ud. que se puede confiar en la mayoría de las personas o que uno nunca es suficientemente cuidadoso en el trato con los demás?

Información revisada al 20/MAR/2018. Fuentes: CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

Siendo que la salud mental repercute en las relaciones y en el grado de integración de las sociedades, los aspectos comunitarios del tema no deben soslayarse. La proyección urbana del Mercosur descubre la centralidad que tendrán temas afines a la salud mental. En efecto, la población uruguaya se proyecta como la más urbana del conjunto seguida por Argentina, Venezuela, Brasil, Bolivia y Paraguay (Bankirer, Calvo y Prats, 1999). También incidirá el envejecimiento poblacional en los patrones de morbilidad. El uso de nuevas tecnologías impacta tanto en las relaciones humanas como en el grado de cohesión social lo que representa un imperativo a abordar por parte de los Estados que conforman el Mercosur.

Con todo, pese a que es cada vez mayor la presión que ejercen los trastornos mentales sobre la carga global de las enfermedades y la influencia de la salud mental en la productividad de la sociedad, la salud mental continúa siendo un área ignorada (OPS, 2001; Rodríguez, 2007). [8] En América Latina y El Caribe,

el 58% de las personas afectadas por psicosis no afectivas, el 53% de las personas afectadas por alcoholismo, el 46% de las personas afectadas por trastorno bipolar y el 41% de las personas con trastornos de ansiedad se encuentran sin tratamiento (Rodríguez, 2007). Cuantos son y qué sucederá con los manicomios es una pregunta actual que amerita un abordaje serio y comprometido para planificar su ocaso. Asimismo, sería recomendable que los objetivos planteados en el PEAS se articulen al Plan de Acción sobre salud mental 2013-2020 que reconoce la función esencial de la salud mental en la consecución de la salud de todas las personas según cuatro objetivos primordiales: "liderazgo y gobernanza más eficaces en materia de salud mental; prestación de servicios integrales e integrados de salud mental y asistencia social con base en la comunidad; aplicación de estrategias de promoción y prevención; y fortalecimiento de los sistemas de información, las evidencias y la investigación" (OMS, 2013: 5).

NOTAS

[1] Como resultado del trabajo de la Comisión de Coordinación de Ministerios de Asuntos Sociales durante la Presidencia Pro Tempore de Brasil, el plan tuvo una versión preliminar en 2010 y una definitiva en 2011 durante la Presidencia Pro Tempore de Paraguay (Instituto Social del MERCOSUR, 2017: 11-12).

[2] El resaltado es propio.

[3] La OMS define a la salud de la población como una serie de aspectos sanitarios interdependientes que inciden en el bienestar físico, mental y social, es decir, la salud no es meramente la ausencia de enfermedad o padecimiento. Así, la promoción de la salud mental alude, con frecuencia, a la salud mental positiva como un recurso, como un valor y como un derecho humano que se propone reducir las desigualdades, construir capital social y disminuir las brechas sanitarias entre países y grupos (OMS, 2004).

[4] Entendida como el proceso que conduce a que las personas materialicen sus capacidades en convivencia con el estrés de la vida, trabajen de forma productiva y contribuyan con la comunidad.

[5] Varios espacios bregan por dicha ampliación: 1) Reunión de Ministros y Altas Autoridades de Ciencia, Tecnología e Innovación; 2) Reunión de Ministros y Autoridades de Desarrollo Social; 3) Reunión de Ministros y Autoridades de la Mujer; 4) Reunión de Ministros de Educación; 5) Reunión de Ministros de Salud; 6) Reunión de Ministros de Trabajo y Órganos Sociolaborales; 7) Reunión de Ministros de Cultura; 8) Reunión de Ministros y Altas Autoridades en Deportes; 9) Reunión de Autoridades sobre Pueblos Indígenas; 10) Reunión de Altas Autoridades de Derechos Humanos, incluyendo sus Comisiones Permanentes temáticas mencionadas; 11) Reunión de Ministros y Altas Autoridades sobre los Derechos de los Afrodescendientes; 12) Reunión Especializada de Cooperativas; 13) Reunión Especializada de Autoridades de Aplicación en Materia de Drogas, Prevención del Uso Indebido y Rehabilitación de Dependientes; 14) Reunión Especializada de Juventud; 15) Reunión Especializada de Reducción de Riesgos de Desastres Socionaturales, Defensa Civil, Protección Civil y Asistencia Humanitaria; 16) Instituto de

Políticas Públicas en Derechos Humanos entre otros (Instituto Social del MERCOSUR, 2017: 18).

[6] Según sucede con los tópicos divorcio, interrupción voluntaria del embarazo y matrimonio igualitario refiriendo ejemplos contemporáneos. Cfr. JAI, 24-05-2019. Amalia Granata, mediática y candidata a diputada por Santa Fe por el partido Unite por la Familia y la Vida, comparó al jerarca nazi Adolfo Hitler con el aborto. Recuperado de: <https://www.radiojai.com/rj/noticom.php?cod=12320>. Además, JAI, 27-05-2019. El neonazi y líder nacionalista Biondini presentó su candidatura a presidente en 2019 expresando: “Le digo a la DAIA, ésto es Argentina, no Israel” durante su discurso como candidato por el Frente Patriótico proponiendo, además, poner fin a las relaciones diplomáticas con el Reino Unido e Israel, así como imponer nuevamente el servicio militar y prohibir el aborto. Recuperado de: <https://www.radiojai.com/rj/noticias.php?de=60>. Para conocer el nexa histórico del nacionalismo argentino con el transnacional, véase Finchelstein (2010) entre otros.

[7] El mundo en línea no inventó los delitos de abuso y explotación sexual, aunque los avances en la tecnología permiten a psicópatas permanecer en el anonimato, ocultar sus huellas digitales, crear identidades falsas, perseguir a muchas víctimas a la vez y controlar su paradero. El mayor uso de dispositivos móviles y un mayor acceso a internet de banda ancha ha llevado a que todo tipo de usuarios, en especial, niños y jóvenes sean más accesibles que nunca a través de perfiles de redes sociales sin protección y foros de juegos en línea. Los delincuentes comienzan a menudo a preparar a sus víctimas en estas plataformas, donde obtienen su atención o confianza, antes de mover la comunicación a plataformas de videos y fotos, lo que puede generar una extorsión, o un encuentro en persona (UNICEF, 2017).

[8] Entre las primeras 10 causas de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) perdidos en el mundo para ambos sexos y proyectadas para el año 2020 vinculados con salud mental se encuentran: la depresión (en segundo puesto con 78.662 AVAD (millares) perdidos que representan el 11,6% acumulado) y las enfermedades o lesiones por guerra (en octavo puesto con 41.315 AVAD (millares) perdidos que representan el 34,4% acumulado). Cfr. Rodríguez, 2007: 56.

REFERENCIAS

- Bankirer, N., Calvo, J. y O. Prats (1999). *Mercosur: evolución de las variables demográficas 1950-2025*. 312.327/4/99. Don Bosco, Ministerio de Salud Pública, Universidad de la República.
- CEPAL (2007). *Cohesión social: inclusión y sentido de pertenencia en América Latina y el Caribe*. LC/G.2335/REV.1, Santiago de Chile, Naciones Unidas.
- Corporación Latinobarómetro (2017). *Latinobarómetro 2017*. Santiago de Chile, Banco de Desarrollo de América Latina.
- Ferrelli, R.M. (2015). Cohesión social como base para políticas públicas orientadas a la equidad en salud: reflexiones desde el programa EUROsocial. *Rev. Panam Salud Pública*, 38(4), 272-277.
- Feierstein, D. (2016). *Introducción a los estudios sobre genocidio*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; Buenos Aires: Eduntref.
- Finchelstein, F. (2010). *Fascismo trasatlántico. Ideología, violencia y sacralidad en Argentina y en Italia, 1919-1945*. ISBN 978-95-0557-839-9, México, Fondo de Cultura Económica.
- Instituto Social del MERCOSUR (2017). *Evaluación de avances en la implementación del Plan Estratégico de Acción Social (PEAS)*. Asunción. Disponible en: www.ismercosur.org.
- INFOBAE, 29-05-2019. El Hospital Garrahan separó al pediatra acusado de producir y distribuir pornografía infantil. Recuperado de: <https://www.infobae.com/sociedad/policiales/2019/05/29/el-hospital-garrahan-separo-al-pediatra-que-fue-detenido-por-producir-y-distribuir-pornografia-infantil>.
- JAI, 24-05-2019. Amalia Granata, mediática y candidata a diputada por Santa Fe por el partido Unite por la Familia y la Vida, comparó al jerarca nazi Adolfo Hitler con el aborto. Recuperado de: <https://www.radiojai.com/rj/noticom.php?cod=12320>.
- JAI, 27-05-2019. El neonazi Biondini presentó su candidatura a presidente argentino. Recuperado de: <https://www.radiojai.com/rj/noticias.php?de=60>.
- López, G. et.al. (2018). *Las informaciones del inconsciente*. Adrogué, La Cebra.
- Miranda-Ruche, X. (2018). *Consideraciones estructurales para la intervención en salud mental: pobreza, desigualdad y cohesión social*. Trabajo Social Global – Global Social Work, 8(14), 108-124. doi: 10.30827/tsg-gsw.v8i14.6377.
- Masciadri, V. Panorama reciente de la población que utiliza computadoras en países del Mercosur. *X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXV Jornadas de Investigación, XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR Nuevas tecnologías: subjetividad, vínculos sociales. Problemas, teorías y abordajes, áreas: Redes sociales y nuevas tecnologías (computación, informática, tics, etc.)*. Ciudad de Buenos Aires. Ediciones de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. ISSN 1667-6750 (impresa). ISSN 2618-2238 (en línea).
- Mayerson, D. (2017?). Building Resilience to Genocide. Policy Briefs in Prevention. *Auschwitz Institute for Peace and Reconciliation*. Recuperado de: www.auschwitzinstitute.org.
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra, Suiza, OMS, ISBN 978 92 4 350602 9.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004a). *Promoción de la Salud Mental: conceptos, evidencia emergente, práctica*. Ginebra: OMS. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf.
- Organización Mundial de la Salud (2004b). *Prevención de los Trastornos Mentales. Intervenciones específicas y opciones política*. Ginebra: OMS. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf.
- Rodríguez, J. J. (ed.) (2007). *La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas*. Washington, D.C: OPS.
- UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (2017). *Estado mundial de la infancia 2017. Niños en un mundo digital*. Nueva York, ISBN: 978-92-806-4932-1.