Reseña: Huertas, R. (coord.). (2017). Políticas de Salud Mental y Cambio Social en América Latina. Madrid: editorial Catarata.

Andrés Osorio Valdivieso*

El libro publicado en 2017 y escrito de manera colectiva: *Políticas de Salud Mental y cambio social en América Latina* aporta a un campo de investigación poco explorado y, lamentablemente, opacado por otras áreas de estudio crítico acerca de la realidad de América Latina. La historia de la salud pública y las directrices políticas con las que se han ido construyendo los Estados nacionales latinoamericanos es un campo poco explorado y de limitada resonancia en las discusiones académicas. Es poco el valor que se atribuye a la función de la medicina y de sus vertientes ideológicas “salud” y “salud mental” para la construcción de la realidad latinoamericana, y, si es que se reconoce algún valor a las investigaciones realizadas en esta materia, el eco que producen es restringido. Por ello el libro coordinado por Rafael Huertas y cuyo proyecto se inserta en el marco institucional y de intereses de la Red Iberoamericana de Historia de la Psiquiatría, aporta con variopintas lecturas al quehacer del campo “psi” en un momento convulso de la historia de América Latina y determinado por el surgimiento de perspectivas “críticas” en las décadas de los 60’, 70’ y 80’, frente a los años de tensiones políticas y económicas que enfrentaron a ciertas visiones sobre la función del Estado frente al mercado, la sociedad y el ejercicio de derechos civiles. Y en ese contexto, la organización de la “salud mental” como política pública recibió encargos de tipo cultural y perfiló el quehacer profesional al tenor de la maroma política.

* Universidad Central del Ecuador / Facultad de Ciencias Humanas y Sociales.

“Políticas de Salud Mental” en el título del libro, nos sitúa frente a un dispositivo cuya función ideológica y política dice sobre el Estado y sus maneras de intervención técnica; mientras “cambio social en América Latina” alude al contexto político y cultural en que dichas políticas se establecieron y los parámetros de vida social que gestionaron. Todo ello analizado en cinco países: Argentina, Chile, Brasil, Colombia y México, en donde se observa la incidencia de ciertos marcos epistemológicos que perfilaron la práctica “psi” como la “antipsiquiatría”, la “psiquiatría comunitaria”, “la psicología social”, la “pedagogía del oprimido”; así como el marco administrativo-político inherente al cambio en la conceptualización de “higiene mental” a la “salud mental”; y a su vez, los marcos de ideologías económica-políticas en la batalla por la inserción del neoliberalismo y su coartada con las dictaduras latinoamericanas.

Juan Carlos Stagnaro y Norberto Aldo nos presentan el primer capítulo del libro: *La Salud Mental en Argentina en los Años de Plomo (1976-1983)*, donde señalan que en el contexto de la guerra fría y bajo los momentos más álgidos de la lucha entre la visión del capitalismo enfrentados al comunismo, y bajo la intervención política de EEUU como parte de las estrategias para combatir el comunismo o el peligro de que sus ideas se colen en el mundo; en Argentina se desarrollaron un conjunto de discusiones sobre el rol político de los profesionales de la Salud Mental. Las universidades, algunos centros de salud y ciertos hospitales fueron los lugares de discusión crítica en torno a la “salud mental” y las políticas públicas relacionadas con las instituciones de asistencia.

En el contexto de organización pública a través del “Estado Militar”¹ (Rafael Huertas, 2017, pág. 30) se levantaron voces de reivindicación del

¹ Estado Militar implicó: militarización del Estado, subordinación de sociedad civil, gobierno y gestión pública pro EEUU e inserción del plan económico Neoliberal. (Rafael Huertas, 2017, pág. 30)

quehacer de los psicólogos y psiquiatras. Influenciados por las discusiones que se daban a nivel mundial acerca de las retrógradas condiciones de asilo y tratamiento de los “enfermos mentales”, y marcados por las lecturas de autores como David Cooper, Ronald Laing, Franco Basaglia, Thomas Szasz, Irving Goffman, Giles Deleuze y su compañero de fórmula Félix Guatarí, además de Frantz Fanon, entre otros representantes críticos a los modelos clásicos de manejo de problemas psiquiátricos, que sostenían un carácter no orientado hacia la comprensión y acompañamiento de los sujetos sino un dispositivo de control y vigilancia como Michel Foucault establece en muchos de sus libros. Además, la crítica a las políticas públicas se sostuvieron ante la pauta de organización social establecida por el capitalismo, cuyo eje respondía a los interés de control y vigilancia de los “enfermos mentales”, y la exaltación de las capacidades productivas de los sujetos quienes, de no entrar en dicho engranaje cultural, son excluidos y confinados en hospitales psiquiátricos. En tales condiciones históricas y epistemológicas, se establecieron organizaciones y colegios de profesionales que rechazaban el lugar de la “salud mental” en la mecánica social y proponían por el contrario la necesidad de hacer una revisión de los argumentos teóricos con los que se venía trabajando, y un replanteamiento de los presupuestos y tratamiento con miras a la realidad argentina y latinoamericana². Psicoanalistas, psicólogos y psiquiatras que respondían a visiones “contra” el sistema hegemónico fueron sometidos a prácticas de escarnio, humillaciones y silenciamiento en la mejor de los casos, o asesinados y desaparecidos como parte de la faz más cruel y temible del

² En 1940 se funda la APA (Asociación Psicoanalítica de Argentina) que, en mayo de 1969 hizo pública una carta de rechazo contra el miedo y la censura promovida por la dictadura. En ese contexto se formó el “Grupo Plataforma”, donde psicoanalistas de “izquierda” con Marie Langer a la cabeza, rechazaron las normativas de la IPA (Asociación Psicoanalítica Internacional) por considerarlas pro-sistema y hegemonía capitalista. En 1959 se estableció la FAP (Federación Argentina de Psiquiatras), que fue también parte nodal de este marco de crítica que, a partir de sus simpatías con el Partido Comunista, promovía la movilización social de obreros y profesionales de la salud mental en busca de nuevas y mejores condiciones asistenciales (Rafael Huertas, 2017, págs. 36-38)

conservadurismo político e ideológico que representó la dictadura y sus políticas.

Los profesionales “psi” levantaron argumentos y se movilizaron en diversas instituciones como el Hospital Doctor Gervasio Posadas o la Colonia Psiquiátrica de Santa María, promoviendo nuevos enfoques de tratamiento como las “comunidades terapéuticas” que alentaron la lucha contra lo que llamaron “neocolonialismo cultural” (Rafael Huertas, 2017, pág. 41) y que inmediatamente fueron clausuradas por ser catalogadas como “subversivas”. De ahí que la dictadura cumplió una función en la censura de profesionales cuyas ideologías promovían un revés del clásico modelo de tratamiento y la búsqueda de propuestas en la construcción de políticas nacionales o latinoamericanas; y de ahí que muchos de los profesionales “psi” no tuvieron otra opción que el exilio ante la persecución política.

Similares condiciones describen y trabajan Claudia Araya y César Leyton como parte del segundo capítulo *La ‘Vía Chilena’ a la Psiquiatría Social. Propuestas y Debates en Torno al cambio del Modelo de Asistencia Mental (1968-1973)*. Los autores sostienen que el contexto ideológico mundial de la década de los 60’ aportó mucho al desarrollo de las políticas de Salud Mental en Chile, y que las disputas teóricas y políticas entre “marxistas” y “capitalistas” configuraron la matriz en la que se diseñaron programas de intervención y tratamiento en diversos trastornos, principalmente alrededor del alcoholismo.

El personaje que lideró la implementación de modelos alternativos para el tratamiento e investigación del alcoholismo fue Juan Marconi, un médico psiquiatra de reconocimiento internacional y que era identificado como adherente a la comprensión “marxista” de los problemas sociales y mentales. Para Araya y Leyton, su presencia fue fundamental en la construcción del “Modelo Intracomunitario de Asistencia” que se implementó entre 1968 y 1973. Este modelo, evidentemente desarrollado

al tenor de las ideologías del momento, comprendía a la “salud mental” como un producto de las condiciones históricas y materiales en las que la población se desenvolvía, y reconocía que la “salud mental” sólo se alcanzaría en la medida en que se produzca la “revolución cultural” de la sociedad chilena, de modo que no sólo implique los factores económicos y políticos. De ahí que el modelo tenía dos aristas, una orientada hacia la investigación y otra hacia intervención. Los profesionales encargados de la implementación del modelo debían responder ambas directrices, y de este modo, y como respuesta al modelo “conservador del dictador militar Carlos Ibañez (1952-1958)” y “a las políticas liberales promovidas por la derecha empresarial representada por el presidente Jorge Alessandri (1958-1964)” (Rafael Huertas, 2017, pág. 60) trabajar no solo en la asistencia sino sobre la “realidad social” chilena con el objetivo de abolir el sistema de clases sociales.

El modelo implicaba algunos programas³ cuya técnica estaba enfocada al trabajo comunitario, es decir, planteaba que el quehacer del médico, psiquiatra o psicólogo se expanda hacia la población y su entorno. El profesional debía hacerse cargo de un territorio específico, y en base a una sectorización cumplir con funciones pedagógicas en algunos casos, o de organización comunitaria en otros. En el caso del “Programa Intracomunitario de Alcoholismo”, el profesional debía explotar la organicidad social de la comunidad, alentar su poder para asimilar los problemas y encontrar soluciones, considerando de modo privilegiado la función pedagógica en la construcción de una conciencia social que permita evitar el desarrollo de factores preponderantes al alcoholismo. De este modo, el diagnóstico no podía reducirse a proposiciones netamente

³ Se pueden citar por ejemplo el “Programa Intracomunitario de Alcoholismo”, el “Programa Intracomunitario de Neurosis” o el “Programa intracomunitario de Salud Mental infantil”. Cada uno de ellos desplegaba específicas metodologías con la finalidad de atender los problemas de salud mental.

biológicas, sino que debía abarcar holísticamente una comprensión “sistémica”⁴ del problema. En similares características, el “Programa Intracomunitario de Salud Mental Infantil”, se enfocó sobre tres ejes de intervención. Uno, relacionado con la alimentación y buena nutrición, el segundo que hacía lugar a las necesidades de apego y cariño de los infantes respecto a sus entornos inmediatos, y el último que buscaba otorgar las condiciones necesarias para el desarrollo del lenguaje.

A través de las normativas antes señaladas, el modelo de intervención “intracomunitario” representó para la sociedad chilena la articulación de teorías e ideologías políticas y “científicas” o “seudocientíficas” de salud mental. Por ello la emergencia del golpe de Estado en el campo político, y la toma del poder de Augusto Pinochet, implicó la nulidad y no continuidad del proyecto, tal como lo señalan Araya y Leyton, debido a la implementación de programas de salud mental contruidos al tenor del neoliberalismo, con un enfoque predominantemente tecnocrático, una comprensión de las problemáticas reducidas a la biología y sus modalidades de intervención psicofarmacológica, además del inicio de programas de privatización de servicios.

En el caso de Brasil se consolidaron similares procesos a los establecidos en Chile y Argentina, aunque con las variantes particulares propias del país. Ello nos relatan André Luiz de Carvalho y Ana A. Venancio en el tercer capítulo intitulado *La Asistencia Psiquiátrica en el contexto Brasileño: Ideas y Prácticas frente a Proyectos de Desarrollo Nacional (1937-1978)*. Para los autores, la década de los 60’ significó la confrontación de dos modelos de desarrollo social y actitudes políticas que los operativicen. Por un lado, la emergencia de las teorías del desarrollo y la dependencia en Latinoamérica marcaron una tendencia que orientaba las políticas públicas

⁴ Humberto Maturana y Francisco Varela están construyendo su concepto de “autopoiesis” de los sistemas vivos como parte de su investigación en teoría de sistemas. (Rafael Huertas, 2017, pág. 61)

hacia el trabajo en las estructuras de la pobreza y la marginación de poblaciones, así como en el campo de la salud hacia la comprensión de los problemas estructurales y su determinación de las condiciones de salud; por otro lado en cambio, se proponía un modelo de corte “neoliberal” que fue gestado y establecido por los procesos dictatoriales que tuvo Brasil. Ambas concepciones no sólo significaron perspectivas en el orden económico y político sino que perfilaron horizontes de gestión de la salud y salud mental. Así, correspondiente a las concepciones adherentes al desarrollo, se establecieron campañas denominadas “sanitaristas-desarrollistas” (Rafael Huertas, 2017, pág. 104) cuyos objetivos respondían estratégicamente al modelo de gestión centralizado del Estado y a la necesidad de responder a ello con un trabajo horizontal y que promulgue la necesidad de trabajar desde la Salud Pública en las relaciones entre la “pobreza” y las condiciones sanitarias y de infraestructura. Por otra parte, se contrapuso a esta visión las campañas “sanitaristas-campañistas” cuya promoción no apuntaba a la gestión de la salud desde sus bases socioeconómicas, sino al tratamiento de la “enfermedad” y su erradicación a partir de la oferta de insecticidas y/o fármacos que no atendían los problemas estructurales sino paleaban de modo vertical ciertas enfermedades. Al decir de los autores, estas contrapuestas visiones supusieron contradicciones en el diseño de políticas públicas en el área de la “salud” y “salud mental”, lo cual afectaba el diseño de los planes y acciones emitidas en la década de los 60’ y 70’.

En ese contexto, y como efecto de la reorganización de los principios y marcos institucionales con los que se empezó a concebir la “salud” después de la II Guerra Mundial, es decir, en función de la aparición de organizaciones como la OMS (Organización Mundial de la Salud) y OPS (Organización Panamericana de la Salud) y su incidencia en la construcción de nociones y establecimiento de normativas y políticas de alcance internacional, hacia 1962 se dio un giro en las políticas brasileñas

al dejar la noción de “higiene mental”⁵ para dar paso a la “salud mental” (Rafael Huertas, 2017, pág. 109). Ello implicó en la realidad de Brasil de los 60’, que lo mental empieza a ser comprendido como un problema de “salud pública”, es decir, que las patologías no se entiendan ya como problemas netamente médicos, y al contrario, se las inscriba en un conjunto de problemáticas diversas al que la Salud Pública debe atender, por ejemplo la “educación”, “seguridad”, “garantía de derechos”, etc. Como efecto del giro conceptual, las políticas empezaron a orientarse hacia la prevención y la promoción de horizontes de vida “saludables”, y desde ahí se comenzó a plantear las “comunidades terapéuticas” como alternativas al manejo de pacientes y tratamiento que otrora, desde los años 40’ se enfocaron en la práctica asilar y la multiplicación y construcción de instituciones psiquiátricas. No obstante, muchas de estas alternativas prácticas encontraron en las dictaduras obstáculos para implementarse, desarrollarse o continuar en su despliegue, y es así como se configuró la “crisis de la Dinsam”⁶, que puede ser entendido como el fenómeno de resistencia, crisis y cambio alentado por los trabajadores “psi” en aras de un replanteamiento de modelos y lucha por el ejercicio profesional que atienda a la población y sus múltiples determinantes de la salud con enfoque comunitario, y no sólo orientado hacia el confinamiento y la exclusión asilar.

Para Colombia la década de los 60’ y 70’ también significaron un momento particular de su historia política en coordinación con un momento de las políticas y modelos de Salud Mental. Álvaro Casas y Jana Congote lo

⁵ Al respecto Rafael Huertas en la Introducción del libro sostiene: “... ‘higiene’ mental fue reemplazada por ‘salud’ mental, lo que implicaba entre otras cosas abandonar, al menos en parte y sobre el papel, las ideas eugenésicas [...] y las relaciones entre higiene mental y racial, tan en boga antes de la contienda mundial” (Rafael Huertas, 2017, pág. 17), es decir, aquello que responde más bien a las ideas de defensa social y de la raza.

⁶ Se trata de la institución que sustituyó en 1970 al Servicio Nacional de la Enfermedades Mentales (SNDM) y que como División Nacional de Salud Mental (DINSAM) era el eje rector de políticas y modelos de atención. La “crisis” consistió en la apuesta por el cambio y las diversas formas de resistencia que debieron construir ante los enfoques conservadores sostenidos por las dictaduras en Brasil.

analizan en el capítulo titulado *Psiquiatría y Cambio Social en Colombia durante el Frente Nacional*. Para estos, el tiempo político del Frente Nacional⁷ significó para Colombia un especial momento de desarrollo del campo de la Salud Mental, el aparecimiento de la especialidad psiquiátrica, el surgimiento de modelos de tratamiento y la construcción de objetos y problemas “psi”, que dieron lugar a la inserción funcional de psiquiatras y psicólogos en el conjunto de relaciones sociales, y se configuraron en un puntal importante de la construcción del Estado Colombiano y sus referentes bio-normativos.

Para los autores resulta relevante que en 1960 la “psiquiatría” se constituyó como especialidad médica en Colombia, y que a partir de allí tuvo un notable desarrollo de tal magnitud que ya en 1964 se habían constituido diversas especialidades psiquiátricas. Dicho avance significó también el surgimiento de instituciones como la Sociedad Colombiana de Psiquiatría formada el mismo año en que se sostuvo el Primer Congreso Nacional de Psiquiatría en 1961. A su vez y como parte del desarrollo del campo de la psiquiatría, se estableció la Revista Colombiana de Psiquiatría que empezó a circular desde 1964 hasta la década de los 80’, y que recibió en sus páginas muchos de los aportes y análisis de profesionales inmersos en el campo psiquiátrico. De este modo, la psiquiatría y sus especialistas comenzaron a desplegar criterios normativos, a establecer tipologías patológicas y engendrar marcos de justificación técnico-políticas para clasificar e intervenir sobre la población y sus condiciones de vida. “Es el momento en que la salud fue asumida y prestada por el Estado como parte de una inversión pública” (Rafael Huertas, 2017, pág. 131), es decir, un momento particular de la biopolítica desplegada en Colombia a través del desarrollo de las políticas de salud y su justificación técnico-científicas.

⁷ “El Frente Nacional en Colombia fue un acuerdo político entre el partido Liberal y el partido Conservador para poner fin a la dictadura de Rojas Pinilla y alternarse el gobierno durante 16 años, desde 1959 hasta 1975” (Rafael Huertas, 2017, pág. 119)

Como parte del campo surgieron también posiciones críticas y discusiones sobre el quehacer del psiquiatra y su función social, llevadas estas a cabo en el seno de la Revista y los congresos antes indicados. Allí se discutió el rol en la asistencia social, el tipo de formación que debía constituirse y los modelos e instituciones donde prestaría atención. Del mismo modo, y en consonancia con las discusiones internacionales, se plantearon críticas hacia la estructura social del capitalismo y su incidencia en las determinantes de la salud y salud mental; y a su vez, las alternativas para la práctica de una “psiquiatría social” y “comunitaria” en boga en latinoamérica.

Especial atención brindan los autores a lo trabajado en la “Revista Colombiana de Psiquiatría”, debido a que desde una perspectiva corporativa, desde allí se discutieron los presupuestos teóricos de la psiquiatría y las modalidades del ejercicio profesional dentro de la sociedad; por ello, para Casas y Congote, esta revista constituye un índice de indispensable análisis para la comprensión de la psiquiatría y su función en la construcción de la sociedad y el Estado colombiano en las décadas de los 60’ y 70’. Las temáticas abarcadas son diversas y cada una de ellas toca algún aspecto de la vida social colombiana, como la educación primaria o universitaria, la vagancia infantil, las identidades sexuales, los usos de drogas y sus riesgos psicosociales, las técnicas de trabajo psicoterapéutico grupal, y de manera especial, las discusiones sobre la eficacia de los psicofármacos que a nivel mundial empezaban a posicionarse como recurso de tratamiento. Dichas temáticas marcaron las problemáticas que la Salud Mental colombiana buscará atender las próximas dos décadas. Como señalan los autores: “la psiquiatría en Colombia que incorporaba nuevos objetos medicalizables y actividades de prevención demandaba un aumento de las estructuras clínicas y académicas que les permitiesen la intervención ya no en los enfermos mentales, sino en el conjunto de la sociedad” (Rafael Huertas,

2017, pág. 147). No obstante, estas visiones tenían una contraparte crítica enfocada en la “práctica social de la psiquiatría”, que si bien no tuvieron mucha resonancia en el quehacer público en la década de los 70’, fueron prácticamente anulados en los 80’ cuando el Sistema Nacional de Salud que había sido establecido en 1970, dio un giro hacia la visión privada de la salud y la lógica neoliberal, a la que le es indispensable desarticular la comprensión de la “enfermedad”, de sus orígenes y tratamientos enfocados al entorno social o comunitario.

En el caso de México, Oliver Hernández, Cristina Sacristán y Teresa Ordorika presentan el capítulo *México: Una Reforma Psiquiátrica Que No Lo Fue (1968-1990)*. En él los autores presentan la fallida reforma psiquiátrica denominada “Operación Castañeda” en México de los 70’. Se trató de una propuesta de reforma institucional enfocada en el cierre del insigne hospital “La Castañeda”⁸ y su simbólica representación de la psiquiatría oficial y su modelo asilar. Los últimos años de los 60’, ciertos sectores del área de la medicina y psiquiatría promulgaron la necesidad de reorganizar el sistema de atención de salud mental, y propusieron que debía reorientarse hacia una atención primaria en base a tres niveles de atención: 1. Las Unidades de Salud Mental en los Centros de Salud; 2. Hospitales de Alta Especialidad; y 3. Hospitales Granja. Con estos tres tipos de instituciones lo que se buscó era desarticular la centralidad del hospital psiquiátrico brindando una atención ambulatoria, para de este modo, conseguir la reinserción de los pacientes al contexto comunitario más inmediato y evitar su ‘cronificación’.

Tal reforma no se consiguió debido a que en la práctica, el Estado mexicano y sus políticas se enfocaron solamente hacia la construcción de

⁸ Hospital construido en 1910 como efecto del clima liberal de la “revolución mexicana”, y sobre el que los autores señalan: “En sus instalaciones emergió la psiquiatría profesional mexicana, se impartió enseñanza, se desarrollo investigación, aparecieron las primeras sociedades científicas y las publicaciones especializadas” (Rafael Huertas, 2017, pág. 159)

instituciones de los niveles 2 y 3, y dejaron a la atención primaria⁹ sin mayor presupuesto y sin la voluntad política para implementarla. De ahí que el deficiente apoyo y la baja inversión pública hicieron sucumbir al modelo comunitario, y al contrario, terminaron apuntalando el “modelo biomédico” y la coalición “hospital/fármaco” que terminó siendo el paradigma que se impuso a la postre. Además, los valores sociales que debían trabajarse desde la comunidad respecto a los pacientes con padecimientos mentales, no pudieron intervenir y se sostuvo más bien, los prejuicios y estigmas que la sociedad sostiene respecto a los pacientes. Todo ello, según los autores, apuntaló más bien las modalidades de tratamiento biomédicos que en el contexto de la década de los 80’ consiguieron volverse en paradigmáticos, y a su vez, el desarrollo de la industria farmacéutica tuvo las condiciones para su despliegue.

En ese sentido, el movimiento crítico nutrido principalmente por una fuerte corriente “antipsiquiátrica” y por argumentaciones tejidas desde el “psicoanálisis” que los últimos años de los 70’ tuvieron considerable resonancia, no pudieron hacer frente —como en la mayoría de países estudiados en el libro— a la embestida de las políticas neoliberales y la tendencia privatizadora, así como a la preservación del hospital psiquiátrico como nudo del modelo de atención.

Finalmente quisiéramos concluir diciendo que cada uno de los capítulos entrecruzan la historia política de cada Estado, conjuntamente con el quehacer del campo “psi” como política pública, en relación con los discursos oficiales y críticos que fueron perfilando modelos de atención y formas de construcción técnica de las sociedades. Las ideologías políticas fueron las que en buena parte dieron forma a las políticas de Salud Mental, y ellas eran escenarios donde se disputaron horizontes de orden político-

⁹ La Atención Primaria de Salud (APS) es una oficial política global de la OMS y OPS, de organización de los Sistemas Nacionales de Salud desde 1978. No obstante, anteriormente a esa asunción oficial tenía ya incidencia en los años previos a 1978.

cultural. Es así que lo que podemos reconocer, es la base política-ideológica con la que operaba y quizá, opera, la salud mental en latinoamérica y el mundo. Queda para el presente la historia de aquel pasado, que nos enseña cómo la “salud mental” antes que ser un campo formal y de fuerte trabajo conceptual y teórico, está más bien llena de nociones que alimentan las condiciones de vida social necesarias en cada momento histórico. “Salud mental” que hoy en día, en una época que podríamos llamar postneoliberal, apuntala cada vez más los intereses mercantiles de la industria farmacéutica que anualmente mueve cerca de 20.000 millones de dólares. Esto a partir de la producción de “trastornos” y la hiperinflación diagnóstica como puntales para el consumo psicofarmacológico. De ahí que el libro nos deja la tarea de pensar el presente, los modos de inserción de la salud mental como estrategia biopolítica, y cuyos efectos normativos construyen tipologías del orden que sirven cada vez más a la homogeneidad social, anulando las diferencias y regentado cuantiosas ganancias a la industria mundial. Se vuelve entonces necesario pensar críticamente el presente de las políticas de salud mental, junto con sus motivaciones políticas y económicas.