

Co pensar con adultxs en el barrio los padecimientos en las infancias y adolescencias: una experiencia de admisión en Salud Mental en el CeSAC 41.

Acevey, Nadia, Socolovsky, Tamara, Andiazabal, Cecilia, Isola, Virginia, Gerschenson, Mariela y Saraceno, Sonia.

Cita:

Acevey, Nadia, Socolovsky, Tamara, Andiazabal, Cecilia, Isola, Virginia, Gerschenson, Mariela y Saraceno, Sonia (2024). *Co pensar con adultxs en el barrio los padecimientos en las infancias y adolescencias: una experiencia de admisión en Salud Mental en el CeSAC 41*. 6tas Jornadas de Estudios sobre la Infancia, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/6jornadasinfancia/64>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ez2b/YER>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

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>.

Título: Co-pensar con adultxs en el barrio los padecimientos en las infancias y adolescencias: una experiencia de admisión en Salud Mental en el CeSAC 41.

Actividad: Eje 9. Políticas Públicas, Instituciones, Saberes y Prácticas.

Autoras: Acevey, Nadia (Cesac 41) — nacevey@gmail.com. Andiazabal, Cecilia (Cesac 41) — ceceandiazabal@gmail.com. Gerschenson, Mariela (Cesac 41) — mgerchen@yahoo.com.ar. Isola, Virginia (Cesac 41) — isolavirginia@gmail.com. Saraceno, Sonia (Cesac 41) — soniasaraceno77@gmail.com. Socolovsky, Tamara (Cesac 41) — tsocolovskylaboral@gmail.com.

Desarrollo:

La experiencia que presenta este trabajo se desarrolla en un Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) ubicado en el barrio de La Boca en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires perteneciente al Área Programática del Hospital General de Agudos “Dr. Cosme Argerich”. El centro de salud fue inaugurado en 2008 con una dotación de 40 trabajadores, todos concursados específicamente para el trabajo en este efector. En estos dieciséis años de actividad dicho equipo se ha ido modificando con nuevas incorporaciones. La tarea involucra actividades asistenciales, preventivo - promocionales y comunitarias y algo que distingue a nuestra modalidad de trabajo es que siempre se desarrolla en equipos interdisciplinarios.

Esta ponencia relata la experiencia del dispositivo de admisión en salud mental para adultxs que consultan por niños/as y adolescentes en la modalidad que sostenemos en el Cesac 41 hace catorce años con revisiones y redefiniciones permanentes.

Se trata de un dispositivo grupal e interdisciplinario que intenta contribuir a mejores condiciones de posibilidad para un tratamiento cuando este fuera necesario, mediante la implicación de lxs adultxs en el padecimiento de los niños/as por quienes consultan y la complejización de los problemas tras su construcción interdisciplinaria.

Nos proponemos documentar esta práctica en salud y, a los fines de la participación en estas Jornadas:

- 1) Repensar el dispositivo a propósito de esta presentación;
- 2) Revisar su funcionamiento resignificando sus sentidos, considerando su continuidad tras la pandemia;
- 3) Intercambiar con otros equipos acerca de modalidades de abordaje de las consultas vinculadas al padecimiento subjetivo de niños/as y adolescentes, de lo que demandan sus familias y las instituciones de la comunidad.

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 en su artículo 3 define a la salud mental como un proceso, determinado por componentes históricos, socioeconómicos, 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.

Desde la perspectiva que asumimos, la salud mental se construye desde lo relacional, caracterizando el modo de vincularnos con los demás (Fushimi y Giani, 2009). Se expresa como la capacidad de las personas para amar, aprender, crear, trabajar, enfrentar crisis y conflictos y convivir en sociedad en una integración activa, dando sentido a la propia existencia. (Parra, 2023)

Alicia Stolkiner ubica a la salud mental como un entramado social no homogéneo, que incluye conflictos, agentes, actores sociales y prácticas. Esas prácticas sociales abarcan tanto la conducta observable como sentidos, producción de significado y de discursos, inmersos en las culturas en que esos gestos se referencian y desenvuelven. Nos dice la autora que un claro ejemplo de esas prácticas es la crianza (Stolkiner, 2021).

Si situamos a la salud mental como una disciplina, lo hacemos en el campo sociopolítico (Galende, 1992) y como componente esencial de la salud integral.

Esto nos lleva a entender que el proceso de salud, enfermedad, atención y cuidado implica siempre, y en forma simultánea, lo subjetivo, lo biológico, lo social y lo

cultural. Es importante, respecto a ésto, construir una visión compartida entre quienes trabajamos con infancias y adolescencias.

También es oportuno considerar que, en tanto campo de prácticas, la salud mental tiene vinculaciones, representaciones, contenidos y discursos propios. Su especificidad es abordar la dimensión subjetiva del proceso de salud/enfermedad/atención/cuidado, enfatizando los procesos de humanización de la atención. Se incluye en el marco de la salud en general, identificando y destacando las capacidades de las personas, los grupos y las comunidades.

Pensamos entonces que las prácticas profesionales en salud mental no se agotan en aquellas que abordan el sufrimiento psicosocial de las personas individualmente, sino que involucran otras intervenciones, tendientes a la prevención y a la promoción de la salud integral, y bajo formas de abordaje grupal y colectivo.

Acerca de este dispositivo y nuestro recorrido como integrantes del equipo

El problema identificado a partir del cual se gestó la búsqueda de nuevos recursos y experiencias y la creación de nuevas formas de respuesta que dieron lugar a este dispositivo, estuvo referido a la discontinuidad de las consultas iniciadas en salud mental infanto juvenil luego de un primer encuentro al que asistían los niños/as o adolescentes con sus padres o adultxs referentes. Ese encuentro de “admisión” ofrecido por el equipo de salud, podía ser el primero de una serie de encuentros o, en muchos otros casos adquiría características catárticas y/o de cumplimiento de derivaciones externas (escuelas, sistema de protección de derechos, organismos judiciales). Esas consultas aisladas contrastaban con los procesos de trabajo del primer nivel de atención que se caracterizan por la longitudinalidad de los acompañamientos y la continuidad de los cuidados (Montobbio,2013). Ese contraste se ponía de manifiesto cuando por ejemplo, un niño/a que había asistido a una admisión en la que había desplegado alguna conflictiva sin que luego lo trajeran a su cita en salud mental, se encontraba con alguna de las profesionales que había estado en esa consulta y preguntaba cuándo podía venir a jugar de nuevo. O cuando nos llamaban de alguna escuela porque una madre refería que su hijo/a venía a la psicóloga o la psicopedagoga sin que eso se correspondiera con un

proceso diagnóstico ni terapéutico sino con la referencia puntual de haberlo traído el día de la admisión únicamente. Muy frecuentemente, la demanda era directamente un pedido por la atención individual del niño/a, del tipo "arreglenlo" o "diganme qué es lo que le pasa", y pocas veces estaba contemplada la posibilidad de que los adultos responsables participasen en un dispositivo o un espacio terapéutico. Para poder construir un vínculo favorecedor de estos procesos de consulta se propuso realizar una serie de encuentros grupales con las familias, en donde algo de esta transferencia pudiera desplegarse para favorecer así la aproximación de hipótesis diagnósticas y las condiciones de posibilidad para futuros tratamientos.

En aquel momento se estableció un proceso de trabajo con los adultos que consultaban por niños/as y/o adolescentes, con un formato de encuentros que ha sido modificado a lo largo de estos años y especialmente luego de la pandemia.

Actualmente, estos encuentros grupales son tres, de frecuencia semanal y de 90 minutos de duración cada uno. Pueden participar en ellos más de un adulto por familia. Por el equipo de salud participamos quienes estamos a cargo de la atención de niños, niñas y adolescentes (dos psicopedagogas, dos psicólogas de niños/as y adolescentes, una psiquiatra infantojuvenil, una licenciada en educación), dos en función de coordinadoras y el resto como observadoras participantes, roles que se alternan en sucesivos procesos. Además una observadora no participante (socióloga del equipo de salud), registra la dinámica global de los encuentros en crónicas que dan cuenta de cada ciclo.

Este proceso se produce en un espacio grupal, disponible para encontrarnos, madres, padres, abuelos y/o adultos referentes de la crianza junto a profesionales del equipo para pensar en torno a lo que motivó la consulta. Se acompaña a estos adultos para que puedan enunciar y visibilizar esas problemáticas promoviendo que se involucren en ellas y los cambios que sus hijos/as demandan o necesitan.

Los niños, niñas y adolescentes se suman al proceso en el momento de la entrevista vincular. Esta entrevista se realiza con cada familia consultante y está a cargo de dos integrantes del equipo admisor que se definen de acuerdo a las hipótesis diagnósticas iniciales. Es el momento de conocer y escuchar a los niños/as o adolescentes y observar las interacciones que, en el espacio de la consulta, se producen con los adultos que los traen. También por tratarse de un encuentro de

mayor privacidad, donde el tiempo se destina sólo a una familia y probablemente porque ya existe un grado de conocimiento con el equipo, es un momento en que suelen comentarse aspectos más privados, vinculados o no al motivo de consulta.

Al cabo de este proceso, las familias pueden ser orientadas a: acompañamiento a las crianzas, tratamiento psicológico individual del niño/a, tratamiento psicopedagógico individual, tratamientos grupales; tratamientos individuales en coterapia; evaluación y/o tratamiento psiquiátrico; abordaje interdisciplinario familiar; evaluación fonoaudiológica; tratamiento psicológico individual adulto; tratamiento psicológico familiar-vincular; derivación a otro efector al terminar el proceso.

En los dieciséis años de vida del CeSAC, el equipo de Salud Mental fue constituyéndose con carácter interdisciplinario, intentando ofrecer un espacio integrado al acompañamiento y atención que se brinda desde el equipo de salud en general a los procesos de salud-enfermedad.

Eso conlleva una complejidad extra, que en el caso de la salud mental intenta alojar las necesidades de la población, acompañando el trabajo de construcción de una demanda en la que esté implicada la responsabilidad subjetiva de las personas consultantes.

Esa demanda requiere una escucha, una lectura y un trabajo, en el cual, quien formula y quien recibe esta demanda, construyen un vínculo, dentro del cual, esa preocupación o ese malestar, puedan ser elaborados. Eso requiere tiempos de intervención y de resolución que son distintos a los de otras necesidades en salud: cada persona consultante, cada vez que regresa a la consulta, insume tiempos y recursos que no siempre arrojarán un resultado verificable.

En relación a la singularidad con que se desarrolla cada proceso asistencial y terapéutico cabe señalar siguiendo a Merhy, que el trabajo en salud involucra un *núcleo disciplinar* que equivale a aspectos técnico-profesionales y otro que denominamos *núcleo cuidador* que toma en cuenta la dimensión humana, de relación interpersonal siempre presente en el encuentro entre lxs trabajadores de la salud y las personas usuarias (Merhy, 2006).

La apuesta de entender la salud mental como productora y al mismo tiempo como expresión de la salud en general abona una perspectiva integral. Esta perspectiva

se tensa por momentos con la especificidad requerida para el abordaje de algunas presentaciones clínicas y requiere del diseño de dispositivos propios, capaces de revisarse a sí mismos y reflexionar sobre la práctica permanentemente.

Así la reunión de equipo, los dispositivos grupales, la supervisión y el intercambio con otrxs son herramientas fundamentales para cuidar la calidad de nuestro trabajo y a nosotrxs mismos como trabajadores.

Reflexión y revisión necesaria de lo dicho y lo oído para no actuar desde el voluntarismo, para contar, no con víctimas, sino con sujetos responsables, con potencialidad de operar cambios sobre sí mismos y transformaciones en su entorno. Reflexión para asumir las formas de padecimiento en salud mental como una expresión de los complejos procesos en que las personas, sus grupos familiares y las instituciones que los alojan/desalojan procuran sostener y mejorar sus condiciones cotidianas de existencia en una época signada por la inmediatez, por el consumo y el tener.

A partir de la definición de los problemas, la operativización de las intervenciones hace visible la noción de *dispositivo*. Esa forma, o arreglo organizativo para la intervención en la realidad, combina de una manera estratégica diversos elementos, con la intencionalidad de favorecer transformaciones a partir de una situación identificada como problemática. Esos arreglos disponen para su funcionamiento de espacios, tiempos, personas, recursos materiales, ambientes propicios, acuerdos teóricos y técnicos (Weller S, 2009).

Algunas de las preguntas que nos guiaron en la búsqueda de una forma propia de trabajo con aquello que los adultxs (de la familia, de la escuela, de la defensoría, del club, del hospital) demandan respecto de niños/as y adolescentes fueron: ¿cómo alojar las demandas tan diversas que en salud mental puede recibir un equipo de atención primaria, en la mayor coincidencia posible entre los tiempos del consultante y los del equipo?; ¿cómo acertar en quiénes pueden en cada caso ofertar la escucha más “apropiada” para esa circunstancia?; ¿cómo construir condiciones de posibilidad para procesos de admisión/ procesos de consulta o tratamientos especialmente en los casos en los que quien porta la demanda por el/la niño/a o adolescente es otra persona?

Este dispositivo se modificó intentando hacer lugar a mejores condiciones para la escucha de esas demandas y la construcción de vínculos con las familias que asistían a consultar. Ofrecer una secuencia de entrevistas grupales previas entre adultxs que consultan por niños, niñas o adolescentes nos permite trabajar con las familias de otra manera. Durante los encuentros, las familias tienen la oportunidad de conocer al equipo, y el equipo, a las familias. Al tiempo que se problematiza y se construye nuevamente la demanda de atención, se puede trabajar en el reconocimiento de la temporalidad necesaria para los procesos de trabajo en salud mental, donde el tiempo cuenta y es necesario para que surjan transferencias y procesos terapéuticos. Además, se establecen acuerdos de confidencialidad necesaria, haciendo que esto sea visto como parte de la construcción de autonomía progresiva. Los intercambios en el grupo de adultxs se desarrollan en torno a algunas preocupaciones compartidas por el momento del ciclo vital, por condiciones socio ambientales en el barrio, por la relación con las instituciones donde asisten lxs niños/as y adolescentes, sus encuentros y desencuentros con ellas. De nuestra parte, la escucha interdisciplinaria de estas demandas nos facilita el proceso de identificación de situaciones problemáticas a ser trabajadas haciendo lugar a la complejidad de las mismas. Con algunas familias, se evalúa que es necesario hacer lugar al trabajo continuo y sostenido con lxs adultxs. Con otras, son suficientes las entrevistas que puede requerir el curso de los tratamientos.

Cada proceso se extiende incluyendo además de los encuentros grupales la realización de todas las entrevistas vinculares y reuniones en que se hace un seguimiento de lo ocurrido con cada familia y consideración de las posibles orientaciones o indicaciones en cada caso.

El escenario social actual exige dinamismo por los vertiginosos cambios que se suceden. Un dispositivo (en tanto arreglo organizativo) que se sostiene en el tiempo tiene que incluir además la *flexibilidad* para ir alojando esos cambios y ofreciendo, al mismo tiempo, *continuidad en los cuidados*. Los ejes que sostienen y custodian esta flexibilidad acorde a los tiempos son: *integralidad, interdisciplina, grupalidad, intersectorialidad*. Estos conceptos dan cuenta de la ideología de esta propuesta posibilitando que la comprensión de los padecimientos de infancias y adolescencias

por los que se consulta en salud mental pueda ser abordado con una *perspectiva de complejidad* reduciendo la eficacia de la actual tendencia social medicalizante.

Las modalidades de recepción y organización de los espacios terapéuticos o dispositivos asociados, suelen reflejar y condensar cómo se conciben las problemáticas de salud mental y los padecimientos subjetivos y cuáles son las respuestas y los abordajes posibles.

En cuanto a la *grupalidad* sabemos que es una vivencia movilizadora, que muchas veces la primera reacción es “grupal no...” y andando las rondas sienten que se pueden encontrar con otros.

La apuesta a la *implicación* de lxs adultxs supone *elaboración*. En este sentido, el encuentro con otros que realizan un pedido similar – la atención de un niño/adolescente – es el punto de partida. De este modo, sentir que “lo que me pasa a mi le pasa a otros”, puede ser vivenciado como apoyo. A medida que se suceden los encuentros la puesta en palabras del motivo de consulta, las reflexiones, las interpelaciones, los planteos y replanteos, las revisiones, propician resignificaciones, elaboraciones en un proceso que es simultáneamente individual y grupal. Estos movimientos pueden ser considerados como aspectos nutritivos de la experiencia grupal, puesto que posibilitan la incorporación de algo nuevo respecto a la situación que motiva la consulta. La naturaleza *intersubjetiva* de las *inscripciones psíquicas* permite que en situaciones en las cuales se producen intercambios significativos con otros sujetos, se produzcan flujos de significados que cuestionan las hipótesis que traen los consultantes respecto a qué les pasa a lxs niñas/os, moviliza y liga fragmentaciones producidas por el sufrimiento, por las pérdidas, por el aislamiento. Los encuentros son oportunidades para revitalizar procesos paralizados, congelados, interrumpidos, ocasiones para actualizar y desalienarse. El encuadre propuesto resignifica la mirada del otrx. Ese otrx “sospechadx”, a causa de la fragmentación actual y la ruptura del lazo social, es capaz de convertirse en apoyo y resonancia, en semejante, en potencial aliadx, a quien puedo además, aportar desde el gesto o la palabra.

Implicarse es historizar y construir sentido en torno a lo que pasa, a lo que me pasa, a lo que le pasa a mis hijos/as, nietos/as, al otrx por quién se consulta. Y ahí también la mirada del otro, la voz del otro aportan diversidad y pluralidad de

significaciones. Todo esto se posibilita a través del agrupamiento, durante los encuentros grupales.

El *abordaje interdisciplinario* de los problemas deriva de un reconocimiento de incompletud del saber de cada disciplina y pone de relieve su carácter dinámico y contingente. Dice Stolkiner, que la interdisciplina nace de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente, de la dificultad de encasillarlos. (Stolkiner, 1987)

Los abordajes interdisciplinarios tienen como requisitos el posicionamiento cooperativo y la disposición al encuentro en forma sostenida en el tiempo de quienes participan, porque el intercambio debe ocurrir entre las personas que encarnan esos saberes disciplinares. Se trata además de personas y preguntas surgidas en el terreno de la acción, cuestión que desafía a los saberes construidos y les aporta nuevas inquietudes e interpelaciones.

La salud mental, entendida como campo de prácticas sociales, así como la idea de salud integral, en su dimensión de derecho social convocan a reconocer en los problemas que se presentan en este campo su carácter complejo y la necesidad de abordajes interdisciplinarios para comprender e intervenir.

Dicen Solitario, Garbus y Stolkiner (2007) que “en el contexto actual el avance de la genética y las neurociencias, útil al abordaje de ciertas patologías, también ha contribuido a reforzar el neobiologicismo y su aspiración de reducir el padecimiento psíquico a enfermedad mental como entidad ahistórica y descontextualizada”. Y plantean que de manera concomitante, el desarrollo de la farmacología provee una terapia acorde: la medicamentosa.

La interdisciplina, como enfoque, reconoce la historicidad y por ende la relatividad del saber académico disciplinar, propicia un abordaje no lineal, no unilateral, rompiendo con la hegemonía de los saberes disciplinares tradicionales, interpelando y cuestionando esas formaciones profesionales para posibilitar su revisión. Incorpora además otro tipo de saberes, no convencionales, no sistemáticos, no disciplinarios. Esta ‘democratización’ del saber posibilita una intervención interdisciplinaria, en la que no se pretende convertir a los sujetos, despojados de

sus derechos, en objetos de conocimiento e intervención, sino más bien co-construir con ellos – sujetos del padecimiento – conocimientos y estrategias para transitar las dolencias – contextualizadas e históricas – que los traen a consultar.

Resulta indispensable el *trabajo interinstitucional e intersectorial*, dada la complejidad de las situaciones que llegan a la consulta y la imposibilidad de ser resueltas sólo desde el sector salud. Apostamos a superar el nivel de “colaboración” actual favoreciendo una co-problematización que permita “formas sistemáticas de cooperación”. (Rovere, 2016)

Sabemos que muchos de los problemas que se presentan como demanda en el sector salud - por tener emergentes (crónicos o agudos) que lo llevan a expresarse en este campo de saberes y prácticas- corresponden a determinaciones que podemos ubicar en otro/s sector/es de la sociedad o el Estado.

La intersectorialidad en los abordajes de situaciones complejas es parte de la hoja de ruta o cartografía en acto necesaria, tanto para la comprensión de las determinaciones de un problema de salud integral como para su prevención y su abordaje. Se hace indispensable, entonces, la articulación entre los sectores en el nivel local , por ejemplo: centro de salud, escuela, organismo descentralizado del sistema de protección de derechos, para acompañar los recorridos de acceso a derechos. Por otra parte, no se puede perder de vista que cuando la determinación de la situación de salud depende de problemas sociales estructurales, el pedido debe ser ubicado en el nivel de decisión que corresponde y acompañado hasta esa instancia con la información obtenida de cómo acontecen las cosas en el territorio.

Esta última forma de intervención acompaña el agenciamiento de *ciudadanía*, al tiempo que nos permite a los equipos de salud salir del lugar de impotencia en que no pocas veces quedamos ubicados cuando se identifican situaciones para las que no tenemos posibilidad de respuestas que repongan acceso a derechos y alivien padecimientos.

La *integralidad*, que permite pensar al sujeto desde una multiplicidad de lugares, tiene como enfoque una riqueza que se traslada a la clínica y optimiza las intervenciones.

A modo de cierre

Se propone la discusión en torno a la pertinencia de un dispositivo como este, en las condiciones sociales pos pandémicas, para alojar y tratar los padecimientos en salud mental de familias con niños/as y adolescentes.

¿Qué sentidos otorgamos actualmente a un espacio que apuesta por la circulación de la palabra y la co-construcción de relatos e historias en torno a las cosas que nos pasan?

¿Qué nos hace apostar por las preguntas que nos abren a nuevos sentidos sobre la época y sobre los padecimientos que escuchamos?

El proceso de admisión tal y como lo sostenemos hoy nos parece un modo de alojar a las personas que consultan, construyendo un vínculo que favorezca la realización de intervenciones en el proceso mismo de *co-construcción de una demanda*.

Este dispositivo, huelga decirlo, debió suspenderse durante el ASPO y el DISPO de la pandemia Covid 19 en los años 2020 y 2021. Pudimos reponer su funcionamiento en 2022 con modalidades que fueron atravesando los contextos epidemiológicos y adaptándose a las medidas de bioseguridad de cada momento. Esa situación de salida de la pandemia nos encontraba escépticas con respecto a que las familias pudieran tomar la propuesta de la grupalidad y de implicarse junto a otros semejantes en la problematización de aquello que les preocupaba de sus hijos o nietos.

Se nos hace necesario compartir la conmoción que nos produjo escuchar en ese espacio repetidas veces el relato de las pérdidas que la pandemia había causado en las familias sin que ellas hubieran podido antes hablar de esos duelos en otros espacios sociales ni vincular ese silencio a los padecimientos que los traían a la consulta en salud mental. Pese al ‘aprendizaje social’ del aislamiento, no deja de sorprendernos que las familias elijan sostener hasta el final estos encuentros grupales, mientras se afianza socialmente un discurso de neto corte individualista.

Para quienes lo proponemos y lo llevamos adelante, este proceso da lugar a la visión de los padres sobre la problemática y también el equipo va construyendo hipótesis sobre cómo ayudar mejor a cada familia que consulta. El tiempo dado a la

elaboración de hipótesis es fundamental en el proceso, puesto que, como afirma Ranciere, “no habría nada más escandaloso que otorgar a un solo grupo la capacidad exclusiva de pensar”. Ese llamado y protagonismo a lxs adultxs que se legitima en acto dándoles voz y responsabilidad en su demanda a los servicios de salud mental posibilita el acompañamiento a las crianzas de infancias y adolescencias, al implicarnos en el problema y en su solución.

Retomamos a Lewcowicz, cuando ante el desfondamiento de las instituciones de la década del 90 planteaba el desplazamiento de las instituciones de amparo a las prácticas de cuidado. Tal como este historiador afirmaba *“el vínculo en la desolación es lo que uno puede pensar con otros.”*

Bibliografía de referencia y consulta

- Fernández AM,(2007) Las Lógicas colectivas, Imaginarios cuerpos y multiplicidades. 1a ed-Buenos Aires- Biblos.
- Franco T, Merhy E (2016) Los centros de atención Psicosocial y sus trabajadores, en el ojo del huracán antimanicomial: alegría y alivio como dispositivos analizadores en Trabajo, Producción de Cuidado y subjetividad en salud: textos seleccionados,1a ed- Buenos Aires, Lugar Editorial.
- Merhy E, (2006)Salud: cartografía del Trabajo Vivo- 1a ed- Buenos Aires ; Lugar Editorial.
- Michalewicz, A. (2017) “Prácticas en Salud Mental infantojuvenil: Entre la hospitalidad y el hospitalismo”, Buenos Aires, Argentina, Noveduc.
- Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Adolescencias y Juventudes (2021) Primer Diagnóstico Federal del CONSAJU, Argentina.
- Montobbio, A. (2013) “Cuando la clínica desborda el consultorio: Salud mental y atención primaria con niños y adolescentes”, Capítulo 1 y Capítulo 7. Buenos Aires, Argentina, Noveduc.
- Parra M, et al; Infancias que interpelan: experiencias comunitarias e incidencias en las políticas públicas- 1a ed. -Ciudad autónoma de Buenos Aires: Teseo, 2023.
- Stolkiner, A. (2013) “Las formas de transitar la adolescencia hoy, y la salud/salud mental: actores y escenarios” en Revista Novedades Educativas, nro 268, año 25, Buenos Aires, Argentina pag. 40 a 46.
- Stolkiner, A. (2021) “Prácticas en Salud Mental” Capítulo 7 “Consideraciones sobre la Salud Mental desde el pensamiento de la Medicina Social/Salud Colectiva Latinoamericanas, Buenos Aires, Argentina, Noveduc.
- Stolkiner, A.(1987) “De Interdisciplinas e indisciplinas”en Elichiry N, El libro y la escuela, reflexiones sobre lo obvio, Buenos Aires, Nueva Visión,
- Stolkiner, A. (2019) ”¿Qué es escuchar a un niño?Escucha y hospitalidad en el cuidado en salud”, en Tollo MA (comp), Escuchar las Infancias: alojar singularidades y restituir derechos en tiempos de arrasamientos subjetivos- 1a ed.- Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico, Noveduc.

- Vidal V, Grippo L y Sena S. (2016) El proceso de apropiación de la concepción de cuidado que plantea la Ley Nacional de Salud Mental 26.657. Un camino lleno de desafíos para la Psicología. Facultad de psicología UBA. Acta Académica- Buenos Aires
- Ley 26.657- Ley Nacional de Salud Mental (2010)
https://www.comisionporlamemoria.org/archivos/cpm/normativa/saludmental/ley_nac_salud_mental_26657.pdf