

El discurso de la salud mental desde la mirada de la Biopolítica y el Biopoder

The Discourse of Mental Health from the Perspective of Biopolitics and Biopower

M.Psc. Cynthia Córdoba López⁸

<https://orcid.org/0000-0001-9069-826X>

DOI: <https://doi.org/10.66778/CS.v14n39.05>

Fecha de recepción: 10/ 03 /2026 fecha de evaluación: 16 /04/2026

Resumen

El presente ensayo tiene como finalidad problematizar en torno a la pregunta ¿Cómo el discurso científico sobre la salud mental puede ser comprendido desde una función política y económica? Para dar respuesta, se analizan los postulados centrales de la teoría de biopolítica y biopoder. Se procura discutir cómo se articulan el saber, la verdad y el poder, en relación con el fenómeno social e histórico de la enfermedad mental.

Palabras claves: salud mental, enfermedad mental, biopoder, biopolítica, mecanismo de control

Abstract

This essay aims to critically examine the question: How can the scientific discourse on mental health be understood from a political and economic perspective? To address this, the core tenets of the theories of biopolitics and biopower are analyzed. The discussion seeks to explore how knowledge,

⁸ (Doctorante del Programa en Gobierno y Políticas Públicas, Universidad de Costa Rica)

correspondencia: cynthia.cordoba@ucr.ac.cr

truth, and power are interwoven in relation to the social and historical phenomenon of mental illness.

Keywords: mental health, mental illness, biopower, biopolitics, control mechanisms

Punto de partida

La pandemia vivida ante el virus SARS-CoV-2, entre los años 2020 y 2022, permitió evidenciar los ya existentes problemas asociados al tema de la salud mental y repensar el malestar emocional desde una realidad más próxima, configurándose propiamente como la pandemia de la salud mental. En Costa Rica, según un estudio realizado, a finales de 2020, por el Instituto de Investigaciones Psicológicas (IIP-UCR) y el Centro de Investigación en Biología Celular y Molecular (CIBCM) un 70,3% de las personas encuestadas reportó tristeza, ansiedad o enojo; el 65,7% cansancio y fatiga; el 65,6% dolor y el 62,4% trastornos del sueño. Además, un 58% de las personas reportaron problemas de concentración, 55,6% miedo al futuro, 51,6% mucha inquietud y 45,9% se sentían solas (Cordero, M., 2021). Según el estudio sobre trastornos depresivos y de ansiedad en 204 países y territorios, en 2020, Costa Rica incrementó en un 35,2% el reporte de trastornos depresivos y en un 35,6% los trastornos de ansiedad (Cordero, 2021).

Por su parte, el Estudio RESPIRA publicado en el año 2024, a una cohorte de la población costarricense de casos confirmados por PCR y no vacunados, investigó el impacto prolongado de COVID-19 en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y la sintomatología (Barboza *et al.*, 2024).

Los resultados de dicho estudio muestran que los casos analizados reportaron (en comparación con el control estandarizado) “tasas más altas de limitaciones de salud física (8% más alto), fatiga (6,2% más alto), sensación de desgaste (5,5% más alto), falta de vitalidad (7,3% más alto), sensación de muy nervioso (4,8% más alto), niebla cerebral (6% más alto)” (Barboza *et al.*, 2024, p. 563). Lo anterior, implicó una percepción de deterioro de salud y una afectación en la calidad de vida en los casos confirmados con sintomatología más grave y sin vacunación.

Los datos anteriores brindan evidencia empírica de la afectación en la salud mental. Si bien, resulta inadmisibles colocar a la crisis sanitaria como la causante del deterioro de la salud mental, sí

se puede reconocer que dicha crisis catapultó el malestar emocional, evidenció inequidades en salud y de alguna forma validó la expresión pública del sufrimiento o malestar.

Por tanto, más allá de la evidencia del deterioro de la salud mental, es de interés en este ensayo problematizar en torno a la comprensión de la salud mental, como objeto de estudio, y analizar la influencia de la política y el poder en la configuración del discurso acerca de la locura, enfermedad mental y más actualmente salud mental. Por ello, se intenta responder a la pregunta ¿Cómo el discurso científico sobre la salud mental puede ser comprendido desde una función política y económica? E invita a reflexionar cómo ello puede influir en la definición de políticas públicas en salud mental.

Para dar respuesta a esta interrogante se analizará los principales postulados de la teoría de biopolítica y biopoder propuestos por Foucault y la relación de éstos con algunas premisas propias del sistema capitalista.

En este ensayo se discutirá cómo se articula el saber, la verdad y el poder, en relación con el fenómeno social e histórico de la enfermedad mental y el surgimiento de tensiones relativas al poder disciplinar, la normalización y las estrategias y tácticas de control mediante el saber médico psiquiátrico (Vásquez, 2015, Foucault, 2002).

En la primera parte de este ensayo se presentará una contextualización histórica de la hospitalización de los denominados “enfermos mentales” en el caso de Costa Rica, en la segunda parte se argumenta acerca del rol de la política y el poder como mecanismos de control y, por último, se presentará la función de dichos mecanismos de control desde la perspectiva del sistema capitalista.

La hospitalización de la locura en Costa Rica

Puede decirse que la locura y la medicina psiquiátrica, en los últimos dos siglos, han mantenido una relación indivisible y dialéctica en Costa Rica, es difícil imaginar una sin la otra, aunque claramente no siempre fue así.

Manuel Rodríguez (1991), desarrolla una Reseña Histórica del Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres y expone que, en el año 1833, el Gobierno de la República

manifestó la necesidad de internar a los individuos que deambulaban por las calles con quebrantos de salud mental, y ofrecía para ello, un edificio anexo al Hospital San Juan de Dios, con ello daba nacimiento a lo que más tarde sería el llamado “Asilo Chapu”. Para esa época, las enfermedades mentales, según la comprensión médica, se originaban por herencia y provocadas, frecuentemente, por la ingesta de bebidas alcohólicas (Rodríguez, 1991).

La incursión de la función del Estado en el tema de la salud se fue haciendo más evidente a finales del siglo XIX; es en el año 1885 que se decreta la *Ley de Creación del Hospital para Insanos y Renta de Lotería*:

Que el grado de cultura que ha alcanzado la República reclama la fundación de un asilo nacional de locos que, a la mayor brevedad posible, proporcione abrigo y asistencia a los dementes pobres y, muy especialmente, a los que vagan por los caminos sin protección de ningún género y con peligro para la tranquilidad de los habitantes.

Que para la construcción y mantenimiento del asilo es indispensable arbitrar los recursos precisos, sin recurrir a nuevos impuestos, ya que el estado actual del Tesorero Público no permite al Gobierno emprender la obra con sus rentas ni proveer después a la satisfacción de las necesidades propias del establecimiento.

Que el medio más eficaz y cómodo de procurar el capital que demanda la empresa es la fundación de Loterías, usado en igualdad de casos por muchas naciones civilizadas (Rodríguez, 1991, p. 10)

Como se desprende de los apartados de la Ley su interés se centraba en: a) control-protección hacia las personas “afectadas”, dementes pobres y aboga por la tranquilidad de los “otros normales”; b) control de la libertad (encierro) y c) función política-económica, es decir, la construcción y financiamiento del asilo.

Flores (2007), plantea que estas inclinaciones políticas develaban el orden institucional emergente que tenía como propósito controlar la geografía social y para ello resultaba necesario delimitar un espacio en donde guarecer a las anomalías. Desde ahí, se problematiza cuál es el bienestar que desea preservarse, se protege a quienes están afuera (normales) o a quienes deben estar adentro (anormales).

Como puede analizarse, la inauguración del Hospital de Insanos, 04 de mayo de 1890, se realiza bajo el siguiente discurso:

Ya no serán los pobres dementes objetos de diversión para unos, de molestias para otros, de conmiseración para la generalidad de las gentes. Ya su desgracia será menos penosa, porque la mano caritativa del pueblo costarricense se ha mostrado pródiga a fin de mejorar así su condición, levantando este edificio que pudiese llamarse “templo”, por estar consagrado al culto de la virtud más sublime: - la caridad - (Rodríguez, 1991, p. 7)

Es importante posicionar que, para la época, la influencia de la religión católica era marcada, se estima (no hay datos tan precisos) que el 95% de la población se asumía como católica, por ello se mantiene en el discurso elementos como la caridad y el levantamiento del “templo” para la virtud. Orellana et al. (2023), señala que las leyes liberales de 1884 fueron un golpe para la Iglesia costarricense, no obstante, fue capaz de mantener su influencia en lo político y lo cultural, lo que incluso le permitió mantener el estatus de religión oficial en la Constitución Política.

Sin embargo, a pesar de ser la caridad la virtud para atender a esta población, los pacientes eran recluidos en cuartos con ventanas bloqueadas con barras para impedir fugas (Rodríguez, 2015), algo muy característico de los centros penitenciarios. Para dicha época, en diversos países, el confinamiento de los locos (enfermos mentales) se daba para evitar que “afearan” las ciudades, en el caso de Costa Rica se justificó desde la idea de protección, es decir, evitar que se burlaran de estas personas (Rodríguez, 2015). No obstante, por las características arquitectónicas del primer asilo se podría intuir que tenía un objetivo de aislamiento y control, no únicamente de protección.

En el siglo XIX se generó una extensa red de prácticas sanitarias estatales que contribuyeron a que la medicina y el derecho ocuparan un puesto de legitimación del nuevo orden social, es decir,

la oficialización de esos saberes se encauzó mediante políticas sanitarias estableciéndose formalmente un corpus de conocimiento técnico-científico (Flores, 2007)

En dichos proceso de transformación político, económico, social, el conocido Hospital Nacional Psiquiátrico se ha ido configurando en 4 períodos: de 1890-1960 proceso de fundación y consolidación, un segundo momento de 1960-1974, con influencia de la corriente alemana que proponía que el hospital funcionara fuera de la ciudad y contara con áreas verdes, se justificó el traslado al cantón de Pavas y así pasa de ser un Asilo a ser un Hospital; un tercer período de 1974 a 1990, con la Declaración de Caracas, donde se propone la reestructuración de la atención psiquiátrica y la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad (Brenes, 2003), y por último, en 2022, con el cambio de nombre a Hospital Nacional de Salud Mental Manuel Antonio Chapuí y Torres

Este último cambio fue justificado, según el director médico del Hospital, ante el reforzamiento de los servicios con personal de atención sanitaria más allá de la Psiquiatría. Así como la evolución de la atención a salud mental y el trabajo interdisciplinario que se hace en el hospital (Ávalos, 2022).

Si bien esta reseña, no pretende ser exhaustiva, busca posicionar al lector en una contextualización histórica que le permita comprender en los siguientes apartados cómo esos cambios están ligados a temas de carácter político e incluso económico. Permite introducir lo que Foucault plantea acerca del “poder del saber” y cómo este saber se inmiscuye en la vida privada para convertirla en un asunto de orden público.

Política y poder como mecanismos de control

En este sentido, Zapata (2016) plantea que históricamente se han posicionado dos concepciones sobre la condición animal del ser humano: por un lado, pensadores como Anaxágoras, Montaigne, Bossuet y Darwin, desarrollaron distintos argumentos para posicionar que entre los humanos y el resto de los animales hay semejanza, continuidad y copropiedad de rasgos y características. Por otro lado, desde la Antigüedad, se ha postulado una visión jerárquica y dicotómica de la naturaleza que plantea que el ser humano posee un estatus superior al resto de seres vivos, es decir, monopoliza ciertas facultades, tales como sensibilidad, razón y lenguaje, lo que

justifica la superioridad respecto al resto de seres vivientes y por eso, estos últimos, quedan fuera de toda consideración moral y política.

Esta mencionada superioridad le ha facultado al ser humano dictar comprensiones del mundo y la sociedad que ha establecido tipologías de clases y exclusiones, incluso en la misma categorización de ser humano, exclusiones por etnias, estratos socioeconómicos, niveles educativos, élites políticas, entre otras, que tal como lo sugiere Zapata (2016), han permitido “aceptar distintas formas de esclavitud, violencia e instrumentalización” (p. 107), llegando a estados donde la persona es despojada de su reconocimiento político o jurídico (negación a sus derechos fundamentales) quedando reducida a su condición puramente biológica (solo cuerpos), lo que abre la posibilidad justificada de ser confinados, controlados y maltratados.

Foucault (1987), desarrolla el término de biopolítica para indicar que existe una intromisión de la política en los asuntos de la vida cotidiana. Zapata (2016), siguiendo el concepto, argumenta que la biopolítica es la activación de un estado de excepción en el que se despoja a los individuos de sus cualidades y se les reduce a meras entidades biológicas. Agamben, citado por Zapata (2016), partiendo de lo propuesto por Foucault, en su reflexión sobre la biopolítica, define la distinción entre dos expresiones de la vida: 1. Zoé entendido como el modo de vida biológico propio de los seres vivos (lo que se comparte); y 2. Bíos como la forma de vida cualificada de los seres humanos que integran una comunidad política.

Estos autores problematizan acerca de la manera en cómo son construidos los “criterios” para definir quién o quiénes forman parte de las consideraciones morales o jurídicas, cuyo proceso se ha ido construyendo históricamente y justifica o valida las reglas que normatizan determinadas conductas en las personas.

A partir del siglo XVIII las conductas, los comportamientos y el cuerpo se comienzan a medicalizar, convirtiéndose la medicina una estrategia política para la población en general y no solamente para los enfermos: medicina de lo a-normal, medicina de sanos, higiene; “la medicina (como actor político)” entra a formar parte del juego político y así participa en una extensión indefinida de fronteras de intervención (Márquez, 2014).

La categoría salud por sí misma trae consigo una intención normalizadora y excluyente. Si no estás dentro de los parámetros de la campana de Gauss eres anormal, potencialmente enfermo, distinto y habitas los márgenes, con todas las implicaciones que la marginalidad supone. Y, en este sentido, cualquiera está en posibilidades de ser excluido (Nava, 2018, párr. 14).

Así, puede concretarse que lo biopolítico involucra prácticas disciplinarias legitimadas, en nombre de un saber científico, para decidir sobre la población. Estas decisiones están basadas en el ideal contemporáneo de normalidad, es decir, pensar que la salud va más allá de sólo sobreponerse a la enfermedad (Guevara, 2016). Esto reafirma la aseveración de que “la biopolítica es la forma que adquiere el poder cuando se ejerce sobre el cuerpo y la vida” (Agamben, citado por Zapata, 2016, p. 108).

Por lo que, Rilova (2001), plantea que en la historia de la normalidad, la filosofía positivista (mitad del siglo XIX), ocupa un lugar clave, pues, a partir de ella es que el pensamiento médico comienza a categorizar los procesos patológicos como “anormalidades”, es decir, desde el término estadístico de la “norma”, siendo así, lo normal -lo que le ocurre a la mayoría- adquiere para el positivismo el carácter de “ley natural”, lo que constituye una cuestión estrictamente ideológica el dar cómo supuesto que esto es “lo sano”. Comte, citado por Rilova (2001), propone que lo “positivo” era lo cierto, lo seguro y lo evidente; sin embargo, lo seguro y lo evidente sirven para uniformar criterios sociales en beneficio de objetivos comunes y esto permite cuestionar a cuáles objetivos como sociedad estamos respondiendo.

Ello ha normalizado que las sociedades establezcan formas o mecanismos para clasificar los cuerpos, establecer jerarquías entre poblaciones y definir regulaciones para la salud. En estas clasificaciones, aquellos cuerpos (mentes) que se definan como “inferiores o problemáticos” son susceptibles de control, es decir, deben recibir (desde la narrativa del bienestar) intervenciones disciplinares o sanitarias. En palabras de Flores (2007), “las ciencias médicas se abrían espacios de dominio, necesarios para configurarse como autoridades vigilantes del comportamiento, tal y como históricamente lo habían ejercido las autoridades eclesiásticas” (p.13).

Foucault (2002) en su obra *Vigilar y castigar*, hace referencia a la función del poder disciplinario y problematiza acerca de los procedimientos de individualización para marcar exclusiones:

(...) esto es lo que ha sido llevado a cabo regularmente por el poder disciplinario desde los comienzos del siglo XIX: el asilo psiquiátrico, la penitenciaría, el correccional, el establecimiento de educación vigilada, y por una parte los hospitales, de manera general todas las instancias de control individual, funcionan de doble modo: el de la división binaria y la marcación (loco-no loco; peligroso-inofensivo; normal-anormal); y el de la asignación coercitiva, de la distribución diferencial (quién es; dónde debe estar; por qué caracterizarlo, cómo reconocerlo; cómo ejercer sobre él, de manera individual, una vigilancia constante, etc.) (...) La división constante de lo normal y de lo anormal, a que todo individuo está sometido, prolonga hasta nosotros y aplicándolos a otros objetos distintos, la marcación binaria y el exilio del leproso; la existencia de todo un conjunto de técnicas y de instituciones que se atribuyen como tarea medir, controlar y corregir a los anormales, hace funcionar los dispositivos disciplinarios a que apelaba el miedo de la peste. Todos los mecanismos de poder que, todavía en la actualidad, se disponen en torno de lo anormal, para marcarlo, como para modificarlo, componen estas dos formas, de las que derivan de lejos (p. 184).

A raíz de dichas influencias, en el tiempo, el discurso médico se ha ido transformando y ha pasado de un interés por el abordaje de las enfermedades infectocontagiosas (lepra, cólera, poliomielitis, sarampión, rubéola, entre otras) a un abordaje de las enfermedades no transmisibles, conocidas de forma más popular como enfermedades crónicas (¿enfermedades de la modernidad?). Es así, como se ha instaurado un enfoque preventivo (Guevara, 2006), fundamentado en los estilos de vida saludables, como un potenciador de la salud, que le asigna, de forma individualizada, a cada persona la responsabilidad por estar saludable y con ello la industria genera nuevos productos y servicios, es decir, nuevas necesidades, que por lo general ofrecen aparentes soluciones rápidas.

Sin embargo, tiende a obviarse en ese discurso médico los determinantes sociales de la salud. Guevara (2006), plantea que este enfoque ejercido sobre la población genera un imaginario de salud, higiene y vitalidad y en consecuencia las personas se convierten en policías de sí mismas, es decir, se ha desplazado de la administración de la enfermedad hacia la optimización del cuerpo sano:

Este sistema que produce necesidades y ofrece al mismo tiempo los medios para suplirlas, es auxiliado por las disciplinas científicas que ponen en funcionamiento diferentes prácticas para hacer aparecer objetos factibles de manipulación y control. En el caso particular de las llamadas “Ciencias de la Salud” se hace uso de diagnósticos inscritos en manuales estadísticos. Ahora bien, con el uso de categorías diagnósticas, se producen sujetos que son tratados como cosas, esto debido a que la enfermedad o anomalía (el diagnóstico) pasa a reemplazar al enfermo. Bajo estas consideraciones, la pregunta que resulta orientadora es ¿cómo se justifican ciertas prácticas clínicas como científicas cuando estas obedecen a pedidos que son de otro orden? (p.166)

Herzlich y Pierrent, citados por Bru (2016), refuerzan la hipótesis de que la enfermedad es una metáfora, pues:

El pensamiento acerca de la enfermedad es el pensamiento acerca del mundo y la sociedad (...) los modos de vivir la cronicidad de los padecimientos, los modos de enfermar y de morir son variables históricas según las condiciones de vida de los conjuntos sociales. (p. 42)

Estas posturas argumentan la presencia de “sociedades de normalización” y ellos se ejemplifica mediante los nuevos roles que asumen las disciplinas “psi” (psicología, psiquiatría y sus especialidades) en el abordaje de la salud mental, es decir, en la forma extender comprensiones medicalizadas ante las respuestas emocionales de eventos cotidianos.

Considerando lo expuesto, cabe preguntarse ¿qué ha sucedido con los afectos o emociones en este proceso de control político? Rilova (2001) argumenta que la medicina, como institución

social, desatenderá por completo estas cuestiones -pasiones tristes y profundas. La ciencia fundada en el positivismo no considerará las oscuras e inciertas cuestiones de índole subjetiva, pues, lo específico de la condición humana pasa a ser un término extraño al discurso médico; de ahí en adelante, lo científico será buscar las causas o agentes de las enfermedades, no los motivos para contraerlas.

En síntesis, no se puede negar la tendencia en las sociedades a pensar todos los conflictos o problemas en términos médicos y, específicamente, en términos psiquiátricos; con un aumento impresionante de nuevos diagnósticos que convierten situaciones y comportamientos cotidianos, como la tristeza, la preocupación, el estrés, los problemas familiares o laborales, la pérdida de un ser querido, en síntomas o en patologías psiquiátricas, multiplicando la injerencia del poder psiquiátrico (Vásquez, 2015).

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) es un elemento ejemplificador, el principal problema es la ausencia de unas fronteras definidas entre lo normal y lo patológico y entre las diferentes categorías consideradas como patológicas (García, 2018; Vásquez, 2015).

Este apartado permite evidenciar, gracias a las discusiones de los autores referidos, que la construcción de la subjetividad es parte de un proceso de modelaje social que establece los parámetros normativos según la época histórica y que responde a un control social convenientemente formulado, es decir, la política y el poder son mecanismos de control que penetran en todos los aspectos de la vida.

Antes de problematizar acerca de la conceptualización de la salud mental en el sistema capitalista se presentan dos interrogantes a modo de antesala del último apartado ¿A qué “parámetro esperado” actualmente estamos intentando responder y cuáles podrían ser las consecuencias para nuestras subjetividades?

En consecuencia, tal como lo sugiere Restrepo (2012), es necesario reflexionar acerca de si la salud mental se convierte en una aliada, en una maquinaria sutil, o un dispositivo de poder con la que se ejerce control sobre la “sociedad”.

Salud mental en el sistema capitalista

Desde el ideal imaginario de la normalidad que se circunscribe al poder que se ejerce sobre el cuerpo y la vida, las narrativas terapéuticas resultan tautológicas porque, una vez que un estado emocional se define como saludable y deseable, todas las conductas y estados que no cumplen con ese ideal pueden clasificarse como anormales, patológicas, enfermas, neuróticas, inadaptadas, disfunciones, es decir, “no autorrealizadas” (Illouz, 2007).

El determinismo biológico y hereditario, según Vásquez (2015), se usa para justificar la prevención y la intervención terapéutica sin contexto y encubre los problemas concretos que están relacionados con ciertos comportamientos o situaciones cotidianas. Ante ello, se presenta una minimización de la capacidad de reflexionar sobre sí mismo y ese determinismo restringe las posibilidades de crear estrategias más adaptativas para dar respuesta a los propios problemas (Caponi, citado por Vásquez, 2015).

La psiquiatría, como se mencionó anteriormente, se convierte en una estrategia biopolítica de control social, teniendo como objetivo administrar y anticipar las múltiples formas de comportamiento que pueden, tarde o temprano, afectar el orden social (Vásquez, 2015).

La normalidad, en términos psicológicos, o desde la llamada salud mental, se definen socialmente y, por ello, la forma como se aborda el sufrimiento psíquico debe contextualizarse y fomentar el análisis crítico de las estrategias sociopolíticas que se conjugan en la definición de políticas públicas.

¿Quién es el normal y a partir de cuándo “tiene” un “trastorno” de la personalidad o de cualquier otra variable psicológica? Los criterios de la medicina general son los de rangos evaluables en términos fisiológicos; los de la psiquiatría son rangos sociológicos, culturales y, para decirlo rápidamente, políticos pues, en este caso, la atribución de “enfermedad” es un acto de *la polis* a través de uno de sus dispositivos, el dispositivo psi al que nadie escapa, ni siquiera sus agentes” (Braunstein, 2013, p. 45).

En síntesis, el sufrimiento emocional parece que queda reducido a una explicación biológica que debe ser atendido por instituciones sanitarias y donde la alternativa es la medicalización de esa supuesta condición biológica. Sin embargo, donde queda la problematización de esa construcción

simbólica, social y cultural que define ensombrece las causas de la exclusión, desigualdad y la inequidad.

Es preciso, entonces, preguntarse cómo este control social y normativo se relaciona no sólo con el ámbito político, como se ha expuesto, sino también con los procesos económicos, particularmente desde una perspectiva neoliberal.

Brown (2015) expone que el neoliberalismo debe entenderse como un orden de razón normativa que, estando en auge, se comporta como una racionalidad rectora que extiende una definición específica de valores, prácticas y mediciones de la economía a cada dimensión de la vida humana. Y dicha racionalización involucra una “economización” de esferas y prácticas que no eran económicas. Además, aclara que esa economización no siempre involucra monetización, es decir, se puede pensar y actuar como sujetos contemporáneos del mercado donde la generación de riqueza no es la preocupación inmediata:

(...) el objetivo es que la racionalidad neoliberal disemina el modelo del mercado a todas las esferas y actividades —incluso aquellas en que no se involucra el dinero— y configura a los seres humanos de modo exhaustivo como actores del mercado, siempre, solamente y en todos los lados como *homo oeconomicus* (Brown, 2015, p. 28)

Sin embargo, las personas, desde las demandas propias del capitalismo neoliberal, deben resolver una interesante paradoja a saber: responder/ajustarse ideológicamente a los principios neoliberales que refuerzan el individualismo como un modo de vida funcional (y que posiblemente conllevará a diversos conflictos psíquicos) y ser excluidas una vez que “enferma” por no ajustarse a la norma que intentó ajustarse (también es un juego de palabras).

Lipovetsky, citado por Guinsberg (2001), señala que el individualismo, al que el autor llamará el narcisismo posmoderno, convive con la lógica del vacío y produce un desierto donde "todos los grandes valores y finalidades que organizaron las épocas pasadas se encuentran progresivamente vaciados de sustancia [...] que transforma el cuerpo social en cuerpo exangüe, en organismo abandonado" (p. 5). La indiferencia produce una alienación ampliada (un sistema organizado según el principio de aislamiento) y ante ello los ideales y valores públicos sólo pueden decaer,

únicamente queda la búsqueda del ego y del propio interés, el éxtasis de la liberación personal, la obsesión por el cuerpo y el sexo (Guinsberg, 2001).

Oosterhuis (2018) le suma la concepción de individuos autosuficientes y legítimos, representantes de sus propios intereses siendo las relaciones con los demás meramente contractuales. Señala que tienen libertad de elección y pueden dar forma a sus vidas de manera óptima, productiva y previsoría, ante ello, se demanda que las personas ciudadanas actúen voluntariosamente, que exploten sus recursos internos y consigan lo mejor de sí mismos. Sin embargo, estas demandas implican que se posean determinadas destrezas psicológicas y sociales, como la iniciativa propia, la capacidad de decidir, el monitoreo continuo, la responsabilidad y el desarrollo personal, pero también una actitud flexible, comunicativa y cooperadora, ser parte del sistema (a modo de ciudadano) implica un privilegio que se debe ganar.

Debe evidenciarse, además, que esa competencia, a modo de batalla, no se libra entre iguales sino que triunfan los más aptos (económica y políticamente más capaces) lo que acrecienta las inequidades entre sectores sociales y naciones, aumenta el sub o desempleo, y las condiciones laborales, lo que implica la pérdida de beneficios que fueron conseguidos tras luchas, además en países más pobres, la competencia económica también está marcada por corrupción y privilegios para los más poderosos (Guinsberg, 2001).

En palabras de Guinsberg (2001):

Un sistema que ve a la sociedad como suma de individuos que actúan y luchan -cada vez más despiadadamente- por alcanzar sus objetivos y triunfar frente a otros que intentan algo similar donde, generalmente, no alcanza para todos ni para muchos. (párr. 14):

De esta forma, el asumir esa "vigilancia de la salud", como símbolo de independencia y autonomía, se amolda a las demandas neoliberales caracterizadas por un individualismo en gran medida desocializado y centrado en el interés propio (Oosterhuis, 2018).

Sin embargo, la conceptualización neoliberal del paciente (denominado en algunos casos cliente) como persona que elige libremente es algo ilusoria o demasiado optimista, particularmente en quienes viven con sufrimiento psíquico.

Por lo que, Oosterhuis, (2018), lo problematiza de la siguiente manera:

Aunque los mecanismos de mercado se han introducido en el sistema de salud, la situación de los pacientes no es como la de los consumidores en el mercado libre. Las dotaciones de los servicios de salud mental financiados colectivamente son todavía en gran medida monopolísticas, estandarizadas, sujetas a presupuestos y reguladas por el Estado, y restringen la libertad de elección de los pacientes. (párr. 60)

En síntesis, como lo expone Illouz (2007), las emociones se convirtieron en entidades evaluadas, examinadas, problematizadas, negociadas, cuantificadas y mercantilizadas, donde el objetivo se centra en cambiar el “yo” (sea para optimizarlo o repararlo) pero al mismo tiempo se crea un yo sufriente (individual, competitivo, desocial, imperfecto, no realizado, no competente, enfermo, incapaz, es decir, un yo débil y solo) por ser cada vez más consciente de sus deficiencias psíquicas y así entra en juego el mercado, como una posibilidad de acceder a servicios que le procuren el autocambio y la autorrealización.

En este ideal de optimizar la autosuficiencia y cumplir con el discurso hegemónico, las ciencias médicas encuentran una morada. Se abre aquí esa posibilidad de reformar y rehabilitar a los seres humanos -fuera de la norma- para mejorar su funcionamiento en la sociedad moderna. Para el paradigma médico y sus derivaciones, el objetivo tácito era una sociedad de masas ordenada que estuviera basada en la adaptación del individuo a las normas y valores de la clase media (Oosterhuis, 2018).

En la actualidad el abordaje de la salud mental se aboca en atender los problemas de los individuos y remediar sus deficiencias, imperfecciones de personalidad, defectos conductuales, trastornos, conflictos intrapsíquicos y dificultades interpersonales. El propósito final responde a fortalecer la resiliencia moral y mental de las personas para atender los desafíos de la modernidad y cumplir los requisitos de la ciudadanía democrática responsable (misma que parece haberle “enfermado”); en última instancia, el moldeado de personas funcionales y adaptadas contribuye a la estabilidad social, política y económica (Oosterhuis, 2018).

Es así como la vertiente política del control social y la vertiente económica, desde la concepción de la economización, convergen para que el conflicto o sufrimiento psíquico -alias salud mental (ya no locura)- se convierta en una mercancía que genera valor. Dicho de otra forma, se conjuga el rol del diagnóstico (medicalización) con la importancia del tratamiento (medicamentación) para construir una medicalización y medicamentación de la vida.

Sin duda, la psicofarmacología se convierte en un motor clave de la subjetivación de las personas mediante la comercialización de drogas y de los padecimientos. Las corporaciones farmacéuticas se relacionan con la ciencia y con los mercados, y a medida que las enfermedades se vuelven más específicas (gracias a la ciencia) también se refinan los procesos neurobioquímicos creándose nuevas formas de medicar (gracias a los mercados) (Bru, 2016).

Cea y Castillo (2018) proponen que el predominio irrestricto del mercado y la influencia de la industria farmacéutica fueron las claves del ascenso y auge del neoliberalismo en el campo de la salud mental, pues se reconfiguró el modelo manicomial bajo una nueva hegemonía: el paradigma farmacológico. La conceptualización de la “enfermedad mental” bajo una matriz biologicista implicó la medicalización de la subjetividad, caracterizado por el aumento exponencial del consumo de psicofármacos en las sociedades de capitalismo avanzado para cumplir no solo con el funcionamiento psíquico requerido sino para “optimizar la salud mental”. A ello se suman otros servicios que tendrán la función de “vender salud mental”.

A modo de cierre

Los diversos autores citados realizan aportes que evidencian que la salud (mental), la estabilidad, la funcionalidad y la productividad (por mencionar algunos atributos) se convierten en criterios normativos históricamente construidos.

Apartarse o alejarse de dichos parámetros tiende a implicar una etiqueta de disfuncionalidad o anormalidad que, en palabras de Illouz, se traduce en vidas defectuosas o fallidas que validan nuevas formas de exclusión social.

Oosterhuis (2018), señala que:

Los enfermos crónicos, las personas con sufrimiento mental y los discapacitados pueden ser marginados como ciudadanos fallidos, debido a sus dificultades a la hora de cumplir las expectativas de participación social activa, en particular, las que se refieren a la productividad económica. (párr. 57)

La salud mental contemporánea se vende o promueve desde un ideal saludable, es decir, implica ser una persona emocionalmente equilibrada, autónoma, resiliente y ser capaz de “autogestionarse”, lo que sugiere la existencia de una supuesta “normalidad psicológica”, negando la raíz emocional de los seres humanos para reaccionar ante las adversidades.

Este ensayo, también, pretendió problematizar teóricamente la transición del término locura a la comprensión del sufrimiento psíquico desde la óptica del discurso contemporáneo de salud mental. Transición que se adapta a los cambios sociales en los últimos tres siglos, se deja de ser controlado desde el manicomio para ser controlado (bajo propio consumo) desde la cultura psi (psicólogos, psiquiatras, psicofármacos), que parece contribuir a la “normatización”.

Este recorrido evidenció el rol del biopoder como dispositivo para el control social y su correlación con la mercantilización de la salud mental; pues, la salud trae consigo una intención normalizadora con grandes posibilidades de marginalizar a aquella persona que no se ajuste a los parámetros establecidos, parámetros impuestos desde una lógica de mercado capitalista (Oosterhuis, 2018). Y es así como surgen profesionales (terapeutas, *coaches*, consejeros, médicos, psiquiatras) que ofrecen servicios para “alinearse” a la persona con los requisitos requeridos: logros, habilidades, éxito, autorealización, regulación emocional, es decir, cumplir con un ideal progresista de estado de bienestar, el cual está asociado a la norma neoliberal del individuo autónomo y emprendedor, y a un usuario de los servicios de salud en el mercado libre interesado en sí mismo (Oosterhuis, 2018).

El análisis teórico realizado no debate cómo el discurso de autonomía e independencia, los estándares supuestos de salud y la comprensión del proceso de salud-enfermedad en términos de elección y responsabilidad individual, desestima el rol de los determinantes sociales de la salud (elementos económicos, culturales, sociales, género, centro-periferia, etnia, nivel educativo, diversidad sexual, entre otros). Las personas son llamadas a autorregular perfectamente sus emociones (mediante fármacos, psicoterapia, o terapias alternativas) lo que obliga a invisibilizar las

condiciones sociales que producen sufrimiento. Los malestares sociales se convierten en trastornos individuales, siendo, una importante paradoja de los tiempos modernos.

Sería ideal en futuros análisis abarcar cómo la optimización de la salud, como elemento obligatorio, puede aumentar inequidades en salud y generar nuevas formas de discriminación, pues, se debe trascender la mirada de que la salud y la enfermedad son condiciones de elección y responsabilidad individual, por lo que, esa postura invisibiliza la responsabilidad social del bienestar colectivo.

Referencias Bibliográficas

Ávalos, A. (16 de diciembre 2022). Hospital Psiquiátrico estrena nuevo nombre. *La Nación*.
<https://www.nacion.com/el-pais/salud/hospital-psiquiatrico-estrena-nuevo-nombre/OE5YA27EZBF4HMUV5WQXZCP254/story/>

Barboza, C., Fantin, R., Hildesheim, A., Pfeiffer, R., Porras, C., Butt, J., Waterboer, T., Raventós, H., Abdelnour, A., Aparicio, A., Loria, V., Prevots, D. R., Gail, M. H., Herrero, R., y la Comisión de Estudio RESPIRA (2024). COVID-19 y el impacto a largo plazo en los síntomas y la calidad de vida relacionada con la salud en Costa Rica: el estudio de cohorte RESPIRA. *Enfermedades infecciosas de BMC*, 24(1), 557. <https://doi.org/10.1186/s12879-024-09450-6>

Braunstein, N. (2013). *Clasificar en Psiquiatría*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Brenes, O. (2003.). *Reseña histórica de la psiquiatría en Costa Rica*. En: la especialización de los Servicios de Salud en Costa Rica. San José, C.R.: EDNASSS-CCSS, 365-373.
<https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/oliva.pdf>

Brown, W (2015). *El pueblo sin atributos: La secreta revolución del neoliberalismo*. Barcelona, Malpaso.

Bru, G (2016). Subjetividad, biopolítica y cuerpo: reflexiones acerca de las prácticas de atención en el campo salud mental. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*. (21), 37-51

- Cea, J.C. y Castillo T. (2018). "Locura y neoliberalismo. El lugar de la antipsiquiatría en la salud mental contemporánea". *Política y Sociedad*, 55(2), 559-574. <https://pdfs.semanticscholar.org/812a/6f38b5d3b22dbbf0075ac495d39f5c3cc67a.pdf>
- Cordero, M. (27 de octubre de 2021). La otra epidemia: Costa Rica supera crecimiento mundial de casos por depresión y ansiedad. *Semanario Universidad*. <https://semanariouniversidad.com/pais/la-otra-epidemia-costa-rica-supera-crecimiento-mundial-de-casos-por-depresion-y-ansiedad/>
- Foucault, M. (1987). *Historia de la sexualidad. 1. La voluntad de saber*, 15ª. Edición, México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo. XXI Editores Argentina.
- Foucault, M. (2009). *Nacimiento de la biopolítica. Curso del Collège de France (1978-1979)*, Madrid, Akal.
- Flores, M. (2007). *La construcción cultural de la locura femenina en Costa Rica (1890-1910)*. Costa Rica: Editorial UCR,
- Guevara, A. (2016). El otro como objeto: biopolítica, transpolítica y diagnóstico. *IUSTITIA*, (14), 163-180. <https://doi.org/https://doi.org/10.15332/iust.v0i14.1690>
- Guinsberg E. (2001). *La salud mental en el neoliberalismo*. México: Plaza y Janés.
- Illouz, Eva (2007). *Intimidades congeladas. Las emociones en el capitalismo*. Madrid: Katz
- Márquez, J. (2014). Normalización y biopolítica en la psiquiatría y la salud mental. *Cad. De Pesq. Interdisc. Em Ci-s. Hum-s.* 15 (107), p. 29-48. <https://es.scribd.com/document/406530319/marquez-normalizacion-y-biopolitica-en-la-psiquiatria-y-en-la-salud-mental-35749-121649-1-PB-1-pdf>

- Nava, M. (2018). La salud mental en el enjambre: dispositivo biopolítico. *Reflexiones Marginales*, (44) <https://revista.reflexionesmarginales.com/la-salud-mental-en-el-enjambre-dispositivo-biopolitico/>
- Oosterhuis, H. (2018). Locura, salud mental y ciudadanía: del individualismo posesivo al neoliberalismo. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 38(134), 515-545. <https://www.redalyc.org/journal/2650/265058333002/html/>
- Orellana, L., Orellana, Z., y Pérez, C. H. (2023). La Iglesia Católica de Costa Rica antes del auge pentecostal. *Abra*, 43(67), 1-25. <https://www.revistas.una.ac.cr/index.php/abra/article/view/17882/34087>
- Rivola, F (2001). *Cuando el cuerpo solicita la palabra. La enfermedad y su llamado al Otro*. Argentina: Lohlé-Lumen
- Rodríguez, I. (5 de mayo 2015). 1890: los enfermos con trastornos eran recluidos. *La Nación*. <https://www.nacion.com/ciencia/salud/1890-los-enfermos-con-trastornos-eran-recluidos/6LBEHKIPUVCQPLRX3KZ2SPW2AM/story/>
- Rodríguez, M. (1991). *Reseña Histórica Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres*. <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/rhistoricaahnp.pdf>
- Vásquez, A (2012) Foucault; 'los anormales', una genealogía de lo Monstruoso. Apuntes para una historiografía de la locura. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 34 (2), <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18126057022>
- Vásquez, M.F. (2015). La biopolítica de los sufrimientos psíquicos. *Scientiæ zudia, São Paulo*, 13 (2), 459-69. <https://www.scielo.br/j/ss/a/rgVTvcpP93ssdTkd3sqWcNG/?format=pdf&lang=es>
- Zabaleta, O. (2018): Los problemas y limitaciones del DSM-5” en Cotino, L. y Boix, A.: El buen gobierno y la transparencia, a caballo entre la Ética y el Derecho. https://www.google.com/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=0CAIQw7AJahcKEwiA4fTLj8z_AhUAAAAAHQAAAAAQAg&url=https%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F6543309.pdf&psig=AOvVaw0abSVfK_ADz8ry_YESJTf&ust=1687153717953994&opi=89978449

Zapata, M. (2016). Convertir la zoé en bíos: democracia, representación y animales. *Acta Sociológica*, (71), 101–121. <https://doi.org/10.1016/j.acso.2016.07.001>