



DOCUMENTOS DE
INVESTIGACIÓN
UNIVERSIDAD DE SAN ISIDRO

ISSN 2796-809X

Año V
ABRIL
2025

NÚMERO 20

Ramiro Mendoza Aguila

**REPRESENTACIONES SOCIALES
EN PROFESIONALES DE TRABAJO
SOCIAL SOBRE LOS PROCESOS
DE INSTITUCIONALIZACIÓN
DE PERSONAS CON CONSUMO
PROBLEMÁTICO: UN ACERCAMIENTO
EPISTEMOLÓGICO**

EQUIPO DE TRABAJO

Director

Dr. Davide Ciuna

Consejo Editorial

Enrique Del Percio

Jerónimo Biderman Núñez

Laura Ochoa

Constanza Barbato

Marcos Mutuverría

María Victoria Zarabozo

Héctor Luis Trillo

El contenido de los artículos no refleja la opinión editorial de Documentos de Investigación ni de la Universidad de San Isidro. Por lo tanto, los editores no son responsables de las formas de expresión y usos del lenguaje que utilizan los autores, aunque el Consejo Editorial recomienda atenerse a la normativa del idioma castellano o del portugués, cuando así corresponda.

Documentos de investigación es una publicación de la Universidad de San Isidro "Dr. Plácido Marín".

Dirección: Av. Del Libertador 17.175, Béccar, San Isidro, Provincia de Buenos Aires, Argentina | Código Postal: 1642 | Teléfono: 4732-3030

Correo electrónico: documentosdeinvestigacion@usi.edu.ar

ISSN 2796-809X



REPRESENTACIONES SOCIALES EN PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL SOBRE LOS PROCESOS DE INSTITUCIONALIZACIÓN DE PERSONAS CON CONSUMO PROBLEMÁTICO: UN ACERCAMIENTO EPISTEMOLÓGICO.

Autor: Ramiro Mendoza Aguila. Lic. en Sociología. Docente USI

Contacto: mendoza@usi.edu.ar

INTRODUCCIÓN:

El presente trabajo busca poder dar algunos elementos interpretativos, teóricos y epistemológicos de la relación entre el ejercicio profesional del trabajo social y su relación, a nivel de representaciones sociales, con las institucionalizaciones de personas con consumos problemáticos de drogas en Buenos Aires. Todo en continuación del avance de investigación publicado en Revista Poliedro de la Universidad de San Isidro, nro. 16 del año 2023 y se entregan líneas para seguir trabajando estas temáticas, las que se publicarán en futuras entregas académicas.

Para esto se darán algunas miradas sobre salud mental y consumos problemáticos, como binomio hoy inseparable por la ley nacional vigente del tema, su evolución histórica y conceptual, así como las perspectivas epistemológicas subyacentes a éstos.

1. PROBLEMA, OBJETIVOS, MARCO Y METODOLOGÍA

1.1 PLANTEAMIENTO Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

El presente trabajo busca explorar una problemática poco analizada en las ciencias sociales locales relacionada con salud mental, consumos problemáticos y el ejercicio del trabajo social profesional. Así se buscará responder a la siguiente pregunta de investigación: *¿Cuáles son las representaciones sociales de profesionales de Trabajo Social en relación a los procesos de institucionalización de personas con consumos problemáticos desde un enfoque de derechos?*

El sentido de este trabajo es poder acercarse a estas representaciones que serían base para las intervenciones a nivel individual, grupal, familiar y comunitaria del trabajo social, considerando la perspectiva de derechos humanos y buscando analizar si hay una continuidad (total o parcial) con el modelo médico hegemónico o una ruptura con éste, si el/la trabajador/a social considera los determinantes sociales en el tratamiento de

consumos problemáticos, cuáles son los vínculos con otras profesionales (en especial psicología y psiquiatría) y si sus intervenciones reproducen o no modelos de institucionalización represivos o enmarcados en perspectivas racionales y de derechos, en especial al de una atención de salud integral e interdisciplinaria, la que sería hoy el modelo indicado por el marco legal vigente: la ley nacional de salud mental 26.657.

1.2 . OBJETIVOS:

1.2.1.General: Explorar y analizar las representaciones sociales de trabajadores/as sociales de Buenos Aires en relación a los procesos de institucionalización de personas con consumos problemáticos desde un enfoque de salud mental comunitaria, género y derechos humanos.

1.2.2.Específicos

- Describir las percepciones acerca de los determinantes sociales y las problemáticas vinculadas a los procesos de institucionalización en salud mental en general y a los consumos problemáticos en particular.
- Analizar los discursos relacionados a las intervenciones profesionales del trabajo social en situaciones de consumos problemáticos a nivel individual, grupal, familiar y comunitario.
- Contextualizar y diferenciar los roles del trabajo social con otras profesiones del área de la salud intervinientes en estos procesos, así como la interdisciplinariedad de estos contextos.
- Explorar las acciones de institucionalización del estado nacional y local, así como las organizaciones de la sociedad civil vinculados al trabajo social y consumos problemáticos.

1.3 MARCO DE REFERENCIA

1.3.a Introducción general al tema y estado del conocimiento general del tema.

Desde una perspectiva sociológica la salud mental fue uno de los ejes temáticos centrales de la investigación ya desde “El Suicidio” de Durkheim de 1897 donde este autor fundador de la disciplina explora las causales sociales de éste, alejándose de explicaciones

psicologistas o meramente biológicas. Igualmente son fundamentales los aportes de Michel Foucault (como con *Historia de la Locura* de 1961 o *Vigilar y castigar* de 1975) donde se describen los engranajes sociales vinculados al disciplinamiento del “loco”, las organizaciones vinculadas a su tratamiento y represión, así como el enfoque biomédico en los diversos mecanismos de control social. Y en esta misma lógica Robert Castel en “*Orden psiquiátrico*”(1980) reflexiona sobre los mecanismos operativos en relación a la institucionalización forzada de personas con padecimiento mental (como las define la actual ley nacional de salud mental).

Es importante señalar lo indivisible que son a nivel conceptual las ideas de salud mental y de consumos problemáticos, pues ya con la actual ley nacional de salud mental 26.657 (del año 2010) indica que toda problemática de salud ha de integrar las situaciones vinculadas a drogas y sus consumos.

Siguiendo con un breve recorrido, es posible marcar una reflexión de una sociología de la salud mental con la célebre obra de Goffman “*Internados: Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*” de 1961 donde describe diversos mecanismos en organizaciones de psiquiatría, modos de ingreso y permanencia en donde la “*mortificación del yo*” es elemento central de autorrepresión y de sobrevivencia.

Igualmente, Giddens en “*Sociología*” (1998) también dedica una parte de su obra para el análisis sociológico de la salud en general, así como de la mental y las drogas en particular. En ésta señala los factores sociales, económicos y culturales que inciden en éstas, las desigualdades del sistema sanitario y las complejidades que conlleva el tratamiento a personas con padecimiento mental y con consumos problemáticos.

Es fundamental mencionar este contexto pues en el que hoy la ley nacional argentina de salud mental busca enmarcar todo el desempeño profesional en el tratamiento de consumos problemáticos, entendiendo éstos como una parte indivisible de la salud mental en el artículo 4. De esta manera, adiciones (del que en partes posteriores se profundizará en definiciones, historia y aspectos sociales) y salud mental hoy tanto a nivel legal, como analítico en este trabajo serán un binomio inseparable.

De esta manera los autores y marcos indicados demostrarían la relevancia de la temática en el análisis sociológico en su matriz fundante y posterior desarrollo internacional y la importancia de profundizar a nivel local, haciendo énfasis en los factores sociales que conllevan para un grupo profesional específico: el del trabajo social en Buenos Aires.

1.3.b Principales contribuciones de otros al problema o interrogante.

Epistemología: acercamiento conceptual

Todo trabajo académico requiere un marco conceptual: En este caso la Real Academia Española (2024) define Epistemología como “Teoría de los fundamentos y métodos del conocimiento científico”. Asimismo para Ceberio y Watzlawick (1998) “el término epistemología deriva del griego episteme que significa conocimiento, y podría entenderse como una rama de la filosofía que se ocupa de todos los elementos que procuran la

adquisición de conocimiento e investiga los fundamentos, límites, métodos y validez del mismo". Por su parte Balzano (2024) la describe como condiciones de producción del conocimiento científico y su validación lógica, entendiendo ésta como una disciplina que se encarga de la forma del razonamiento, se ocupa de distinguir, de demarcar, los razonamientos correctos de los que no lo son. Le importa la forma de los razonamientos y no el contenido.

Y en relación a los consumos problemáticos (que posteriormente se ahondará conceptual e históricamente) podrían definirse como aquellos que: *"mediando o sin mediar sustancia alguna afectan de manera negativa y crónica, la salud física o psíquica de la persona, y/o las relaciones sociales. Pueden manifestarse adicciones o abusos de sustancias legales e ilegales, o pueden ser producidos por conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo que sea diagnosticado compulsivo por un profesional de la salud"* (Ley Nacional 26.934 Plan IACOP). Y como se indicó también su abordaje está estrechamente unido al de la salud mental, según la ley nacional homónima 26.657, la que también establece un abordaje integral, interdisciplinario (donde se mencionan explícitamente el trabajo social, psicología, enfermería, psiquiatría, entre otras disciplinas), con enfoque de derechos y de género, escenario que buscaría un abordaje integral y de cuestionar el modelo médico hegemónico y la primacía de la medicina en general y de la psiquiatría en particular. Y también apuntaría a abordajes comunitarios y disminuir las internaciones de personas con este padecimiento.

Así desde una mirada epistemológica podría indicarse los siguientes aspectos:

-Enfoque de intervención: Es evidente que existe una diferencia teórica, metodológica y epistemológica entre 2 modelos de salud, tanto a nivel biológico como de salud mental (en la que se encuadran los consumos problemáticos de drogas como ya se señaló): Uno históricamente más antiguo en que prima el enfoque biologicista con primacía de la medicina y la psiquiatría, al que Foucault (1988) denomina modelo médico hegemónico, donde toda otra profesión (como el trabajo social en este caso e igualmente otras como psicología, enfermería, terapia ocupacional, entre otras) serían secundarias y dependerían directamente del control médico con escasas o nulas posibilidad de diálogo y de discusión interdisciplinaria. Por otro lado un modelo diferente, el que plantea la ley nacional de salud mental de 2010, en que se tensiona y cuestiona el biologicismo, se buscan respuestas e intervenciones de tipo interdisciplinaria donde todas las profesiones estarían en relativa igualdad para dialogar (sin ninguna subordinando a otra) y trabajar, el que podría ser llamado modelo de salud integral. Éste igualmente tiene un marcado enfoque de derechos humanos y considera, valora e integra la perspectiva de género, además de (sin descuidar los elementos biológicos) considerar factores históricos, culturales, económicos, sociales y psicológicos en la configuración de la salud mental y los tratamientos que de ésta se desprenden.

-Sobre usuarios/as y derechos: Ambos modelos tienen también distinciones centrales en como denominan, y en consecuencia, tratan a la persona que tiene situaciones vinculadas a la salud mental y adicciones: El modelo biomédico las posicionaría como “pacientes” es decir como entes pasivos, padecientes y resignados en manos del poder de la medicina. Y el modelo integral los posicionaría como “personas con padecimiento mental” (la ley nacional de salud mental los menciona reiteradamente de esta manera), donde en primer lugar prima la visión de que son personas y desde ahí tienen una intrínseca dignidad y derechos, entre éstos el poder participar (dentro de ciertos límites) en las decisiones de su tratamiento.

Así algunos artículos de la citada ley demostrarían este enfoque pues en el art. 7 se señalan algunos de los siguientes derechos:

a) Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud;

b) Derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia;

c) Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos;

d) Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria;

e) Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe;

f) Derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso;

g) Derecho del asistido, su abogado, un familiar, o allegado que éste designe, a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas;

h) Derecho a que en el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el órgano de revisión;

i) Derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado;

j) Derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención,

que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales;

k) Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades;

l) Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación;

m) Derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente;

n) Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable;

o) Derecho a no ser sometido a trabajos forzados;

p) Derecho a recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades encuadradas como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados.

-A nivel institucional: El modelo biomédico tendería a tratamiento de internación homologables a instituciones totales (Goffman, 2003) donde las personas tendrían que someterse a las decisiones médicas pasivamente, mientras que el modelo de salud integral buscaría una atención más amplia, compleja, interdisciplinaria y con participación cuidada de la persona atendida en su tratamiento.

De igual modo la ley nacional de salud mental busca progresivamente disminuir las internaciones por padecimiento mental y adicciones en instituciones monovalentes y buscar alternativas de atención comunitaria, “desinstitucionalizando” (de las internaciones excesivas) y buscando trabajar con las poblaciones la asistencia de estas personas. Esto es explícito en el art. 9 que indica que “*El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales.*”

-Sobre psicofármacos: Si un elemento, desde Foucault (1988), caracteriza el modelo biomédico es el del control de los cuerpos. Y ya no sólo de forma mecánica como antaño, sino a través de la farmacologización de las personas en tratamiento, donde las medicaciones de psiquiatría son parte central e ineludible del tratamiento. En

contraposición el modelo integral que propone la ley nacional indica en su artículo 12 expresamente:

“La prescripción de medicación sólo debe responder a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental y se administrará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo, por conveniencia de terceros, o para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales. La indicación y renovación de prescripción de medicamentos sólo puede realizarse a partir de las evaluaciones profesionales pertinentes y nunca de forma automática. Debe promoverse que los tratamientos psicofarmacológicos se realicen en el marco de abordajes interdisciplinarios.”

-Tratamientos de salud mental y adicciones desde Kuhn y Vasilachis: Las tensiones entre los 2 modelos indicados podría indicarse:

-Desde Kuhn: Un concepto central en su obra es el de paradigma. Entendido éste como un sistema de creencias, valores y técnicas que comparten los miembros de una comunidad científica que son universalmente reconocidos que, durante cierto tiempo, proveen de modelos de problemas y modelos de soluciones a una comunidad de científicos (2024).

Este choque evidenciaría la existencia de 2 paradigmas de la salud y su asistencia: Uno tradicional-biomédico (homologable a una concepción más “conservadora”) y otro actualizado-integral-pro derechos (muy cercano al “progresismo”). Aunque el primero sería el que históricamente ha tenido primacía y el segundo sería un modelo secundario, en la actualidad podrían convivir ambos, es decir, los paradigmas no se reemplazan secuencial y progresivamente, donde uno reemplaza totalmente al otro, sino ambos podrían convivir y tensionarse. Y esta tensión paradigmática es la que enfrentarían los profesionales de salud mental y adicciones en general y los de trabajo social en particular.

Desde Vasilachis: En función de esta autora quien postula que existen, desde su perspectiva epistemológica, existen tres enfoques de paradigmas: El positivista (bien consolidado), el materialista-histórico (bien consolidado) y por último el interpretativo (en vías de consolidación).

En relación a lo trabajado, el modelo biomédico en salud mental y adicciones por su historicidad podría enmarcarse como un modelo positivista sólidamente consolidado en las prácticas médicas de psiquiatría, de medicalización y de control social de usuarios/as. Modelo que gozaría aún de legitimidad social en sus prácticas y que, supuestamente, tendría mayor “racionalidad” (y en consecuencia vinculado a lógicas cuantitativas universalistas) que los modelos que lo cuestionan.

El modelo que problematiza lo biomédico, llamado en este trabajo el de salud integral, podría desde Vasilachis (2003) ser considerado un modelo interpretativo (que prioriza lo cualitativo y las subjetividades) surge posterior al que primaría, por lo que no tiene la aceptación ni validación mayoritaria (aun). Así, esta perspectiva busca resistencia a la

naturalización del mundo social (en este caso al paradigma biomédico): a diferencia de la naturaleza, la sociedad es una producción humana en donde prima el análisis de los motivos para la acción, las normas, los valores y los significados sociales (en este caso asume la complejidad de la salud mental y los consumos problemáticos desde múltiples determinantes sociales, históricos, culturales, psicológicos y biológicos). En esta mirada no se buscan causas biológicas puras, sino motivos y lógicas internas del accionar humano en relación a lo mental y a los consumos.

Además este modelo interpretativo sería uno de los ejes del espíritu de la ley 26.657 de salud mental que define a ésta y a las intervenciones vinculadas dentro de un marco de complejidades, de interdisciplinaridad (lo que cuestiona la centralidad de la medicina y la psiquiatría), de determinantes sociales y de multiplicidad de causales.

1.3.c. Marco teórico

Consumos y complejidades sociales:

El consumo problemático de drogas presenta desafíos complejos en la sociedad actual, obligando a construir respuestas acordes a ellos. Ellas incluyen la participación de distintas disciplinas y diferentes actores sociales.

En su conjunto estos consumos presentan una importante incidencia y prevalencia sanitaria, representando un alto costo económico y social a nivel local, comunitario, nacional y global. Así los consumos problemáticos atentan contra la vida social y contra el pleno ejercicio de los derechos sociales y en Argentina los consumos de alcohol, psicofármacos tranquilizantes, marihuana y cocaína han aumentado en los últimos años (SEDRONAR, 2023).

Desde una mirada legal y normativa, la Salud mental en general y las Adicciones en particular deben ser abordadas desde una perspectiva de la complejidad (Morin, 2004) donde confluyen múltiples y contradictorios factores individuales y sociales, los mismos que señala la Ley Nacional de Salud mental 26.657 al señalar explícitamente en su artículo 3 que se “(...)reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.”

Asimismo en su artículo 4 dice que “las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud.”

Igualmente en el artículo 8 se señala que “Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.” Así se evidencia que legalmente el Trabajo Social es una profesión que tiene un rol directo en el abordaje de la problemática (en sus esferas

comunitarias, grupales, familiares e individuales) y este trabajo busca explorar más profundamente y las representaciones sociales vinculadas a las institucionalizaciones de personas con consumos problemáticos en Buenos Aires.

Elementos de contextualización histórica

El consumo de diversas sustancias ha estado presente desde los inicios de la humanidad con múltiples usos como el alivio de dolencias, como sedantes, estimulantes con el fin de alterar el estado anímico, para obtener placer o bien para alcanzar otras formas de conocimiento o de experiencias vinculadas a lo religioso (Escohotado 1989; Porter y Teich 1997). De esta manera, “casi no existe sociedad en la que no haya existido un uso de drogas” (Romaní, 2008, p. 303), pero en las sociedades occidentales “la drogadependencia es construida como un problema social recién a partir del siglo XX” (UNICEF y UBA, 2010).

Continuando con una mirada de Ciencias Sociales, Bauman (2007) señalaba la transformación de una “sociedad de productores” en la modernidad en una “sociedad de consumidores”, propias de la posmodernidad en la que las reglas del mercado colonizan desde la desregulación y privatización vinculada al trabajo, los aspectos que regulan los vínculos entre las personas, hasta los procesos de construcción de subjetividades y las representaciones sociales.

También desde el psicoanálisis de Freud (2006) estos consumos pueden ser considerados como “quitapenas” y para las ciencias sociales, que se indicaban, como manifestación de los desajustes propios de un sistema de mercado injusto (Capriati, Camarotti y Di Leo, 2015).

A nivel conceptual aparece la idea de adicción como una situación que afecta la salud pues la Organización Mundial de la Salud, OMS (1994) la define como aquel: “Consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor (denominado adicto) se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia (o las sustancias) preferida, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio.”

Asimismo, y ya en la esfera estatal nacional argentina, la SEDRONAR (organismo de nación que trabaja asistencia y prevención de drogas, hoy parte del Ministerio de Salud) entiende a las “(...)sustancias psicoactivas a aquellos compuestos que al ser ingeridos por el sujeto generan diferentes grados de afectación a nivel del sistema nervioso central, produciendo cambios del estado de ánimo (conductuales) y/o de la consciencia (orientación temporo-espacial), permitiendo así su clasificación en base a los efectos que tienen las mismas: depresoras (alcohol, tranquilizantes, etc.), estimulantes (cocaína, anfetaminas, etc.) y perturbadoras (LSD, heroína).” (SEDRONAR, 2017).

Por otro lado, Abrojo (2001) sostiene que, si bien existen diferentes formas de vincularse con drogas, y consumirlas, cualquiera de ellas constituye en un uso problemático para una persona cuando, ya sea de forma ocasional o crónica, afecta su salud física o mental;

sus relaciones sociales primarias (familia, pareja, amigos); sus relaciones sociales secundarias (trabajo, estudio), así como sus relaciones con la ley.

Desde el marco normativo local, la Ley Nacional 26.934 de 2014 del Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (Plan IACOP), define en su artículo 2 a los consumos problemáticos como aquellos que: *“mediando o sin mediar sustancia alguna afectan de manera negativa y crónica, la salud física o psíquica de la persona, y/o las relaciones sociales. Pueden manifestarse adicciones o abusos de sustancias legales e ilegales, o pueden ser producidos por conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo que sea diagnosticado compulsivo por un profesional de la salud”*.

Algunos Modelos de abordaje en consumos problemáticos:

Nowlis (1975) presenta diversos modelos de abordaje basados en la combinación de los tres elementos involucrados: sujetos, contextos y sustancias. En la interacción compleja de estas esferas plantea el abordaje de consumos problemáticos desde diversos puntos de vista sociohistóricos:

-Ético-Jurídico: basado en una mirada legal punitiva donde el foco está centrado en las sustancias y la situación legal de la persona. La sustancia así es percibida como un elemento peligroso capaz de, en determinadas circunstancias, generar consecuencias perjudiciales y poner en riesgo la seguridad social. La persona que consume, de esta manera, suele ser estigmatizado como “delincuente”. Pone énfasis en medidas legales y penales que dificulten la disponibilidad y acceso a las sustancias y se criminaliza a los usuarios. “Las medidas de prevención promovidas desde este modelo tienen un carácter restrictivo y coercitivo” (Pons Diez, 2008) y suelen ejecutarse mediante dispositivos judiciales y policiales.

-Médico-Sanitario: surge a fines de los 50 homologando los consumos y su intervención a modelos de tratamientos de enfermedades infecciosas. Las sustancias se consideran como agentes primarios y causales de “adicción”, de manera que la intervención técnica consiste en la desintoxicación del (supuesto) “ente patógeno”. En esta concepción el sujeto se considera como un actor pasivo, vulnerable, ante un agente activo -la sustancia-, externo y nocivo. “La dimensión subjetiva queda excluida de estas consideraciones” (SEDRONAR, 2017). Las intervenciones se orientaron a realizar internaciones en dispositivos médicos que implicaban la institucionalización de las personas en centros de salud, en algunos casos, a medio camino entre la reinserción y la manifestación de una cierta y supuesta cronicidad, lo que les daba un nuevo rol social, como “ex-drogadependientes” o “adictos en recuperación” (Romaní, 1999). En este nivel es evidente la primacía del modelo médico hegemónico de Foucault (1988) donde el rol central es de la medicina y los secundarios de otras profesiones como la enfermería o el trabajo social, los que están subordinadas al control permanente de la lógica médica en general, y de la psiquiatría en particular.

-Psico-Social: surge a mediados de los 80, desplaza el centro de atención puesto en la sustancia y lo coloca en el sujeto. Se centra en el tipo de relación que la persona establece con la sustancia. Así *“este modelo interpreta el concepto de adicto como un sinónimo del término esclavo, porque considera que lo no dicho queda tapado por la práctica del consumo”* (Touzé, 2006, p.26). Este modelo reconoce la complejidad de cada persona y la influencia o importancia que tienen los factores psicológicos y contextuales próximos (como familias y pares) sobre sus decisiones, pero omitiendo las esferas macrosociales determinantes.

-Socio-Cultural: este modelo asigna una marcada importancia al contexto histórico social y cultural, las relaciones que se establecen con la sustancia y las representaciones sociales del consumo de sustancias. De este modo: *“La diferencia con los otros modelos es principalmente, que, en este modelo, el consumo de sustancias varía necesariamente según las culturas y subculturas”* (SEDRONAR, 2019). La dimensión subjetiva se interpreta como un reflejo de los problemas sociales, en otras palabras, los conflictos psicológicos se describen como emergentes de condiciones socioeconómicas y ambientales; sitúa el consumo de sustancias como un síntoma social contemporáneo (SEDRONAR, 2023).

-Geo-Político estructural: modelo que considera a las sustancias como mercancías propias del marco capitalista. Conceptualiza tanto al consumo como al narcotráfico como fenómenos globales ineludibles a las circunstancias que crean y mantienen el subdesarrollo y favorecen la dependencia de los países con menor desarrollo: *“En este sentido destaca el marco geopolítico de América latina como responsable de las peculiaridades del problema del consumo de drogas. Para este modelo, el contexto no es solamente el ambiente individual, familiar y comunitario, sino toda la sociedad con sus factores, cambios y contradicciones. Se trata de un modelo más reciente y está menos instalado socialmente”* (UNICEF y UBA, 2010).

-Ético-Social: Calabrese (2001), sociólogo argentino pionero en investigación en consumos problemáticos, desarrolló este modelo en el Fondo de Ayuda Toxicológica de Buenos Aires, fue presentado en el año 1974 ante la UNESCO y recomendado por dicho organismo como modelo de prevención primaria aplicable a Latinoamérica y especialmente a la Argentina. Desde una perspectiva sociológica crítica, integra los enfoques anteriores en una síntesis superadora. Plantea una ética social desde la cual es factible conducir un fenómeno o proceso histórico, considerando la multiplicidad de significaciones que de por sí implica el análisis de los consumos en el escenario sociocultural actual.

-Multidimensional: toma como referencia el Paradigma de la Complejidad (Morin,1997) y se caracteriza porque deja de centrarse en cada uno de los elementos que constituyen a la problemática para pasar a una perspectiva relacional. Las acciones de prevención consideran la mayor cantidad de aspectos que implican una determinada situación: la

persona, sus entornos y su historia, sus vínculos, las redes con que cuenta, los contextos en los cuales está inserta, entre otros. Se consideran y analizan los factores de riesgo y de protección como condicionantes, probabilidades, pero no como determinantes en el consumo de sustancias. Este modelo plantea la necesidad de articular acciones interdisciplinarias e intersectoriales, reivindicando la importancia de la participación de todos los actores sociales.

Trabajo social, salud mental y consumos problemáticos:

El Trabajo Social en Argentina es una disciplina de larga data dentro de las Ciencias Sociales. En la actualidad lo rige la ley nacional 27.072 (de 2014) que en su artículo 4 define que:

“Se considera ejercicio profesional de trabajo social la realización de tareas, actos, acciones o prácticas derivadas, relacionadas o encuadradas en una o varias de las incumbencias profesionales establecidas en esta ley, incluyendo el desempeño de cargos o funciones derivadas de nombramientos judiciales, de oficio o a propuesta de partes, entendiéndose como Trabajo Social a la profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social. Respaldada por las teorías del trabajo social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el trabajo social involucra a las personas y estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar.”

Así, Carballeda sostiene que *“el Trabajo Social interviene en un gran abanico de situaciones. Éstas siempre dialogan con la cuestión social entendida como una consecuencia de las desigualdades y la fragmentación de la sociedad. De ahí que el horizonte de intervención de esta disciplina dialogue intensamente con el lazo social, con la problemática de la integración social y cultural intentando no sólo resolver o acompañar, sino también en procesos de apropiación y visibilidad de los condicionantes y causalidades que construyeron la demanda de la intervención”*(2012, p.22).

Por su lado, Kisnerman (2005) propone que el/la trabajador/a social tiene que: conocer los problemas sociales que afectan a la población y cómo los significan; prestar la atención integral que la circunstancia acredite, capacitando, organizando y animando un proceso en el cual las personas se asuman como actores activos y responsables de la acción organizada y transformadora que supere sus problemas; lograr, con dichos actores, mayor respaldo de recursos y medidas de las instituciones, a los programas que tiendan a elevar la calidad de vida de la población. Esto demanda una permanente formación profesional, que va más allá del grado académico logrado, para actuar competentemente frente a la problemática social y la incertidumbre de lo novedoso.

Por otra parte a nivel internacional de la disciplina que indica que *“El/la Trabajador/a Social actúa en el ámbito de las relaciones entre sujetos sociales y entre éstos y el Estado. Desarrolla un conjunto de acciones de carácter socioeducativo que inciden en la*

reproducción material y social de la vida, con individuos, grupos, familias, comunidades y movimientos sociales, en una perspectiva de transformación social. Estas acciones procuran: fortalecer la autonomía, la participación y el ejercicio de la ciudadanía; capacitar, movilizar y organizar a los sujetos, individual y colectivamente, garantizado el acceso a bienes y servicios sociales; la defensa de los derechos humanos; la salvaguarda de las condiciones socioambientales de existencia; la efectivización de los ideales de la democracia y el respeto a la diversidad humana. Los principios de defensa de los derechos humanos y justicia social son elementos fundamentales para el Trabajo Social, con vistas a combatir la desigualdad social y situaciones de violencia, opresión, pobreza, hambre y desempleo.” (Federación Internacional de Trabajadores Sociales, FITS, 2014).

Desde un enfoque sociológico el Trabajo Social en lo conceptual sería una disciplina de intervención en lo social, sea a nivel comunitario, familiar, grupal o individual (como indica explícitamente la ley nacional de esta profesión), que busca fortalecer, promover y restituir derechos. Y desde la ley nacional de salud mental es, junto a otras como psicología, medicina, enfermería y terapia ocupacional, una de las mencionadas directamente como las que tienen relación directa en las acciones de prevención y asistencia en esta esfera y en consumos problemáticos. Aunque tendría esta disciplina tendría el riesgo de ser un agente de control y de disciplinamiento de los sectores populares.

Enfoque de Derechos Humanos y de Género

La Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano en 1789, en la Revolución Francesa constituyó el primer documento sobre los derechos humanos. Después de la segunda guerra mundial, en 1948 y debido a las gravísimas situaciones de violaciones sistemáticas de derechos en la Segunda Guerra Mundial, la Asamblea General de las Naciones Unidas, estableció la Declaración Universal de los Derechos Humanos, elaborada por representantes de todas las regiones del mundo con diferentes antecedentes jurídicos y culturales. Definiéndolos como “*derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición. Todos tenemos los mismos derechos humanos, sin discriminación alguna. Estos derechos son interrelacionados, interdependientes e indivisibles*” (ONU, 1948)

Según Carballada (2016) el enfoque de derechos apoyado en los Derechos Humanos tiene capacidad de dar contención a los Derechos Sociales e incluso les aporta movilidad e interacción que se traducen en mejores perspectivas de aplicación. El diseño de Políticas Públicas concebidas como parte de obligaciones estatales para el cumplimiento efectivo de los Derechos, implica una dirección diferente y más amplia a la intervención del Trabajo Social. Como consecuencia, la intervención tiene posibilidades de hacerse más compleja y abarcadora de diferentes expresiones de los problemas sociales, generando de esta manera, una posibilidad de visión transversal y singular de los temas y posibilitando más alternativas para su comprensión en términos de formas de

intervención social. El enfoque de derechos le da un nuevo sentido a las Políticas Sociales y a la Intervención del Trabajo Social.

Carballeda (2016) también sostiene que desde el enfoque de Derechos se considera que el marco conceptual, que da sentido y orientación tanto a las Políticas Sociales como a la Intervención, se apoya en las posibilidades de respaldo y garantía que brindan los Derechos Humanos en tanto derechos legitimados por la comunidad internacional. Y tienen la potencialidad de ofrecer un conjunto coherente de principios y pautas aplicables en las Políticas Sociales y en la Intervención del Trabajo Social. Desde esta perspectiva, los Derechos Humanos son pensados como una serie de propuestas que pueden guiar y orientar a las Políticas Sociales de los Estados y contribuir al fortalecimiento de las instituciones democráticas

Una dimensión indivisible de la de derechos es la de Género. Ésta implica que *“La perspectiva o visión de género es una categoría analítica aportada por los estudios surgidos desde las diferentes vertientes académicas de los feminismos para, desde esa plataforma teórica, cuestionar los estereotipos y elaborar nuevos contenidos que permitan incidir en el imaginario colectivo de una sociedad al servicio de la igualdad y la equidad”* (UNICEF, 2017).

Así el género podría entenderse como aquel *“conjunto de características sociales, culturales, políticas, psicológicas, jurídicas y económicas que las diferentes sociedades asignan a las personas de forma diferenciada como propias de varones o de mujeres. Son construcciones socioculturales que varían a través de la historia y se refieren a los rasgos psicológicos y culturales y a las especificidades que cada sociedad atribuye a lo que considera “masculino” o “femenino”. Esta atribución se concreta utilizando, como medios privilegiados, la educación, el uso del lenguaje, el “ideal” de la familia heterosexual, las instituciones y la religión”* (UNICEF, 2017).

En la actualidad, así, es fundamental que toda investigación social en general, y de sociología en particular, tenga un enfoque transversal de derechos y de género, con el fin de visibilizar las estructuras de poderes, de desigualdades y de injusticias sociales, pues considerándolas se puede analizar e intervenir, desde múltiples miradas, para la construcción de prácticas igualitarias y equitativas hacia colectivos como mujeres y diversidades (gays, lesbianas, intersexuales, travestis, transexuales, personas no binarias, entre otras).

Representaciones Sociales, Salud mental y consumos problemáticos:

Las representaciones sociales, uno de los actuales grandes ejes analíticos en sociología y otras ciencias sociales, y que es un eje para el presente trabajo en relación a trabajo social y consumos problemáticos, ya tiene una antesala en las representaciones colectivas de Durkheim de 1865 al diferenciarlas de las individuales, y así haciéndolas parte de la naciente Sociología y, en consecuencia, diferenciándolas de la Psicología social.

Pero es Moscovici, en la segunda mitad del siglo XX, quien conceptualiza y formaliza más la idea de representación social, entendiéndola como “(...) un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios” (1979, p.18). Así se integra psicosociológicamente el concepto que será el prisma por el cual se analizará la problemática señalada el inicio de este trabajo.

Igualmente y más cercana en el tiempo, en Jodelet (2002) las representaciones sociales serían la manera en que los sujetos sociales, aprehenden los acontecimientos de la vida diaria, las características del medio ambiente y las informaciones que en él circulan. Así también y una línea similar Vasilachis (2023) las define como construcciones simbólicas individuales o colectivas que las personas utilizan para interpretar el mundo, reflexionar sobre su situación y la de los demás, y determinar la posibilidad de sus acciones.

De esta manera, la Sociología busca explorar estas representaciones como parte de la vida y del entramado social y desde ahí poder investigar para accionar en función de derechos y de género.

2. METODOLOGÍA Y ACTIVIDADES A REALIZAR

2.1. Caracterización metodológica

Por el carácter de la investigación se utilizará una metodología cualitativa dado que “El enfoque cualitativo se selecciona cuando se busca comprender la perspectiva de los participantes (individuos o grupos pequeños de personas a los que se investigará) acerca de los fenómenos que los rodean, profundizar en sus experiencias, perspectivas, opiniones y significados, es decir, la forma en que los participantes perciben subjetivamente su realidad” (Hernández Sampieri, Fernández Collado, y Baptista 2010, p.364).

La técnica de recolección de datos que se utilizará será la entrevista semiestructurada, ya que éstas “(...) se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener más información sobre los temas deseados (es decir, no todas las preguntas están predeterminadas).” (Hernández Sampieri, Fernández Collado, y Baptista p.418).

Las entrevistas semiestructuradas se aplicarán a licenciados/as en trabajo social que trabajan directamente con situaciones de consumos problemáticos, sea a nivel preventivo y/o asistencial, tanto en organismos públicos (SEDRONAR del Gobierno de la Nación y Dirección de políticas sociales en adicciones del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Hospital nacional en red Lic. Laura Bonaparte), así como organizaciones sociales que prestan atención en la temática (fundaciones, asociaciones civiles y organismos vinculados a iglesias católicas, evangélicas y similares), siendo el criterio

central que su trabajo tenga relación directa con la problemática. La forma de contacto será directamente con los cuerpos directivos de estas instituciones, vía Consejo Profesional de Trabajo Social de la Ciudad de Buenos Aires y también vía “bola de nieve” con estos contactos.

Algunos ejes temáticos de estas entrevistas tentativos serían:

- Percepción del trabajo social y su relación con la salud mental y los consumos problemáticos.
- Esferas de trabajo en los espacios de prevención y tratamiento de consumos problemáticos de drogas.
- Incumbencias de su trabajo social, así como relaciones colaborativas y de tensiones con otras disciplinas intervinientes como medicina clínica, psiquiatría y psicología.
- Determinantes sociales vinculados a los consumos de drogas.
- Procesos de institucionalización de usuarios/as con consumos problemáticos: hospitalaria, comunidades terapéuticas y ambulatorias.
- El estado(nacional y local) y las organizaciones de la sociedad civil en estos procesos.
- El trabajo social como profesión crítica de liberación y/o de reproducción de prácticas biomédicas.
- Los derechos humanos y los marcos legales nacionales (en particular ley nacional de salud mental) y su vínculo con el trabajo social.
- Roles de los informes sociales en los procesos de usuarios/as institucionalizados, su rol con los equipos tratantes, la justicia y otros organismos sociales.

2.2.Hipótesis posible de trabajo

El presente trabajo al ser meramente descriptivo y exploratorio tendría solamente una posible hipótesis de trabajo general (y no una conductora firme como una relacional en ámbitos explicativos o predictivos): En el ejercicio de su profesión los/as profesionales de Trabajo Social en Buenos Aires, en relación con los procesos de institucionalización de personas con consumos problemáticos, reproducirían algunos puntos del modelo biomédico en salud mental, pues éste sería el predominante y validado socialmente en este tipo de tratamientos, no considerando suficientemente los factores y determinantes sociales en la problemática. Así las representaciones sociales de este grupo profesional tendrían algunas similitudes con los de la psiquiatría y psicología, es decir del modelo médico hegemónico.

3. RESULTADOS ESPERADOS

Según lo señalado en este trabajo se buscará explorar las representaciones sociales de profesionales del trabajo social en relación a los procesos de institucionalización de personas con consumos problemáticos en Buenos Aires, lo que implica un análisis discursivo de los modelos que estaría en estas percepciones: Desde los modelos

positivistas biomédicos tradicionales a los de tensión y cuestionamiento de éstos desde modelos de salud integral desde enfoques de derechos y de género. Lo que se espera describir es que si la primacía de uno de éstos o la convivencia de ambos en los discursos de trabajadores/as sociales, y en este último caso en que situaciones primaría uno u otro.

También se espera profundizar qué consideraciones tienen estos/as profesionales en relación a su trabajo de intervención a nivel individual, familiar, grupal y comunitario en los tratamientos específicos de consumos problemáticos, además de los vínculos con otras esferas como las de la psiquiatría y psicología clínica en particular. Si en éstos se dan relaciones de cooperación y colaboración o bien de subordinaciones o tensiones. Asimismo si existe una concepción clara de los determinantes sociales (propio de la intervención del trabajo social) que envuelven la problemática o si se reproduce, de un modo u otro, los modelos biomédicos en que lo psicobiológico sería central y lo social sería un elemento secundario o incluso inexistente. Esto podría reflejarse en la comparación de número de profesionales (t.social y otras) y horas destinadas a la atención de usuarios/as en tratamiento.

De igual modo se espera ahondar en qué percepciones se tienen sobre los procesos de institucionalización, es decir, de ingreso y mantención asistencial en dispositivos sean residenciales o ambulatorios, describiendo las especificidades del trabajo social en éstos y los roles particulares a los que se dedica. Ahí será central analizar la concepción del trabajo social como un práctica reproductora de los modelos existentes o bien una emancipadora y cuestionadoras de éstos, o incluso una que tenga ambas perspectivas.

Al ser hoy los consumos problemáticos en Argentina una esfera indivisible de la salud mental y en consecuencia se enmarca en la ley nacional 26.567 de estas temáticas, se buscará explorar cómo este marco legal impacta en las representaciones sociales de trabajadores/as sociales, en particular en relación a los enfoques de derechos y de géneros explícitos en esta normativa. Así como la representación del estado y las políticas sociales de éste vinculado en adicciones y tratamientos, además del rol de los informes sociales y su vínculo con lo judicial y lo sanitario.

Por último todo este trabajo busca ser también un aporte reflexivo a las ciencias sociales en general y a la sociología y al trabajo social en particular, donde explorando las representaciones sociales pueda contribuir, aunque sea parcial y lateralmente, al mejoramiento de las condiciones de las personas en tratamiento por consumo problemático, para respetar su dignidad, su salud integral y sus derechos fundamentales.

4. BIBLIOGRAFÍA:

-Balzano, S. 2024. Material de Seminario “Problemas de lógica y epistemología” del Doctorado en Sociología UCA. Material inédito.

- Bauman, Z. 2014. ¿Qué es la sociología?: Para qué sirve realmente un sociólogo. Buenos Aires: Paidós.

- Camarotti, A., Capriati, A. y Di Leo, P. 2015. La prevención de los consumos problemáticos de drogas desde una perspectiva comunitaria: un modelo para armar. En: Revista Argentina de Salud pública 2015, 6 (22), 21-28.

- Calabrese, A. y Ryan, S. 2001. Las adicciones y su prevención, en un marco reflexivo y de derechos. Buenos Aires: UNICEF.

- Carballada, A. 2012. La Intervención en lo Social: exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales. Buenos Aires: Paidós.

- Carballada, Alfredo. 2008. Los cuerpos fragmentados: La intervención en lo social en los escenarios de exclusión y desencanto. Buenos Aires: Paidós.

- Castel, R. 2009. El orden psiquiátrico. Buenos Aires: Nueva Visión.

- Ceberio, M. y Watzlawick, P. 1998. La Construcción del Universo. Barcelona: Herder.

- Durkheim, E. 2014. El suicidio. Buenos Aires: Miño y Dávila Editores.

- Escohotado, A. 1989. Historia general de las drogas. Madrid: Alianza.

- Freud, S. 1975. El malestar en la cultura. Madrid: Biblioteca nueva.

- Foucault, M. 1988. El nacimiento de la clínica: Una arqueología de la mirada médica. México: Siglo XXI Editores.

- Giddens, A. 2000. Sociología. Madrid: Alianza.

- Goffman, E. 2003. Internados: ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu.

- Jodelet, D. 1986. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. Paidós: Barcelona.

- Kornblit, A., Camarotti, A. y Di Leo, P. 2010. Prevención del consumo problemático de drogas: módulos teóricos y actividades complementarias de ejercitación y trabajo en el aula. Buenos Aires: Ministerio de Educación de la Nación, instituto de investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. UNICEF Argentina.

- Kuhn, Thomas (2004). La Estructura de las Revoluciones Científicas. México: Fondo de Cultura Económica

- Hernández Sampieri R., Fernández Collado C. y Baptista Lucio P. 2010. Metodología de la Investigación. México: Editorial Interamericana.

- Ley Nacional de la República Argentina 26.657 de Salud Mental. 2010. Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

- Ley Nacional de la República Argentina 26.934 de 2014 del Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26934-230505>

- Ley Nacional de la República Argentina 27.072 del Trabajo Social. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27072-239854/texto>

- Moscovici, S. 1979. El psicoanálisis, su imagen y su público. Buenos Aires: Huemul.

- Morin, E. 1997. Introducción al pensamiento complejo. Barcelona: Gedisa.

- ONU. 1948. Declaración Universal de Derechos Humanos. Recuperado de: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

- OMS .2008. Glosario de términos y Definiciones de alcohol y drogas. Madrid: Ministerio de Sanidad.

- Romaní Oriol, A. 1999. Las Drogas: Sueños y razones. Barcelona: Ariel.

- Touzé, G. 2006. Saberes y prácticas sobre drogas. Buenos Aires: Intercambios.

- Vasilachis de Gialdino, I. 2003. Pobres, pobreza, identidad y representaciones sociales. Barcelona: Gedisa.

DOCUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

ISSN 2796-809X

1. **Bulcourf, Pablo.** Algunas reflexiones sobre la investigación científica y sus desafíos.
2. **Barbato, Constanza.** El ejercicio ético del periodismo con perspectiva de género. Un camino hacia una práctica profesional no sexista.
3. **Ochoa, María Laura.** ¿Se puede enseñar Derecho sin hablar de pobreza? La importancia del contexto en la formación de los operadores jurídicos.
4. **Argnani, Agustina y Cibeira, Cecilia.** El Aprendizaje Servicio como modelo pedagógico y didáctico en la USI.
5. **Torres, Marcelo.** Documentar el pasado: los modelos visuales en la construcción científica.
6. **Bruzzone, Julia Leonor.** Nuevo paradigma en el perfil del profesional de la abogacía conforme la Ley Nacional de Educación Superior.
7. **Flori Brito, Sofía Candela.** Cómo se representa la maternidad en una serie televisiva: el caso de *Friends*.
8. **Torres, Marcelo.** La construcción discursiva de la representación científica.
9. **Argnani, Agustina y Cibeira, Cecilia.** El Aprendizaje Servicio como modelo pedagógico y didáctico en la USI. Parte II.
10. **Bruzzone, Julia Leonor y Ochoa, María Laura.** Nuevas reglas para una ética profesional de la abogacía desde un enfoque de derechos humanos.
11. **Torres, Marcelo.** La construcción discursiva de la representación científica. Recorrido metodológico en la construcción del objeto científico.
12. **Secul Giusti, Cristian.** Prácticas socioculturales en la década del 80. Medios, estéticas y narrativas de época en la Argentina.
13. **Zarabozo Mila, María Victoria.** Una ética ambiental para la educación y formación en los valores Pan Ambientales.
14. **Costanzo, Gabriela.** Un análisis sobre el cuento “Mujeres desesperadas” de Samanta Schweblin: la puesta en escena del orden de género.
15. **Secul Giusti, Cristian; Leonart, Inés y Vargas, Marina.** Reflexiones recientes sobre los 80: narrativas y expresiones culturales en Argentina.

16. **Zarabozo Mila, María Victoria y Palacio, Mayra Cecilia.** Pan Ambientalismo, Niñez y Violencia Ambiental. Primeros casos de reconocimiento y de defensa judicial efectiva.
17. **Primiterra Emiliano.** Acercamiento a las condiciones de apropiación legítima en Locke: Una breve descripción sobre las formas (“legítimas”) de adquirir bienes basados en las diferencias de raza, sexo, capacidad y cultura.
18. **Garibotti, Luis Enrique.** Evolución de los diagnósticos categoriales en psicoterapia infantojuvenil. Análisis de las nosologías de los Manuales DSM (1952-2013)
19. **Almada, María de Luján; Ancao, Florencia; Bruzzone, Julia Leonor; Ochoa, María Laura y Zárate, Yamila.** Autorregulación y control en el campo jurídico. Relevamiento de sentencias del tribunal de disciplina del Colegio de Abogados de San Isidro.
20. **Mendoza Aguila, Ramiro.** Representaciones sociales en profesionales de Trabajo Social sobre los procesos de institucionalización de personas con consumo problemático: Un acercamiento epistemológico.

Bases para el envío de colaboraciones

DOCUMENTOS de INVESTIGACIÓN

1. Los documentos se publicarán en formato digital, en una plataforma abierta y gratuita alojada en la página web de la Universidad de San Isidro. Pueden ser postulados en cualquier momento.
2. Los documentos estarán orientados a mostrar avances de procesos de investigación científica desarrollados en el marco de la Universidad de San Isidro.
3. Los trabajos deben ser escritos en castellano, portugués o inglés.
4. Los trabajos serán sometidos a un proceso de evaluación de pares/doble ciego.
5. En la tapa del documento, el título completo no deberá tener más de veinte (20) palabras. El título, alineado a la izquierda, debe escribirse en Cambria, negrita, 20 puntos, a 1.5 de interlineado, con las mayúsculas, signos y acentos que correspondan. Por ejemplo:

La educación ante la pandemia: ¿de la crisis a la oportunidad?

6. Después del título, con un espacio de por medio, se colocará el nombre del autor o autores, su correo electrónico, todo alineado a la izquierda, en Cambria, negrita, a 12 puntos, junto a una nota a pie de página, en la que debe indicarse, únicamente, sus títulos académicos y filiación institucional, ciudad y país si el nombre de la institución no lo hacen evidente. Por ejemplo:

La educación ante la pandemia: ¿de la crisis a la oportunidad?

Autor: Juana Inés Landaburu

Correo electrónico: jilandaburu@gmail.com

Pie de página:

Juan Inés Landaburu es Doctora en Filología Hispánica (Universidad de Navarra, España) e Investigadora de la Agencia Nacional de Ciencia Española.

7. En el documento, el título debe conservar el formato anterior pero centrado. Por ejemplo:

La educación ante la pandemia: ¿de la crisis a la oportunidad?

8. El nombre de las subtítulos secciones, alineado a la izquierda, debe escribirse en Cambria, negrita, 14 puntos, a 1.5 de interlineado, con las mayúsculas, signos y acentos que correspondan. Por ejemplo:

Bibliografía

9. El texto será elaborado en formato Word, A4, Cambria, 12 puntos, a 1.5 de interlineado, justificado, colocando un espacio adicional entre párrafos, con una extensión máxima de 18.000 (dieciocho mil) palabras, incluidos el título, nombre de los autores y sus datos, resumen, palabras claves, texto, cuadros, anexo, referencias bibliográficas, y anexo. Margen superior de 3 centímetros, margen inferior de 1.5 centímetros, márgenes izquierdo y derecho de 2 centímetros. Las tablas, cuadros, imágenes y gráficos deberán incluirse en el cuerpo del documento.
10. El texto debe ser original o inédito, esto es, no haber sido publicado en ningún otro formato, de manera parcial o total.
11. Las notas serán siempre a pie de página, deberán elaborarse en Cambria, 9 puntos, justificadas, y su propósito será informativo. No deben incluirse citas de fuentes bibliográficas en las notas.
12. Las citas textuales de apartados de una obra deberán ir en el texto, entre comillas, de corrido, cuando sean menores o iguales a 40 palabras. Si son mayores de 40 palabras deberán ir en párrafo separado, centrado, con sangría de 0.3 centímetros en el margen izquierdo, todos los renglones.
13. En la citación será utilizado un sistema de normas APA, en el que, en el texto, entre paréntesis, se colocará el apellido o apellidos del autor, seguido del signo coma y a continuación el año de edición. Por ejemplo: (Treves, 1981).
14. Si en el cuerpo del texto se incluye una cita literal de un trabajo, entre comillas, la cita, además de los datos anteriores, incorporará después del año una coma, luego de lo cual se colocará la página antepuesta por la letra "p." o bien "pp." Cuando se trata de más de una página. Por ejemplo: (Treves, 1981, p. 79 o bien Treves, 1981, pp. 79-85). Si son varias las fuentes referidas en una misma cita, los autores serán registrados del mismo modo separados entre puntos y comas. Por ejemplo: (Bergalli, 1983; Rodríguez Manzanera, 1982; Drago, 1930). Si son varios los autores referidos pertenecientes a la misma fuente, serán citados separándolos

con comas, y el último separado por la conjunción “y”, o el signo “&”, siempre que no excedan de tres. Por ejemplo: (Bergoglio, Lista y Fucito, 2010). Si son más de tres autores, sólo se cita el primero, junto a la abreviatura de la expresión latina “*et al*”, que significa “y otros” en latín. Por ejemplo: (Fix Zamudio *et al*, 2002). En las referencias bibliográficas se colocan todos los autores. Si en una misma cita son incluidas varias fuentes del mismo autor, debe colocarse sólo la primera vez su (s) apellido (s), luego de lo cual se ubican todos los años en orden cronológico. Por ejemplo: (Pérez Perdomo, 2001, 2003 y 2007).

15. Cuando un autor citado en múltiples oportunidades ha publicado varios de los textos referidos el mismo año, el primero de ellos en ser citado será identificado con la letra “a” en minúscula, colocada sin espacios después del año, y los siguientes seguirán el orden del abecedario. Por ejemplo: (Cotterrell, 1994a) y (Cotterrel, 1994b). En las referencias bibliográficas las letras que identifican los textos serán colocadas después del año, tal como aparecen en la cita y siguiendo el orden de citación. Si hay varios autores con el mismo apellido y año de publicación debe agregarse en la cita la inicial de su nombre. Por ejemplo: (Becker H., 1963).
16. En un trabajo no publicado aún, puede colocarse una aclaración que sustituya el año. Por ejemplo: (Carbonier, en prensa) y en la referencia sería Carbonier, Jean. (En prensa). Si el texto no tiene fecha, en los mismos términos se usará la abreviatura n.d. Si la autoría corresponde a una entidad que tiene una sigla, en las citas puede usarse la sigla y en las referencias bibliográficas ponerse la sigla después del nombre completo de la institución.
17. Las referencias bibliográficas deben ser ubicadas al final en orden alfabético. Para colocarlas deben ser omitidas las partículas que anteceden a algunos apellidos como de, del, de la, della, da, di, von, van, que seguirán a la inicial del primer nombre. Por ejemplo: Olmo, R. del. (1984). *América Latina y su criminología*. México D.F.: Siglo XXI. Cuando sean varios los autores la referencia iniciará con el apellido o apellidos de quien figure en el texto como primer autor, pero luego no será necesario fijar a los coautores por su apellido. Por ejemplo: Bandura, A. y Richards, W. (1980). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Madrid: Alianza.
18. Los libros se registrarán así, con los tipos de letra y los mismos signos ortográficos que son indicados a continuación: Apellido o Apellidos, Inicial del Nombre o Nombres. (año de edición). *Título del libro y subtítulo si lo tiene*. Ciudad de edición: Editorial. Por ejemplo: Weber, M. (1986). *Economía y sociedad*. México: Fondo de Cultura Económica.
19. Los capítulos de libro se registrarán así, con los tipos de letra y los mismos signos ortográficos que son indicados a continuación: Apellido o Apellidos, Inicial del Nombre o Nombres. (año de edición). Título del capítulo. En Inicial del Nombre del Autor, Apellido del autor, Título del libro (número de páginas). Ciudad: Editorial. Por ejemplo: Luchessi, L. (2016). Descentramientos, influencias y reacomodamientos en el ejercicio periodístico. En A. Amado Suárez, *Periodismos*

argentinos: modelos y tensiones del siglo XXI (pp. 37-49). Buenos Aires: Konrad Adenauer Stiftung.

20. Los documentos de revista se registrarán así, con los tipos de letra y los mismos signos ortográficos que son indicados a continuación: Apellido o Apellidos, Inicial del Nombre o Nombres. (año de edición). Título del documento. *Nombre de la Revista*, volumen, si lo tiene, con las iniciales Vol. seguida del número arábigo o romano, número de ejemplar indicado con las abreviaturas No., y el número, finalizando con el número de páginas de inicio y final del texto. Por ejemplo: Calvo García, M. (2013). La investigación empírica en el ámbito de la sociología jurídica. *Revista Pensamiento Penal*, No. 3, pp. 5-48.
21. Si el nombre de un autor que será citado aparece en el texto como parte de éste, sólo será necesario colocar el año. Por ejemplo: La eficacia de las normas ambientales es explicada por Becerra (2019) en su obra.
22. En la citación o referencia de documentos de internet debe aparecer la dirección URL y la fecha de consulta. Por ejemplo: Meyer, E. (2011). Media Codes of Ethics. Recuperado el 11 de febrero de 2018 de <https://www.cima.ned.org/wp.pdf>
23. Aceptada la publicación el autor o autores harán la cesión de los derechos de publicación y reproducción del documento, pero conservarán su propiedad intelectual.
24. Los documentos deberán ser remitidos a la siguiente dirección de correo electrónico: documentosdeinvestigacion@usi.edu.ar.