



**UNIVERSIDAD DE VALPARAISO
FACULTAD DE HUMANIDADES
INSTITUTO DE FILOSOFIA
PROGRAMA DE POSTGRADO EN FILOSOFIA**

**CRÍTICA AL CONCEPTO DE SALUD MENTAL: LA SALUD
MENTAL COMO PRACTICA GUBERNAMENTAL, DISPOSITIVO
BIOPOLÍTICO Y DE SEGURIDAD.**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO
DE MAGÍSTER EN FILOSOFIA
CON MENCIÓN EN
PENSAMIENTO CONTEMPORANEO**

AUTOR TESIS: MANUEL AHUMADA

PROFESOR GUÍA: DR. ALEJANDRO

MADRID

VALPARAISO, ENERO DE 2019

**CRÍTICA AL CONCEPTO DE SALUD MENTAL: LA SALUD
MENTAL COMO PRACTICA GUBERNAMENTAL, DISPOSITIVO
BIOPOLÍTICO Y DE SEGURIDAD.**

RESUMEN

Nombre autor: Manuel Ahumada González.

Profesor guía: Dr. Alejandro Madrid

Magíster en Filosofía con mención en Pensamiento Contemporáneo

Título de la tesis: Crítica al concepto de salud mental: la salud mental como practica gubernamental, dispositivo biopolítico y de seguridad.

Contacto: m.ahumada55@gmail.com

La presente tesis tiene por objetivo desarrollar una crítica y caracterización del concepto de salud mental, en el cual se realiza una interpretación y caracterización de la salud mental por medio de conceptos provenientes del trabajo teórico de Michel Foucault y sus receptores.

De esta forma, la salud mental queda caracterizada como una practica gubernamental y dispositivo biopolítico/seguridad, cuyo propósito es la regulación y gestión de la población en el ámbito que le compete, donde se observa una intervención directa sobre el cuerpo y el desarrollo de una concepción de sujeto como capital humano, motivo por el cual la salud mental se dirige a potenciar el funcionamiento de dichos capitales en su conjunto, regulando su circulación y velando por la productividad y la utilidad económica.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
El concepto o idea de salud mental	7
El concepto de salud mental: caracterización y surgimiento del concepto.....	7
Salud mental y enfermedad mental.....	15
Crítica a la idea de enfermedad mental.....	26
Biopolítica, gubernamentalidad y salud mental.	37
Biopoder, Biopolítica y Gubernamentalidad.	38
La idea del Dispositivo	48
La Salud Mental como practica gubernamental y dispositivo de seguridad.....	52
Cuerpo y Salud Mental	62
Sujeto y Salud Mental.....	70
Conclusiones	78
Bibliografía.....	80

INTRODUCCIÓN

En el ejercicio de toda profesión relacionada (con la salud mental) creo legítimo realizarse la pregunta concreta respecto de ¿Qué es la salud mental?, aquella idea o concepto de la que tanto se habla, principalmente en nuestro siglo. Muchas cosas se realizan y se dicen en nombre de la salud mental, tan así que nos podría generar la sensación de que sabemos de qué hablamos cuando hablamos de ella, o al menos, cada uno de nosotros, tendría ciertas nociones al respecto, algunas ideas, unas más elaboradas que otras, respecto de lo que la salud mental podría ser. Creo que en realidad bien poco sabemos o entendemos acerca de la salud mental, concepto o idea que surge como algo relevante a mediados del siglo XX, cuyo objeto de intervención, y estudio, es el hombre, la mujer y la población. La salud mental se encuentra ligada a las denominadas ciencias humanas, que representan esa preocupación del hombre por el hombre como objeto de conocimiento y de gobierno, cuyas bases están sentadas hacia fines del siglo XVIII en la episteme moderna (Foucault, 2010, pág. 397).

Ahí donde se habla de salud mental, se toma distancia respecto las prácticas médicas que antiguamente tomaban a su cargo la cura, el encierro, el diagnóstico y el estudio de las enfermedades mentales, a priori histórico de la locura (Vazques, 1994, pág. 19), tal y como la comprendemos hoy.

Si uno pretende perseguir una definición única de salud mental, rápidamente podrá ver que su empresa no tiene sentido, ya que en sí la salud mental es una idea, concepto y práctica sumamente plural, múltiple y en movimiento. Se alimenta de tantas fuentes de saber o racionalidades posibles, que sus filiaciones son un abanico diverso de procedimientos, saberes, prácticas terapéuticas, vigilancias, etc. Por lo que hemos de asumir, a la manera de Foucault, una renuncia a la búsqueda de universales, de conceptos trascendentales desde los cuales comprender la totalidad acerca de aquello por lo cual nos hacemos la pregunta. Así sucede con la idea de la mente, que no parece tener mucha relevancia, no habiendo mucha diferencia si creemos en la teoría de la mente, en el sujeto del inconsciente, en el individuo comprendido como parte de un sistema complejo e interpretado desde la teoría cibernética, o si creemos que la mente es una producción de la actividad cerebral o si es una producción de la vida en sociedad, etc. La salud mental es una

gran juguera que tritura, filtra, licua y mezcla todas las fuentes de saber/practica de las cuales se alimenta.

Para ser más concreto, en la presente tesis pretendo realizar una crítica al concepto y/o idea de salud mental, además de probar o a lo menos mostrar, las siguientes hipótesis: (a) La salud mental no es algo que pueda ser entendido como concepto o idea que aspire a cierta universalidad y/o trascendencia, es el resultado de una lucha (entrecruzamiento) de múltiples racionalidades en un momento histórico y que es nuestro presente, no obstante, presenta una directa relación con la idea de enfermedad mental. (b) La salud mental puede ser comprendida como practica gubernamental de regulación de la población. (c) La salud mental puede también ser caracterizada como dispositivo biopolítico y/o de seguridad, ya que utiliza como fuente privilegiada de saber a la economía política, es heredera de los modelos de medicina social y promueve una regulación de la población y la buena circulación de la misma. (d) La salud mental se caracteriza por una intervención aún privilegiada del cuerpo, y sobre el cual se aplica la función sujeto, siendo protagonista la sujeción del cuerpo bajo la forma del sujeto económico concebido como capital humano.

Para llegar a esto debemos recorrer un camino y dicho camino se ve atravesado por una serie importante de herramientas conceptuales para el análisis, extraídas en su mayoría, de la obra del filósofo francés Michel Foucault. Al respecto, las investigaciones de Foucault han sido localizadas en la época que Habermas ha llamado pensamiento postmetafísico (Vazques, 1994, pág. 12), también se le suele inscribir en una tradición que identifica la labor filosófica como crítica de la razón y diagnóstico del presente (Vazques, 1994, pág. 16). Estas caracterizaciones ya nos dan una serie importante de pistas.

En una conferencia de mayo de 1978 Foucault (¿Qué es la crítica?, 1995) señala que a partir del siglo XV, aparece de manera simultánea la actitud crítica y la diversificación y extensión de las artes de gobierno (Vazques, 1994, pág. 13), surgiendo así la necesidad de gobernar cada vez más amplios y variados sujetos, poblaciones, territorios, etc., tales como gobernar a los niños, a los pobres, a los mendigos, el hogar, las ciudades, el propio cuerpo y el espíritu (Vazques, 1994, pág. 13). Simultáneamente, en respuesta o paralela a estas artes de gobernar, habría surgido la actitud crítica como elemento característico de la era moderna (Vazques, 1994, pág. 13), caracterizado por la búsqueda de un camino inverso, es decir, la búsqueda de no ser gobernado, por lo que la critica se constituiría como el arte de

no ser gobernado, que pretende “desconfiar, recusar, limitar, encontrar la medida justa, buscar el punto de escape, desplazar las formas de ser gobernado” (Vazques, 1994, pág. 13). Por tanto esta actitud crítica en el hacer filosofía, consistiría hoy en necesariamente preguntarse por la actualidad, “¿qué es esta racionalidad que inviste hoy, no sólo a la ciencia, sino también a las relaciones sociales, estatales, la economía y hasta el comportamiento individual? Dicho de otro modo, la tarea crítica de la filosofía se identifica hoy con un diagnóstico del presente” (Vazques, 1994, pág. 16), esta se considera también una de las filiaciones de Foucault con Nietzsche, quien asume también la tarea del diagnóstico de una sociedad y un hombre enfermo (Jara, 2018). La interrogación kantiana sobre el presente, habría abierto, según Foucault, dos grandes tradiciones críticas que delimitarían el pensamiento contemporáneo (Vazques, 1994, pág. 18). La primera se relaciona con la tradición que iría desde la Crítica de la Razón Pura de Kant, hasta La Estructura de las Revoluciones Científicas de Kuhn, concebida como analítica de la verdad, es decir, las posibilidades del conocimiento verdadero, del saber científico (Vazques, 1994, pág. 18). La segunda tradición crítica se pregunta por los rasgos propios de las sociedades contemporáneas “¿qué tipo de racionalidad caracteriza a la organización política, económica y cultural de sociedades como las nuestras? ¿Cómo ha sido posible esta racionalidad?” (Vazques, 1994, pág. 18).

Este hacer de la crítica la labor de la filosofía, un diagnóstico de la actualidad, de lo que ahora nos pasa, de lo que nos importa, en nuestro caso, de nuestra preocupación por la salud mental de la población mundial, se traduciría en preguntas tales como: ¿cómo ha sido posible?, ¿qué racionalidad opera ahí?, ¿qué verdades lo sustenta?, etc. No se trataría de mostrar la falsedad de las evidencias, de las contradicciones lógicas o su falta de correspondencia con la realidad (Vazques, 1994, pág. 19), no se identifica con la falsación, sino que “pone al descubierto las condiciones que hacen aceptables las creencias y valores sobre los que nos movemos. Estos dejan de parecer incondicionados, obvios, al hacerse manifiestos los límites restrictivos y contingentes dentro de los cuales pueden funcionar” (Vazques, 1994, pág. 19). Consideremos este punto como clave, ya que es justamente esta labor crítica y diagnóstico del presente, nuestra preocupación actual en torno a la salud mental, de la cual se pretende señalar sus límites, racionalidades, y las condiciones que hacen que se instaure como necesidad y exigencia política. Esta mirada y ejercicio del

pensar, nos permite trabajar sobre conceptos, límites y condiciones no trascendentales, donde no hay estructuras universales que la razón no pueda sobrepasar, que puedan luego volverse dogmatismos, es decir, que los límites y las condiciones de posibilidad de nuestras creencias, normas y valores, son siempre singulares, contingentes, nunca trascendentales y universales (Vazques, 1994, pág. 19). Esta crítica de Foucault implica una historización radical;

(...) lo que el propio Foucault denomina eventualización. Esta operación permite exponer como acontecimiento, resultado imprevisto de una miríada de procesos encontrados, lo que corrientemente se percibe como estructura universal, creencia inscrita en el corazón humano o producto de una necesidad racional (Vazques, 1994, pág. 21).

En relación con la anterior, entonces, tal y como se verá en el capítulo uno, en su primer apartado, no contamos con un concepto universal ni trascendental de salud mental, menos aún con uno de salud y uno de mente o mental. Tal y como veremos en el capítulo uno, estos tres conceptos se caracterizan por su uso genérico y la convivencia de una cantidad importante de variaciones semánticas. Además se verá como la salud mental mantiene una filiación más cercana con la idea de enfermedad mental (trastorno y/o funcionamiento anormal del comportamiento, los procesos mentales y el pensamiento), donde encuentra base para una importante parte de sus bases e ideas. La salud mental surge aproximadamente a mediados del siglo XX, alcanzado un mayor grado de formalización, institucionalización e incorporación a las técnicas del gobierno, durante lo que resta del siglo XX y durante nuestro presente, en el siglo XXI.

Tratando de continuar bajo una cierta óptica y orientación foucaultiana, no se expone acá nada que tenga relación con una razón universal o un saber único en torno a la salud mental, por el contrario, esta surge en la historia de forma tal que “nos las tenemos que haber con formas múltiples de racionalidad que se constituyen desplazando, sustituyendo a otras formas de racionalidad en el curso de conflictos, encuentros fortuitos, efectos no deseados y apropiaciones violentas que poco tienen que ver con el finalismo” (Vazques, 1994, pág. 20). Lo que nos muestra el curso de este proceso de lucha de diferentes racionalidades es la discontinuidad, la legitimación temporal de determinada verdad que

domina la cultura, su reemplazo u olvido por otra verdad, etc. Por el momento, veremos cuál es la o las racionalidades que dominan y conviven al interior de la salud mental, la cual presenta una cercana filiación con las denominadas ciencias humanas.

¿Podríamos considerar a la salud mental como una ciencia humana? Creo que no, o al menos no he llegado a ese punto de reflexión, sin embargo, la salud mental se nutre y alimenta de una amplia serie de ciencias humanas. Como tal, la salud mental y las ciencias humanas estarían excluidas y a la vez incluidas en ninguna y en todas las dimensiones de la espíteme moderna, ya que incluye un poco de todas en sí. Las ciencias humanas realizan los esfuerzos por llevar las herramientas de las ciencias exactas al plano de lo humano, a la medición del comportamiento, a la sistematización y caracterización de la opinión pública, etc., pero mantienen a la vez una relación muy estrecha con la filosofía y la biología (Foucault, 2010, pág. 360). Tal como veremos más adelante, el concepto e idea de libertad es fundamental para establecer criterios de normalidad y/o diagnosticar una enfermedad mental, así como también la concepción del hombre como sujeto dotado de razón, de intelecto. A su vez la comprensión de las enfermedades mentales como funcionamiento anormal del cerebro es fundamento para una serie de tratamientos paliativos y de cura mediante el uso fármacos específicos.

En el desarrollo del segundo apartado, del capítulo uno, se abordara la relación entre enfermedad mental y salud mental, principalmente la relación de dependencia y superación de la segunda respecto de la primera. La salud mental requiera a la base una concepción de enfermedad mental que implique la posibilidad de diagnosticar, clasificar, tratar y ordenar a los individuos y a la población. Pero la enfermedad mental como tal no surge de una evolución natural del saber que muestra que la verdadera naturaleza y ser de la locura, es el ser una enfermedad, sino por el contrario, surge en el entrecruzamiento de diversas racionalidades, en el residuo o los efectos de políticas de exclusión impulsadas por los gobiernos, del establecimiento de la mirada medica sobre los procesos sociales, el desarrollo de otras formas de saber y de las ciencias humanas, etc.

Finalmente, en el tercer apartado del capítulo uno, se abordarán algunas de las posturas críticas en torno a la idea de la enfermedad mental, donde se observará la existencia de vínculos entre la idea de enfermedad mental, la organización política-ideológica, los sistemas de producción, la falta de consistencia y de pruebas científicas

respecto de su existencia como tal que generan debate en la actualidad. Es fundamental para la línea argumentativa de esta tesis la relación establecida anteriormente, es decir entre salud mental y enfermedad mental, y entre enfermedad mental y política, la que se aborda en parte de este capítulo, principalmente en la revisión de las tesis del médico psiquiatra Thomas S. Szasz.

En lo que respecta al capítulo dos, que lleva por título Biopolítica, Gubernamentalidad y Salud Mental. Se abordarán en las dos primeras partes, el desarrollo teórico de los conceptos Biopolítica, Biopoder y Gubernamentalidad. Además, de manera complementaria se abordará el concepto de Dispositivo. El objetivo será utilizar estas herramientas teóricas para el análisis crítico posterior, donde se establecerá la relación entre los conceptos anteriores y la salud mental, caracterizando y leyendo a la salud mental como práctica gubernamental y dispositivo de seguridad/biopolítico.

Finalmente, se establecerá la relación entre salud mental-cuerpo y salud mental-sujeto, en vistas de mostrar la estrecha relación entre las prácticas en nombre de la salud mental y la intervención directa sobre el cuerpo (como buen dispositivo biopolítico), y la sujeción de dicho cuerpo bajo las formas que dibujan los distintos saberes/disciplinas que componen la salud mental, siendo el saber privilegiado de sujeción, la economía política y la teoría del capital humano.

EL CONCEPTO O IDEA DE SALUD MENTAL

EL CONCEPTO DE SALUD MENTAL: CARACTERIZACIÓN Y SURGIMIENTO DEL CONCEPTO.

Para lograr que caracterizar e indicar el surgimiento de la salud mental, hay que aceptar sumergirse en múltiples problemas de orden semántico y pragmático, es decir, que el significado y el sentido del concepto o idea de salud mental, implica una extensa variedad de prácticas y saberes asociados al mismo, vinculado de manera indisociable a procesos sociales, políticos, económicos y científicos.

La salud mental es un concepto o término genérico que implica saberes de distinto orden y origen, relacionado a concepciones biomédicas, comportamentales y socioeconómicas (Restrepo & Jaramillo, 2012, pág. 203). Siendo primordial que no olvidemos entonces, que como concepto o término genérico que es, se utiliza para nombrar variedad prácticas y saberes que involucran a distintos actores, cuyas redes se extienden a la vida cotidiana de todos quienes damos cuerpo a la vida en sociedad.

El concepto de salud mental se compone de dos palabras que otorgan a este su primer sentido, es decir, salud y mental. Ambos conceptos ya presentan por separado las mismas dificultades de definición que encontramos en el de salud mental, por lo que no es de extrañar que este último sea igualmente complejo de definir.

La salud es un hecho social tanto material como inmaterial. Por lo tanto, se trata de un fenómeno multidimensional y multicausal que trasciende y desborda la competencia estrictamente médica, relacionándose además de la biología y la psicología, con la economía y la política, en tanto que es un asunto individual y colectivo al unísono. (Alcantara, 2008, pág. 105)

Para fortuna o infortunio nuestro, la salud mental se concibe dentro de las concepciones de salud general en nuestros días, por lo que involucra de por sí las mismas dificultades, extensiones, complejidades y simplificaciones que se observan en la definición

misma de salud. Tal y como señala la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el preámbulo de su constitución: “La salud es un estado de completo bienestar físico, *mental* y *social*, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (1948/2006), siendo uno de los propósitos de la OMS, como ente internacional representante de las preocupaciones y prácticas en torno a la salud de la población mundial, “difundir su definición de salud para crear una delimitación homogénea de alcance global” (Alcantara, 2008, pág. 96). Las definiciones de salud de la OMS no carecen de orientación práctica y promoción de la investigación, por lo que han desarrollado y actualizado la CIE (Clasificación internacional de enfermedades), que actualmente cuenta con su décima versión (respecto de los trastornos mentales), esperando el lanzamiento de la decimo primera.

Las definiciones de salud y salud mental de la OMS han sido criticadas por motivo de dar por hecho un consenso o acuerdo mundial respecto de los conceptos de salud y bienestar, tratándose esta de una definición ahistórica y apolítica (Alcantara, 2008, pág. 97), pero solo en apariencia, ya que cargan con un valor ideológico en torno a los intereses contemporáneos respecto del comportamiento y funcionamiento social, político y económico. Logrando de esta manera evadir la pregunta respecto de quien o quienes deciden lo que se entenderá por salud y bienestar, privilegiando una visión que se refugia en la ciencia (vinculada con la medicina) y su supuesta neutralidad político-ideológica. De esta manera es innegable que la idea de salud y bienestar se relacionaran con la noción de normalidad, noción de por sí polémica, en tanto que introduce una idea definida por el promedio estadístico, la estandarización y lo que una cultura o ideología dominante determina como lo normal. Esta crítica resulta ya a veces caricatura o formula de aplicación rápida, pero no carece de validez, considerando que efectivamente, aún nuestra idea de salud está asociada a lo normal y lo patológico, a aquello que esta fuera de esas normas, estándares, promedios e ideales, o al menos en los límites de los mismos. Esto aplica de manera muy peculiar en lo que a salud mental respecta.

Hay quienes señalan que la definición de la OMS buscaba superar el apego y vínculo que mantenía la concepción de salud a una dimensión puramente biomédica centrada en la enfermedad (Alcantara, 2008, pág. 100), dando paso a una concepción global y múltiple, donde la salud implica algo más que la detección y tratamiento de las enfermedades. Sin embargo, aunque los esfuerzos sean dirigidos no solo al tratamiento,

sino a la prevención mediante el establecimiento de modos y estilos de vida saludables, la superación de relación dialéctica salud-enfermedad está lejos de ser superada. Toda acción dirigida a mejorar las condiciones sociales de vida, pensando en promover el bienestar y la salud de los individuos, encuentra en el horizonte su contrario, la enfermedad, lo patológico. Criterio idéntico se utiliza en las definiciones de salud mental por parte de la OMS, donde esta es concebida como algo más que la mera ausencia de enfermedad y/o trastornos mentales (OMS , 2004, pág. 7), siendo la enfermedad mental uno de los fundamentos mismos de la salud mental.

El origen o raíces del concepto de salud mental, dada su naturaleza polisémica e imprecisa (Bertolote, 2008, pág. 113), genera confusión o simple homologación del concepto mismo a diversas prácticas. No obstante, el concepto de salud mental tiene raíces que se encuentran en la historia misma del desarrollo de la salud pública, la psiquiatría y otras ramas del conocimiento, que se han ido sumando al debate respecto de la salud mental. En lengua inglesa se encuentran referencias a la salud mental (como estado de salud de la mente), antes de entrada el siglo XX, pero no es hasta el año 1946 en que aparece el concepto salud mental asociado a técnicas de salud y/o disciplina (Bertolote, 2008, pág. 113), cuando se decide establecer la OMS y se crea la Mental Health Association en Londres. En 1948 se crea la OMS y se celebra en Londres el primer Congreso Internacional de Salud Mental, lo que posibilita dos años después, en 1950, la definición de los términos salud mental e higiene mental. Ambos conceptos se relacionan íntimamente, al punto de haber sido utilizados como sinónimos, e incluso, en el último tiempo, habiendo sido incorporado el concepto de higiene mental en el de salud mental (Bertolote, 2008, pág. 113). En este sentido, el concepto y movimiento en torno a la higiene mental, puede ser entendido como el antepasado de la salud mental. Este movimiento creado y dirigido por psiquiatras, en su mayoría de orientación psicoanalítica (Bertolote, 2008, pág. 113), tuvo su auge aproximado entre los años 1908 y 1930, con el objetivo de promover prácticas humanitarias en el tratamiento de los enfermos mentales y acciones comunitarias dirigidas, por sobre todo, a la prevención más que a la curación de las enfermedades. La higiene mental implica todas aquellas actividades y técnicas que fomenten y mantengan una buena salud mental (Bertolote, 2008, pág. 113), mientras que la salud mental sería una condición multifactorial y fluctuante, donde se espera que una buena

salud mental permita a los individuos desarrollarse de manera satisfactoria y participar de los cambios y procesos sociales de manera armoniosa. El concepto de higiene mental fue acuñado por la OMS, quienes siempre han mantenido una sección administrativa dedicada especialmente a la salud mental, encontrándose de esta manera en las publicaciones de la OMS, en diferentes traducciones, los conceptos de higiene mental y salud mental, utilizados la mayor de las veces como sinónimos, haciendo hincapié en que dicha definición tendría un carácter holístico, donde se busca superar los dualismos mente-cuerpo, en tanto que enfrentamiento de los mismos como contrarios. También destaca que el concepto de lo mental en dicha definición, se referiría más a un estado que a un dominio o disciplina específico (Bertolote, 2008, pág. 114), en este caso, un estado de bienestar subjetivo y social.

Distintas concepciones de la mente confluyen en la idea o concepto de salud mental, estas conviven sin mayores problemas, además de cumplir una función más genérica que específica, toda vez que salud mental puede utilizarse para definir ciertas prácticas en cuyos fundamentos teóricos lo mental no tenga relevancia o se le considere una forma de nombrar procesos más complejos o de otra índole. Si bien la salud mental no es una disciplina, con cada vez mayor frecuencia se utiliza el término para definir prácticas en salud pública, por lo que no es extraño encontrar divisiones administrativas con el nombre de salud mental, compuesto por equipos multidisciplinarios tales como psiquiatras, enfermeras/os, psicólogos y trabajadores sociales, donde se intenta llevar a cabo una intervención bajo un modelo que incorpore el aspecto social de la salud y no solo el biomédico.

Todo este preámbulo nos lleva a retomar la definición de salud mental, el cual sería una idea o concepto genérico, utilizado para nombrar una amplia variedad de prácticas y saberes, muchas de las veces disperso, sobre los trastornos mentales, los problemas psicosociales y el bienestar (Restrepo & Jaramillo, 2012, pág. 203).

Estos discursos y prácticas obedecen a las racionalidades propias de los diferentes enfoques de salud y enfermedad de la salud pública, la psicología, la antropología, la psiquiatría, entre otras y, por tanto, las concepciones de salud mental dependen de estos enfoques y de las ideologías que les subyacen. (Restrepo & Jaramillo, 2012, pág. 203)

El problema de la polivalencia y la multiplicidad de significados continua, siendo cada vez más evidente la dificultad que presenta el concepto o idea de salud mental para su definición, entendiendo que todas las prácticas que se aglutinan en nombre de la salud mental, muchas de las veces parecen no tener total claridad respecto de sus objetivos. Si bien el trabajo de la OMS y otras agrupaciones de especialistas respecto construir y alcanzar propósitos y objetivos universales, además de visiones comunes, se considera un avance positivo, a la vez implica un riesgo, el riesgo de la simplificación conceptual que esconde un mundo de posibilidades teóricas y prácticas. La salud mental aún atraviesa el duro camino de evaluar, deslegitimar y legitimar prácticas en nombre de la misma, que implican a veces, tratamientos inhumanos sobre personas o vulneración a los derechos humanos de las mismas. También conserva en su seno y núcleo de elaboración teórica, la aparente superación de la dialéctica salud-enfermedad, olvidando a veces que a condición de poder plantear una concepción de salud mental, requieren mantener siempre vivo a su contrario, al que le da sentido de existencia; la enfermedad mental. No obstante el concepto de salud y salud mental utilizado en la actualidad, implica en mayor o menor medida, asumir la relación íntima que existe entre la idea de salud en sus múltiples dimensiones, reconociendo su vínculo con la política, la economía y otras dimensiones de la vida individual y social.

La salud mental requiere de una definición, no necesariamente directa, de las distintas posibles significaciones de lo mental en salud y su posible estado patológico. Dependiendo de lo que pudiese entenderse por lo mental como estados o producto de materialidades o condiciones de vida, existirían tres posibles definiciones de salud mental de acuerdo a las disciplinas y construcciones teóricas que les subyacen, así como también prácticas acorde a cada una (Restrepo & Jaramillo, 2012).

En primer lugar encontramos una concepción biomédica de la salud mental, donde lo mental se considera un producto de la actividad cerebral (Restrepo & Jaramillo, 2012, pág. 203). Este enfoque es heredero de la tradición biologicista y empirista, donde se considera la existencia de factores internos y externos que afectan al organismo y fisiología de las personas. El comportamiento, la personalidad, las emociones, los pensamientos y el intelecto, están determinados por causas físicas, es decir que la actividad mental es producto del funcionamiento del cerebro humano. Aquí el estado de salud implica la

ausencia de enfermedad y la misma, en caso de estar presente, debe ser tratada en consecuencia, con los instrumentos y tratamientos que dispone la medicina, con la finalidad de recomponer un estado fisiológico alterado. Entre las prácticas más comunes de tratamientos (históricos), es posible mencionar el electroshock, la lobotomía y la medicación por medio de fármacos.

Luego encontramos una concepción comportamental de la salud mental, que involucra el tratamiento y evaluación de la conducta y el pensamiento. Lo *mental* se asocia a conducta y pensamiento, no implicando necesariamente una teoría de la mente, incluye la posibilidad de una teoría que niega la existencia de la misma. La salud de los individuos y la sociedad, se relaciona con un juicio de los hábitos, formas de pensar y relacionarse, lo que podría denominarse estilos de vida.

La salud comportamental se entiende en términos de hábitos y conductas adaptativos, resultante de procesos de aprendizaje, que le permiten al sujeto encajar dentro de los patrones de comportamiento esperados en un contexto determinado. En consecuencia, los trastornos mentales se entienden como alteraciones o desajustes del hábito, es decir, respuestas ‘maladaptativas’, indeseables o inaceptables. Por lo tanto, si los trastornos mentales no son más que comportamientos indeseables aprendidos, curar trastornos mentales no significa borrar una enfermedad, sino reacondicionar al sujeto hacia comportamientos más aceptables (Restrepo & Jaramillo, 2012, pág. 205)

En concordancia con lo anterior, también se suma el hecho de que el juicio y la readaptación de la conducta anormal, se relaciona generalmente a “formas distorsionadas o irracionales de pensamiento (Restrepo & Jaramillo, 2012, pág. 205), que llevarían a los sujetos a desarrollar desajustes o trastornos en su comportamiento. A diferencia del enfoque biomédico, donde la salud está relacionada con la ausencia de enfermedad mental o trastorno, el enfoque comportamental entiende la normalidad y la anormalidad, de acuerdo a la adaptación del comportamiento individual a modelos de conducta y pensamiento que se asumen como universales o al menos normales, de acuerdo a cada estándar social. De esta manera la salud mental implica procesos de intervención basados en la educación, la instrucción, el desarrollo de habilidades conductuales y relacionales, entre otros (Restrepo & Jaramillo, 2012, pág. 205). En conclusión, la salud mental, se entiende como un juicio y

evaluación de la conducta y el pensamiento de los individuos, por medio de una comparación con normas sociales establecidas. Al igual que en la concepción biomédica, la norma estadística juega un papel importante, pero también involucra una relación directa con los ideales sociales establecidos por las ideologías dominantes y los grupos de poder.

Finalmente aparece la concepción social de la salud mental, o también concebida como concepción socioeconómica de la salud mental (Restrepo & Jaramillo, 2012, pág. 206). Acá lo mental se relaciona directamente con lo social, es decir que todos los procesos y funciones atribuibles al fenómeno de lo mental, encuentran explicación en teorías donde predomina lo social. Lo mental es un efecto de las relaciones sociales, y la salud mental se ve interpretada y juzgada en relación a como los modos de producción de la vida material y social afectan al bienestar de las personas. Este enfoque, a diferencia del comportamental, que pone énfasis en los estilos de vida (hábitos y comportamientos) que son considerados saludables (normales) o que favorecen a la salud y el bienestar, y viceversa, dirige la mirada hacia los *modos de vida*, es decir, el cómo y las condiciones en que se desarrolla la vida material y las relaciones sociales. Todo lo anterior bajo la premisa de que existirían modos de vida que favorecerían la salud individual y social más que otros. Engloba los modos de producción, las leyes y el derecho, los recursos, la pobreza, la riqueza, el acceso a salud, educación, etc (Restrepo & Jaramillo, 2012, pág. 206). Acá se dan también a lugar posturas críticas a los modelos de normalización del enfoque comportamental y biomédico, a la medicalización de la sociedad y a la relación de la psiquiatría y la psicología con intereses políticos y económicos de las clases dominantes. No obstante, se propone a continuación una subdivisión de lo que se denomina enfoque socioeconómico o social:

- 1) Enfoque crítico: los modos de vida y producción son considerados causa del desarrollo de trastornos en la salud de las personas, principalmente mentales, así como también se critica la idea misma de enfermedad mental, considerándola como un invención de las clases dominantes de la sociedad¹, cuyo objetivo es trazar criterios de normalidad abusivos e impositivos, además de curar la enfermedad por medio de prácticas que se ajustan a dichos

¹ N. del A. Entiéndase no solo por clases dominantes, sino también por disciplinas que producen saber y practicas de poder como la psiquiatría y la psicología.

criterios. Podríamos situar a varias de las formas de pensamiento de la anti-psiquiatría en este enfoque, tales como los desarrollados por David Cooper, Franco Basaglia y Thomas S. Szasz.

- 2) Enfoque no crítico: valida los modos de vida y producción socioeconómica dominantes. Considera la enfermedad mental como un desajuste en la vida productiva y social de los sujetos, considerando la enfermedad mental como un problema a resolver y que equivale a un gasto de recursos monetarios y humanos que se busca evitar o disminuir.

La tendencia actual es a unificar, no necesariamente de manera uniforme, sino por medio de prácticas interdisciplinarias o multidisciplinarias, las posibles concepciones de salud mental. Suele reconocerse que los problemas de salud mental, en el caso de las personas que padecen algún trastorno o enfermedad mental, no tienen una causa o tratamiento único, sino que serían efecto de un conjunto más o menos indeterminado de factores, por lo que se promueve la intervención de distintas disciplinas y saberes para la elaboración de diagnósticos y tratamientos. Por otra parte, cuando en nombre de la salud mental, se hace referencia a la preocupación por la condición de la misma, independiente si se ha declarado o no una enfermedad, se incorpora la misma actitud de comprensión y tratamiento preventivo interdisciplinario, que involucra incluso a la economía y al derecho. No obstante, la salud mental aún no ha podido desembarazarse de su herencia directa, la psiquiatría, en tanto que, a pesar de no centrarse en la enfermedad como eje de acción, la mantiene como amenaza latente, esperando tomar lugar toda vez que no se han tomado las medidas necesarias para prevenirla o para interrumpir su emergencia. Es evidente que la noción de enfermedad mental mantiene su peso, encontrándose a un extremo de lo posible en la vida de cada sujeto o sociedad. Cuando los síntomas indicadores de enfermedad no cumplen con los criterios de los manuales diagnósticos (DSM o CIE-10), se le suele denominar de otra forma o a veces reviste un problema de carácter psicosocial, que suele estar ligado a criterios jurídicos o normativos, donde se realiza el relevo jerárquico de acuerdo a la perspectiva de interpretación y posible solución del problema. Aún no se reconoce en la salud mental a una disciplina (Bertolote, 2008, pág. 113), y el nombre

mismo parece ser un intento por englobar aquella preocupación por el área de la salud donde confluyen una amplia cantidad de saberes y también de interrogantes.

En resumen, la salud mental surge como saber, practica de salud y gobierno, y problemática social, a mediados del siglo XX, siendo su principal portavoz y formalizador, la Organización Mundial de la Salud, manteniéndose como tal (la salud mental) durante el desarrollo del presente siglo. Es decir, que como problema social y de salud, como racionalidad y practica de gobierno, no existe como tal o como lo hemos caracterizado, antes de los siglos señalados. Desde ahora todos los problemas asociados a la locura humana, a los inadaptados, a los suicidas, etc., no serán interpretados o comprendidos bajo el a priori histórico de la enfermedad mental, sino que han de ser ahora incorporados; locura y enfermedad mental, a la idea de salud mental. A su vez, podemos comprender en términos amplios (imposible que sea estrecho), que la salud mental sería la ausencia o la presencia de una enfermedad mental, el juicio al comportamiento y pensamiento adaptado, adecuado, desadaptado e inadecuado de los sujetos, además del estudio e intervención sobre las condiciones y modos de vida óptimos para garantizar el bienestar de los sujetos, y prevenir la aparición de enfermedades mentales, todo esto de acuerdo a las multiples racionalidades y concepciones que conviven en torno a lo que se considera su ocupación. Esta es quizás lo más cercano a una cierta definición, la cual continua y continuará promoviendo, un amplio campo posibles de interpretaciones respecto de la salud, la mente, el bienestar, la enfermedad, etc.

SALUD MENTAL Y ENFERMEDAD MENTAL

La idea o concepto de salud mental ha estado ligada desde sus orígenes a la locura, su evolución, concepciones e historia. Obviamente, también a la medicina y a su especialidad; la psiquiatría. Además de su amigo cercano, la psicología. Como bien se indicó anteriormente, la salud mental, pese a ser propuesta como una concepción que supere una visión de salud vinculada de manera directa con las enfermedades, sino también con una misión preventiva, mantiene un vínculo estrecho e histórico con la misma, así como también una evolución cada vez mayor, donde el foco ya no es solamente una

clasificación de las enfermedades mentales y sus posibles tratamientos, sino también acerca de las condiciones que promueven el surgimiento de las mismas, lo que posibilita la prevención. Esto es lo que algunos autores llaman el *modelo medico*, el cual consiste en detectar las causas de una enfermedad para poder curarlas, así como también indicar tratamientos paliativos y preventivos, los cuales de alguna forma nos podrían llevar a algún día a conocer las causas de la enfermedad.

Es necesario entonces trazar una breve línea histórica de la locura, que pasa a ser llamada enfermedad mental, siendo este su a priori histórico (Vazques, 1994, pág. 19), y que se vuelve definible por el poder y la autoridad científica que representan los discursos de la medicina, disciplina que forma parte del gobierno en un proceso de medicalización indefinida de la sociedad (Fuster, 2013). La idea de enfermedad mental está ligada estrechamente con la disciplina psiquiátrica, especialidad de la medicina que estudia, clasifica y cura las enfermedades que afectan el funcionamiento de la mente (todo lo que implica el concepto en su amplia posibilidad de significación).

Antes de que se le asignase una explicación y definición como enfermedad, la locura era concebida en relación a orígenes y causas divinas/demoniacas (Salaverry, 2012), cumpliendo a veces un rol ritual en las sociedades que hacían de los locos objetos de cuidado, exclusión, expulsión, espectáculo público o tortura. Las naves de locos (Foucault, Historia de la locura; tomo I, 1976, pág. 22), imagen simbólica inspirada en prácticas reales de expulsión de los locos, quienes eran enviados a viajes y migraciones lejos de sus ciudades de origen, eran parte de los hechos históricos por medio de los cuales ha sido posible observar la relación de la humanidad con la locura, siempre cargada de mitos, fantasías, misticismo, exclusión y más preguntas que respuestas. Como menciona Foucault, el agua y la locura han tenido una estrecha relación en el imaginario de la humanidad durante mucho tiempo, el mar y su inquietante movimiento, su falta de suelo al cual asirse, el arrojo a la incertidumbre, la interpretación y confianza en los astros, es decir, una relación con algo aún más desconocido que Dios y la seguridad de sus leyes terrenales (Foucault, Historia de la locura; tomo I, 1976, pág. 27). A la locura se le vincula con lo extraño, excéntrico, fuera de norma, incierto en su reacción, la reacción poco común del loco, la desconfianza del paranoico, el delirante sufrimiento del melancólico, la exaltación

enérgica de un estado maníaco, el desánimo y displacer del abúlico, la irritabilidad y el insomnio del depresivo, los rituales del obsesivo compulsivo, la maldad del psicópata.

Pero, es la locura también un término genérico. La dimensión de la locura que ha sido identificada como enfermedad mental o trastorno, es aquello de lo que se hizo cargo la medicina, separando así la locura, presente en algunos hombres y mujeres, que puede a veces rozar la genialidad, siendo estos tremendamente creativos y productivos, una de las posibilidades mismas de la razón (Foucault, Historia de la locura; tomo I, 1976, pág. 62), de la enfermedad mental, que en tanto enfermedad, genera desmanes, gasto monetario y disminución del bienestar de cada individuo y su sociedad, encontrándose en ella algo similar a la muerte (Foucault, Historia de la locura; tomo I, 1976, pág. 31), pero en vida. Se vuelve necesario tratarla antes que su desarrollo sea imposible de detener y/o revertir. La locura pasa de ser profecía del mal y castigo divino, a una amenaza o virtud interior de cada sujeto, una posibilidad humana entre muchas, abandonando así de a poco en la cultura, el terreno de lo sobrenatural, para acercarse cada vez más al territorio de lo moral (Foucault, Historia de la locura; tomo I, 1976, pág. 47). También la locura se ha comprendido, a partir de comienzos del siglo XIX, como una insurrección de la fuerza, es decir, el desencadenamiento de ciertas fuerzas no dominadas y posiblemente indomables, tales como la pura fuerza descontrolada, los que se denominan “furiosos”, los instintos y pasiones desatados, a los que se les denomina maníacos sin delirios. También a fuerzas indomables que generan pensamientos, a veces incoherentes, denominados manía y finalmente aquellas fuerzas desatadas en ideas específicas, generalmente vinculadas con una tristeza al borde del delirio, denominados como melancólicos (Foucault, El poder psiquiátrico, 2007, pág. 23).

El gran cambio, si bien es difícil situarlo con exactitud, se genera tal como lo habíamos mencionado, en el momento en que la locura comienza a ser considerada una enfermedad y por tanto transformada en objeto de investigación y práctica clínica por los médicos. No obstante antes de esto, con la desaparición de los leprosarios, la máquina administrativa del poder en occidente (Europa siglo XVII) hace aparecer una nueva práctica política de higiene y control, caracterizada por la creación de centros de internación que

comenzaron a operar en los antiguos hospitales y casas que un día usaron los leprosos (Foucault, Historia de la locura; tomo I, 1976).

“En esas instituciones vienen a mezclarse así, a menudo no sin conflictos, los antiguos privilegios de la iglesia en la asistencia a los pobres y en los ritos de hospitalidad, y el afán burgués de poner orden en el mundo de la miseria: el deseo de ayudar y la necesidad de reprimir; el deber de caridad y el deseo de castigar (Foucault, Historia de la locura; tomo I, 1976, pág. 86).

Así observa Foucault como los leprosarios vacíos por la falta de enfermos, vuelven a estar atestados de internos en el siglo XVII (Foucault, Historia de la locura; tomo I, 1976, pág. 86), viéndose estos llenos de vagos, pobres y alienados (locos), en un sistema de encierro que buscaba dar protección a la vez que disciplinar y volver productivos a los que no lo eran, creando fuentes de trabajo (forzado) para estos internos. Los locos eran tratados de igual manera que los otros internos, perdiendo casi todo contenido simbólico que los asociaba con un más allá del mundo humano. Como bien señala Foucault, el encierro gestado en los hospitales, obedece más a una lógica de valor del trabajo que a un objetivo de curación de los enfermos, donde más que benevolencia hacia los desposeídos y los alienados, se castiga la ociosidad (Foucault, Historia de la locura; tomo I, 1976, pág. 102). Muchos creerían que el ocio, la vagancia, la inactividad y las conductas antisociales, no forman parte de los criterios para realizar un diagnóstico de enfermedad mental en la actualidad, pero muy por el contrario, aún se aplican criterios semejantes a la hora de realizar diagnósticos. La enfermedad mental aún mantiene un vínculo más que estrecho con una parte marginal de la población.

La tesis foucaultiana señala en parte que la locura y su posterior vínculo estrecho con la medicina (al considerar esta una enfermedad) tiene en parte sus condiciones de posibilidad en el encierro realizado en las correccionales del siglo XVII y XVIII, lo que permitió posar la mirada médica sobre el alienado y en consecuencia, posibilitó la creación del sujeto ‘enfermo mental’, llevado este al territorio de los objetos de estudio (Foucault, El

poder psiquiátrico, 2007). Sin embargo, no sería correcto afirmar que el fenómeno de la locura no haya sido ya objeto de estudio por parte de la tradición médica, sino que el proceso histórico que involucra la capacidad de posar la mirada sobre la locura, es el encierro masivo en los hospitales. Esto habría posibilitado también el desarrollo científico de practicas terapéuticas sobre los enfermos mentales, alcanzado un desarrollo cada vez más específico, asociado a medidas disciplinarias y de control de los sujetos hospitalizados. Así lo afirma Foucault (El poder psiquiátrico, 2007, pág. 17), quien señala que los asilos u hospitales para alienados mentales eran pensados y llevados a la practica de tal manera que se cumpliera un cierto ordenamiento, que implicaba una distribución de los cuerpos, un establecimiento de rutinas, una decoración específica, una distribución de las instalaciones, de los gestos, los comportamientos y los discursos, de modo que los cuerpos de los enfermos fueran atravesados por este orden y que los invadiera hasta las “fibras blandas del cerebro” (Foucault, El poder psiquiátrico, 2007, pág. 16), lo que posibilitaría también generar las condiciones que requiere la mirada médica (científica) para poder realizar observaciones más exactas acerca de sus objetos de estudio (los enfermos mentales). En esa dispersión reglada encontramos el campo a partir del cual es posible la relación de la mirada médica con su objeto, lo que también posibilita el ejercicio de la curación, por medio de una “distribución reglada del poder” (Foucault, El poder psiquiátrico, 2007, pág. 17).

Hay autores que cometen el error de llevar el concepto de enfermedad mental a la experiencia de locura en la antigüedad, no comprendiendo que el concepto de enfermedad mental no puede ser aplicado de manera uniforme para comprender el fenomeno de la locura, sino que el concepto de enfermedad mental (actual) es nuestra forma de comprender e interpretar la conducta y el pensamiento considerados anormales, es decir, su a priori historico, el cual esta siendo hoy englobado hoy en el concepto macro que es salud mental. Es también el concepto de enfermedad mental un saber que posibilita una practica clínica diagnóstica y terapéutica, heredera de muchas tradiciones del pensamiento y de practicas vinculadas al confinamiento y exclusión de los anormales. Es decir que nuestra experiencia de la locura tiene una relación fuerte y directa con lo que Foucault describió como el gran encierro (Foucault, Historia de la locura; tomo I, 1976), medida policiaca y política, de sometimiento y exclusión.

La tradición médica concibe la locura como una evolución de los conocimientos de la medicina en torno a ella, llegando al curso actual de la concepción de la locura como enfermedad mental. En este sentido suele referirse a esta como un proceso histórico de los saberes y practicas, mediante el cual se ha llegado al conocimiento último de que la locura es una manifestación patológica bio-psico-social, por lo que de manera retroactiva se concibe como enfermedad todo aquello que dice relación con las distintas fases de su evolución, señalando con convencimiento que el fenómeno de la locura simplemente habría sido conocido con otros nombres y/o relaciones explicativas del origen mismo del fenómeno. De esta manera se marca como hito primero del conocimiento relativo a la locura, la cura y comprensión de la misma, la concepción teológica y/o mística, donde la fuente y causa del fenómeno de la locura o enfermedad mental, tenía una origen y causa divina/demoniaca (Salaverry, 2012). Esto es más conocido como el origen sobrenatural de la enfermedad mental (Salaverry, 2012, pág. 144), donde se señala que existirían registros que datan de hace más de 5.000 años respecto de la práctica de las trepanaciones craneales, que consistían en la realización de agujeros al cráneo humano con el fin de dejar salir a los demonios que provocaban las enfermedades mentales (Salaverry, 2012, pág. 144). Foucault hace referencia a las imágenes presentes en las obras de El Bosco, donde además de la *Stultifera Navis* (nave/barco de los locos) (Foucault, Historia de la locura; tomo I, 1976), se encuentra la *extracción de la piedra de la locura*, donde se presenta la escena de un procedimiento médico quirúrgico cuyo objetivo es extraer del cráneo del paciente la roca que origina su locura y/o trastorno mental. Estas imágenes representan una práctica y un saber cultural/médico acerca de la causa de las enfermedades mentales y/o locura. Esta concepción convivió con la tradición de la interpretación naturalista de las enfermedades mentales que se inicia en Grecia hacia el siglo V a. C. (Salaverry, 2012, pág. 144), período en que se extiende la teoría humoralista de las enfermedades, acuñada por Hipócrates como fundador. Donde la salud es interpretada como una relación de equilibrio entre los cuatro fluidos o humores que conformarían el cuerpo humano (bilis negra, bilis amarilla, flema y sangre). Esta interpretación somática debió de luchar con la ampliamente y difundida interpretación sobrenatural de la enfermedad mental (Salaverry, 2012, pág. 144), donde era asociada a la posesión demoniaca o a la participación de los dioses.

Posteriormente se señala un salto al siglo II d. C., donde Galeno sistematiza la medicina griega y reconoce un origen natural a la enfermedad mental, siendo esta un producto del funcionamiento anormal y/o desequilibrado de la sangre o de la bilis amarilla (Salaverry, 2012, pág. 144). Posteriormente, con el auge y difusión del cristianismo, la medicina entra en conflicto respecto de su interpretación del origen de las enfermedades y, primordialmente, la enfermedad mental. Manteniendo la salud mental alejada del ámbito de la salud pública, reservando su tratamiento, por ejemplo, a la iglesia y sus métodos.

En esta historia del desarrollo de la medicina y su relación con la locura, se ubica posteriormente la interpretación mecanicista de la enfermedad mental (Salaverry, 2012, pág. 146), donde la influencia del cartesianismo y su concepción dualista (materia/mente), genera una apertura más directa respecto de desentrañar los misterios de la relación existente entre la mente y el cuerpo, acercándose aún más a una especie de origen biológico de la enfermedad mental. Esto posibilita la incorporación de la locura entre las afecciones posibles de tratar por la medicina, ya que esta podría tener un origen orgánico (Salaverry, 2012, pág. 146). Estos cambios de visiones habrían posibilitado el desecho parcial de aquellas ideas que vinculaban la locura y/o enfermedad mental a las posesiones demoniacas.

Estos cambios no implicaron que la locura se considerara un problema de salud pública, su carácter no contagioso, su limitada letalidad la alejaba de los problemas de salud pública y, en cambio, por la incapacidad de trabajar de quienes la padecían se asimiló paulatinamente al grupo de los pobres y enfermos que no pueden trabajar y que deben estar bajo la protección o cuidado del gobierno local. (Salaverry, 2012, pág. 146)

Esta asimilación o cercanía de la locura con los enfermos, los vagos y los pobres, es mostrada por Michel Foucault en su historia de la locura, en la sección dedicada a el “Gran encierro” (Foucault, Historia de la locura; tomo I, 1976).

Posteriormente encontramos a los grandes psiquiatras que promovieron el trato (relativamente) humano hacia los enfermos mentales, viéndose asentada con mayor estabilidad la concepción de la locura como enfermedad y por tanto como objeto de estudio

y tratamiento por parte de los médicos. Esto se asocia también a la incorporación de componentes psicológicos (Salaverry, 2012, pág. 147) a la comprensión y tratamiento de las enfermedades mentales. En la actualidad la psiquiatría y sus respectivos asociados, mantienen abierto aún el debate respecto de las posibles causas orgánicas de los trastornos mentales, versus las causas y explicaciones psicológicas de las mismas, así como también el debate respecto de cuales serían los tratamientos más adecuados, observándose en la actualidad una especie de eclecticismo o pragmatismo en relación a los tratamientos, donde se combinan tratamientos farmacológicos, psicoterapia y otros. Los tratamientos farmacológicos nacidos de la relación neurología-psiquiatría, son los más populares y validados en la actualidad, pese a que los métodos actuales de investigación, a pesar de las revolucionarias técnicas actuales, no permitan una observación directa y clara de las causas neuroanatómicas de las distintas manifestaciones psicopatológicas, siendo aún el cerebro y su actividad, tan complejo que ni la computadora más avanzada sería capaz de analizar la enorme cantidad de información que implica la conexión de miles de redes de neuronas y sinapsis masivas (Pérez Soto, 2012), lo que sin embargo no anula la posibilidad de que los avances tecnológicos permitan una observación cada vez más detallada y específica. También existen dificultades respecto de los diagnósticos y las categorías en las cuales se dividen los trastornos mentales, conservando aún su característica de clasificación de cuadros clínicos o conjunto de signos y síntomas, los que dan estructura a una enfermedad específica, no encontrando un referente teórico único o definido en su totalidad respecto las causas específicas de cada enfermedad y sus posibles tratamientos, además de los altos índices de comorbilidad que no han logrado ser superados. El contexto actual sitúa a la salud mental como objeto de interés para las políticas de salud pública, por tanto, sitúa también a la psiquiatría, a la psicología y, primordialmente a la enfermedad mental, como destino o referente para el desarrollo de políticas de tratamiento y prevención de estas, acarreando las problemáticas ya mencionadas, que dan cuenta de debates aún vigentes respecto de las supuestas causas de dichas enfermedades y la crítica al concepto mismo de enfermedad mental.

En síntesis: todas las culturas han tenido distintas formas de definir lo normal y lo anormal dentro de su población, en el caso de nuestra cultura occidental (si es que es posible utilizar dicha palabra aún), se pueden identificar tres momentos vinculados de

manera estrecha con el desarrollo de la medicina, la psiquiatría y la psicología. El primer momento se define como el momento sobrenatural (ya lo habíamos mencionado antes), el segundo es el que explica la conducta normal y anormal en relación a causas físicas, es lo que podríamos comprender como la concepción biomédica, la cual se relaciona directamente con el tercer momento, el cual se podría definir como el de la concepción psicosocial, es decir, un cumulo de explicaciones psicológicas y sociológicas respecto de las causas y tratamientos posibles para las enfermedades mentales (Talarn & Jarne, 2015 , pág. 104). El avance de las neurociencias y de la psicología, presentan una relación pragmática cada vez más estrecha entre ellas, por lo que en la actualidad los modelos de diagnóstico e intervención favorecen una concepción que mezcla aspectos psicosociales y orgánicos para explicar la conducta anormal, así como también para desarrollar los tratamientos más adecuados. Es por este motivo que cuando hoy hablamos de salud mental, nos referimos a dimensiones biomédicas, comportamentales y socioeconómicas. No obstante, siempre a la base se encuentra el fantasma de la enfermedad mental, no siendo necesaria de por sí su manifestación para promover una buena salud mental, pero siendo necesaria su existencia, al menos latente, para justificar todas las prácticas que se realicen en su nombre. ¿Quiénes se encargan hoy de diagnosticar una enfermedad mental?, pues simple, con el manual adecuado (DSM, CIE-10), cualquiera, con la confirmación siempre necesaria de un psiquiatra.

En este sentido es necesario señalar, sin temor a error, que la salud mental está relacionada de manera privilegiada y directa con la psiquiatría, la psicología, la sociología y todas las prácticas y saberes que estas disciplinas desarrollan. Como bien mencione, pese al hecho de que la salud mental pretenda superar una relación única con la enfermedad, es dependiente absoluto de ella y, quienes la definen, o al menos tienen el poder para definirla, estudiarla, diagnosticarla y tratarla, son los psiquiatras y los psicólogos. Más bien parece que acá se estuviera afirmando algo que de antemano es obvio, una simple asociación respecto de las disciplinas que estarían relacionadas con la salud mental nos arrojaría inmediatamente una relación con las disciplinas ya mencionadas, no obstante, el concepto de salud mental busca superar esta dependencia. Lo que caracteriza la relación de la salud mental con la psiquiatría y la psicología, es la entrega del componente teórico/práctico que sustenta una realidad, la enfermedad mental, que opera como cimiento para toda

construcción posterior de todo saber y practica en nombre de la salud mental. Dicho saber, expuesto en discursos oficiales acerca del sujeto y su vida mental, comportamental y psíquica, forman parte de discursos de subjetivación de la vida corporal, volviéndose estos saberes, los discursos oficiales de la cultura dominante.

En psicología y psiquiatría también encontramos un problema fundamental y que se relaciona con todo cuando hemos ya señalado, la concepción de sujeto que ambas disciplinas desarrollan, acuñan y promueven. Si bien el problema del sujeto es de amplio debate hasta nuestro días en filosofía, en las disciplinas y saberes angulares de la salud mental parece dominar una concepción de sujeto más o menos ambigua, que contiene elementos variados respecto de la concepción de lo mental y lo psíquico, de los elementos que los componen, sus funciones y dinámicas operacionales. Sin embargo también se observan elementos valoricos importantes en dichas concepciones, no siendo por tanto solo una concepción de categoría técnica, si no también política e ideológica. El sujeto de la psicología y la psiquiatría, es un sujeto dotado casi naturalmente de pensamiento racional. Este sujeto dotado de un alma racional, la cual sería idéntica a su *yo*, el cual habita un cuerpo y el cual por tanto es considerado un individuo, cuyo principal propósito es el ejercicio de su libertad y voluntad, es lo que popularmente se concibe en psicología y psiquiatría como el individuo y/o sujeto (Pérez Soto, 2009, pág. 24). Bajo esta premisa, muchos tratamientos se encontrarían supuestamente, en orientación a devolver a las y los sujetos, la libre voluntad que han perdido producto de la enfermedad mental que los agobia, además de la capacidad de pensar racionalmente y poder desenvolverse en las actividades que se consideran deben ser las actividades que deben desarrollarse por el sujeto. La psiquiatría y la psicología han estado ahí para intervenir sobre todo el mar de malestar que aparece como producto de los cambios culturales, tales como la crisis de la familia tradicional, la superación de la función masculina como líder de familia, la aparición de nuevos sujetos en período de crisis, que acusan su necesidad de ser considerados, tales como lo son actualmente los niños y las mujeres (Pérez Soto, 2009, pág. 24), las revoluciones científicas y tecnológicas, el establecimiento del modelo económico capitalista como el dominante, etc. Hasta acá nos podría quedar la impresión de que la concepción de sujeto desarrollada por la psiquiatría y la psicología, son fruto de años de trabajo de investigación en salud mental, que por lo tanto nacen y se fundamentan mediante

la existencia de supuestos datos empíricos que así lo avalan, no obstante, todo lo contrario, no parece observarse nada muy nuevo respecto de tradiciones filosóficas que la precedieron, ya que aún parece dominar el sujeto cartesiano de Descartes en el pensamiento de la psiquiatría, la psicología y las disciplinas vinculadas a la salud mental. En este sentido, tal y como lo señala Foucault (Foucault, El poder psiquiátrico, 2007), no vale mucho la pena iniciar hoy una investigación desde la verada de la institucionalidad, si no más bien desde las prácticas de distribución del poder, de los distintos dispositivos disciplinarios que atraviesan los cuerpos y ejercen la función sujeto sobre los cuerpos, imprimiendo en ellos la posibilidad de la individuación, de la aparición del o los sujetos, y la posibilidad infinita de categorización y extensión de los dispositivos disciplinarios, el cual consiste en dirigir lo más posible la conducta, las formas de pensamiento y expresión de los afectos, además del ejercicio directo de intervención dirigida al cuerpo. No obstante, cabe mencionar que en salud mental no hay algo así como una discusión en torno al problema del sujeto, más bien, lo que he señalado es una breve noción respecto del sujeto en salud mental, desde la perspectiva general de la psicología y la psiquiatría, pasando por alto que existe una multiplicidad no menor de concepciones de sujeto que conviven en el dispositivo de la salud mental, tema que abordare más adelante.

La locura o las expresiones de comportamientos y pensamientos que se asocian a un trastorno, son en general una expresión de la distorsión misma de lo que se podría considerar un sujeto normal de acuerdo a los valores a priori que asumen ambas disciplinas, pero tal y como se ha mencionado anteriormente, la normalidad se interpreta desde las modas y frecuencias estadísticas, además de los ideales conductuales y valoricos a los que aspira una sociedad particular. El carácter científico de la psiquiatría y la psicología, busca otorgar autoridad, validación y legitimación de los saberes. En el plano teórico la psicología y la psiquiatría no aportan, según Carlos Pérez, nada más que escolástica (Pérez Soto, 2009, pág. 31), es decir, utilización de la razón, de la ciencia, para justificar y validar formas de pensamiento particulares, con orígenes no ubicados en la ciencia, conservadurismos que estallan, no necesariamente por el ejercicio mismo de la razón científica, sino por la crítica y descontento de movimientos sociales que se han sentido estigmatizados por la salud mental, como lo fue el caso de los homosexuales (Pérez Soto, 2012).

En resumen, para dejar algo en claro, podríamos considerar que el nuevo horizonte explicativo en relación al fenómeno de la locura, incluyendo su a priori histórico, la enfermedad mental, que surge como universal explicativo oficial, entre los siglos XVIII y XIX, cuando la mirada médica se logra posar sobre el loco en el contexto del encierro, es la salud mental. Esta surge como estado deseado y concepto aglutinante, que pone bajo su sombra a una serie de disciplinas, investigaciones, tratamientos médicos y psicológicos, medidas de gobierno, medidas del mundo privado (las empresas), etc. La salud mental emerge como una especie de nuevo a priori histórico en relación al fenómeno de la locura, pero también ahora respecto de la enfermedad mental.

CRÍTICA A LA IDEA DE ENFERMEDAD MENTAL

Es sabido que la psiquiatría y la psicología han sido los protagonistas respecto de la enfermedad mental y sus concepciones. Ambas son instituciones al amparo de una racionalidad científica, es decir, por medio del uso, desuso y abuso, de variados métodos científicos que legitiman sus saberes y los llevan a la categoría de verdad. Como toda práctica científica, el objeto de su saberes no solo está puesto en la validación y legitimación de sus saberes, volviéndolos así en expertos y autoridad en la materia, sino también en relación a la aplicación eficaz y práctica de esos saberes en los procesos terapéuticos, modelos explicativos y predictivos, etc. Además de la aparente racionalidad científica en la que se refugia la psiquiatría, es una de las disciplinas en las que más pesa la experiencia clínica del profesional, esto para discernir con mayor exactitud al diagnosticar la presencia de una enfermedad mental en una persona, presentando a veces entre los expertos, profundas discrepancias de opinión en sus diagnósticos y tratamientos más eficaces. Consideremos esto solo como antecedente, ya que nos interesa, más que el análisis crítico de sus prácticas, a vista de los objetivos que ellos mismos se proponen en materia de salud mental, las prácticas de poder, disciplina y subjetivación que se ejercen sobre la singularidad somática, es decir, el cuerpo. Además de la extensión casi natural que se genera dentro y fuera de la institucionalidad misma, que atraviesan y afectan a nuestra sociedad en su totalidad.

Anteriormente se menciona que la salud mental, se quiera o no, depende de una cierta veracidad respecto de la existencia de la enfermedad mental. Pero el problema acá se nos torna más grande, considerando que ya de por sí la idea o concepto de enfermedad mental se encuentra abiertamente cuestionada. No obstante, dicho cuestionamiento no impide que fuera de los círculos académicos y de expertos, la idea de que existe algo así como unas enfermedades mentales se considere una verdad. De todas formas, la salud mental a pesar de su herencia y validación de la enfermedad mental como realidad, busca su independencia y toma a la enfermedad mental como una posibilidad dentro de varias más en lo que respecta a la salud mental de la población.

Hablar de enfermos nos sitúa inmediatamente en el territorio de las personas y/o sujetos, a lo que son, cuerpos humanos y sus dimensiones posibles de existencia. De cualquier forma debemos abordar este problema, con el fin de exponer como la creencia en la idea de la enfermedad mental, genera condiciones de posibilidad para la construcción de prácticas y saberes en torno a ella, que decanta luego en políticas globales y locales de salud mental.

La enfermedad mental tiene orígenes concretos y directos en el desarrollo de la medicina, donde se suscita el problema de cuáles son las causas de dichas enfermedades de la mente. En general se ha sostenido una cierta contradicción respecto de las enfermedades mentales, esta contradicción se caracteriza por la discusión de si estas son de causa orgánica, psicológica o ambas. Thomas S. Szasz, señala que la enfermedad mental no es una cosa u objeto, por lo que solo puede existir como lo hacen todas las formas de construcciones teóricas y conceptuales (Szasz, 2001, pág. 22), sin embargo, se les comienzan a dotar de significado y valor de verdad objetiva o hecho concreto. Para el autor los fenómenos que se definen y diagnostican como enfermedades mentales, suelen referirse más a lo que él denomina “problemas de la vida” (Szasz, 2001, pág. 23), los cuales son mirados por los médicos como parte de procesos orgánicos y físico-químicos, atribuyendo a la enfermedad mental una causa orgánica que tarde o temprano será descubierta y por tanto curada. Pero como bien se sabe, la discusión se mantiene hasta nuestros días, pese a los esfuerzos de los partidarios de dicha visión, donde aún se hace la distinción entre una enfermedad mental “no-orgánica” y otras producidas por afecciones físicas o consumo de sustancias. ¿Por qué entonces se ha insistido en la búsqueda de un correlato orgánico en las

funciones del cerebro para poder así explicar la depresión y la esquizofrenia? Pues la tendencia apunta todavía hacia allá, pero actualmente en una dirección que pretende validar cada vez más la convivencia de lo social, lo psicológico y lo orgánico, como dimensiones de la vida de cada individuo (s) que se afectan mutuamente. La enfermedad mental carece de una delimitación clara de sus causas y sus tratamientos, transita más que ninguna otra enfermedad que sea de preocupación de la medicina, en otras disciplinas, alimentándose también de estas, lo que demuestra su fuerte vínculo con los procesos ideológicos, políticos y económicos de cada sociedad. No obstante, esta característica no solo le pertenece a la categoría de enfermedad mental, sino a la categoría o concepto mismo de enfermedad.

En este sentido el termino enfermedad mental deriva de aquellos trastornos en la conducta y el pensamiento de los individuos, cuya origen puede ser explicado por causa de un funcionamiento orgánico defectuoso, enfermo o afectado por el consumo de alguna sustancia. Es decir que una primera definición de salud mental dice relación con un trastorno orgánico que impide un funcionamiento neuronómico sano y que por tanto se manifiesta sistomáticamente. El otro sentido del concepto de enfermedad mental se relaciona con caracterizar o describir ciertos rasgos de la personalidad de un individuo y como este aborda los problemas cotidianos de la vida, como realiza juicios en torno a su realidad próxima, como se comporta, etc. Ambos implican el apartamiento de una norma (Szasz, 2001, pág. 25), por tanto el problema se encuentra en aquellas afecciones o enfermedades mentales cuya explicación no encuentra directa relación con causas orgánicas, como lo serían los denominados trastornos de la personalidad, por lo que el camino nos lleva a la necesidad de aceptar que el concepto de enfermedad mental se debe y se encuentra condicionado a los contextos históricos y sus respectivos valores sociales, tecnológicos, mecanismos de producción, etc.

Suele entenderse lo enfermo en relación a una norma, es decir que enfermo o enfermedad es aquello que se observa apartado de una cierta norma, pero por el contrario, la idea de enfermedad no esta necesariamente amparada en alguna norma, sino que es en parte la expresión sintomatológica que genera sufrimiento, el cual es primeramente juzgado por el enfermo mismo y luego por el médico que diagnóstica y trata (Canguilhem, 1971, pág. 87). “Lo que hay de común entre las diversas significaciones dadas actualmente o antaño al concepto de enfermedad, es el hecho de que se trata de un juicio de valor virtual

(...) Estar enfermo significa ser perjudicial o indeseable o socialmente desvalorizado” (Canguilhem, 1971, pág. 88), pudiendo a veces esta desvalorización, ser un hecho positivo, toda vez que se busque volver lo perjudicial en algo productivo.

Sin embargo la ciencia médica no consiste en especular sobre estos conceptos vulgares (Salud, enfermedad, normal y anormal) para obtener un concepto general de enfermedad, sino que su tarea propia consiste en determinar cuáles son los fenómenos vitales a propósito de los cuales los hombres se declaran enfermos, cuáles son sus orígenes, sus leyes de evolución y las acciones que los modifican. (Canguilhem, 1971, pág. 89)

Es evidente el hecho de que quienes padecen de alguna enfermedad mental, presentan características que se encuentran apartadas o desviadas de alguna norma, ¿Pero que sucede con un sujeto que parece funcionar con total normalidad de acuerdo a las exigencias de su entorno, es productivo, mantiene una vida social activa, pero aqueja un sufrimiento subjetivo que decanta en un suicidio? Esto implica que la normalidad, como expresión opuesta de lo anormal y patológico, no da un sentido estricto a lo que como enfermedad entendemos. La queja, es decir, el sufrimiento individual que se expresa por medio de la queja del enfermo, es en parte lo que determina a la enfermedad misma. De esta forma podríamos definir la enfermedad como una categoría general y abstracta que contiene en si una serie de valores negativos posibles (Canguilhem, 1971, pág. 88), realizables tanto por el experto como por el enfermo mismo. La enfermedad podría ser comprendida como el apartamiento de una norma, es decir un estado anormal y/o patológico, que no coincide o cuyo estado impide alcanzar un funcionamiento normal ideal. La principal expresión de la enfermedad es el sufrimiento del enfermo, la sintomatología es la forma en como puede ser categorizada para luego buscar sus relaciones de causa, orígenes y posibilidades de curación. También esto implica la posibilidad de una detección precoz, donde la norma, es decir el funcionamiento normal del organismo y del individuo, presenta una condición de desviación o anomalía, que más tarde se traducirá en sufrimiento por parte del enfermo y su grupo cercano.

Como bien señala Canguilhem (1971):

La normalización de los medios técnicos, de la educación, de la salud , de los transportes de personas y de mercaderías, es la expresión de exigencias colectivas cuyo conjunto, incluso si falta una toma de conciencia por parte de los individuos, define en una sociedad histórica dada su manera de referir su estructura, o quizás sus estructuras, a lo que considera que es su bien propio. En todos los casos, lo propio de un objeto o de un hecho llamado “normal”, por referencia a una norma externa o immanente, consiste en poder ser, a su vez, tomado como referencia para objetos o hechos que todavía esperan poder ser llamados tales. Por lo tanto, lo normal es al mismo tiempo la extensión y la exhibición de la norma. (pág. 186)

Así mismo el autor señala que un sentido antropológico, la experiencia de una norma no es original, es decir que una regla (norma) solo puede ser tal cual si *arregla*, y de su función correctiva surgiría la infracción misma a la norma (Canguilhem, 1971, pág. 188). Pues en este sentido podemos volver a unir la idea de enfermedad con la concepción de lo normal-anormal, considerando que la enfermedad es una condición que se expresa mediante el sufrimiento humano, entendida entre sus características como una desviación de una norma fisiológica, conductual, social, etc. De acuerdo a esto, luego de la principal actividad médica que consiste en diagnosticar, viene el proceso de la cura, que se apoya en todo el aparataje terapéutico cuya finalidad es corregir lo desviado presente en el enfermo, para que este pueda retornar, en la medida de lo posible, a una condición normal cercana al ideal social que predomine y así también su autonomía y productividad, asumiendo tanto el experto como en que padece, que el objetivo es terminar con su sufrimiento. El depresivo se queja de insomnio, irritabilidad, sentimientos de desesperanza y abulia, por lo tanto la cura esta dirigida a que pueda dormir, a que disminuya su carácter irritable, a que los sentimientos de desesperanza y tristeza, se vuelvan esperanza y felicidad, a que las actividades de su vida puedan volver a generarle placer. También este enfermo pudo señalar que lo persiguen los extraterrestres, este delirio le genera temor y sufrimiento, por lo que la cura estará dirigida a eliminar este síntoma que es el pensamiento delirante. En el proceso de corrección, ya sea realizado por el médico o por el entorno, el enfermo suele tomar conciencia de lo delirante e irreal de sus pensamientos y/o alucinaciones. El choque del enfermo con la norma será la mayor de las veces posible, considerando que difícilmente se darían las condiciones de aislamiento social total del individuo enfermo. La

exhibición de la norma será así también una constante, el sufrimiento subjetivo también se asocia a una mirada del que sufre respecto de su entorno que aparentemente no sufre lo mismo que él y realizar la comparación es un hecho inevitable para el enfermo, quien adiciona sufrimiento a su condición en vistas de que en comparación con la norma exhibida, no se encontraría en una categoría de lo normal.

Thomas S. Szasz, uno de los más críticos y lúcidos psiquiatras del último tiempo, mantiene una posición radical acerca de la enfermedad mental, sugiriendo que no existe algo que se pueda denominar enfermedad mental, no siendo esta una cosa u objeto material, solo pudiendo existir tal y como lo hacen otros conceptos, es decir, de manera teórica (Szasz, 2001, pág. 22). La condición que han adquirido estas respecto de ser “verdades objetivas” o hechos, se deberían más que nada a su amplia difusión y legitimación como verdad científica. Para Szasz la enfermedad mental, tanto que trastornos del pensamiento y la conducta, no ha podido aún ser explicada como una expresión de un funcionamiento fisiológico defectuoso, una enfermedad del sistema nervioso (Szasz, 2001, pág. 23). Para él existe ahí ya de por sí un problema insuperable. Es lo que denomina un primer error, mientras que el segundo sería la interpretación de nosotros mismos y de nuestras conductas como síntomas de funcionamiento puramente neurológico (Szasz, 2001, pág. 24), por lo que para aquellos que insisten en considerar los síntomas de enfermedad mental como signos de enfermedad cerebral, deberían de abandonar el concepto de enfermedad mental, ya que sería equívoco, por lo que señalar que alguien tiene una enfermedad mental y que la causa de esta sería un funcionamiento cerebral mórbido, simplemente deberían de ceñirse a eso. Thomas S. Szasz presenta una de las versiones de la medicina científica, en el sentido de que su crítica al concepto y/o idea de enfermedad mental se relaciona con una creencia que subyace y es que una enfermedad para ser tal debe de ser localizada en el cuerpo (fisiológico), mientras no se cumpla con dicha condición no existe como tal, y en caso que se cumpliera dicha condición esta debe ser tratada como una enfermedad orgánica y no como una enfermedad mental. Cabe mencionar que la concepción de este pensador, no compatibiliza con los paradigmas actuales, que intentar dar cuenta del origen biopsicosocial y la influencia de la genética en el desarrollo de enfermedades mentales.

El mismo problema encontramos en el diagnóstico, si ya es complejo definir exactamente lo que es enfermedad y lo que es enfermedad mental, imaginen lo que ocurre con el diagnóstico, con los tratamientos farmacológicos y las psicoterapias. Sin ir más lejos, en psiquiatría se está en un eterno presente, una eterna acusación entre los nuevos y los antiguos médicos y su identificación de las causas de las enfermedades mentales. Pero si hay algo que los caracteriza, es el apego sostenido en el tiempo a la búsqueda de causas orgánicas y su consecuente intervención, la cual consiste mayormente en la utilización de fármacos, en general dirigidos a alterar de manera positiva la producción, distribución y absorción de distintas sustancias en el cerebro, de las cuales aún no se tiene conocimiento a ciencia cierta de que dichas sustancias en la dinámica de la sinapsis sería la causa final de determinados cuadros psicopatológicos, por el contrario, hoy se da mayor crédito a una comprensión multicausal de la enfermedad mental, donde los factores del ambiente juegan un rol protagónico y ninguno de ellos un factor determinante por sí solo. Además la tecnología actual no nos permite aún observar en su totalidad la actividad del cerebro, actividad muy compleja de estudiar por la cantidad enorme de conexiones sinápticas en el cerebro, las cuales son imposibles de estudiar en su totalidad por que nuestras máquinas no son capaces aún de procesar la enorme cantidad de actividad y datos (Pérez Soto, 2012) que genera un estudio del funcionamiento del cerebro en su totalidad. Los medicamentos recetados por los psiquiatras y médicos generales, son usados para una variedad amplia de enfermedades mentales, utilizados en general de manera paliativa y dirigidos hacia la expresión corporal más básica, buscan aplanar los afectos y anestesiarse el cuerpo para evitar el dolor subjetivo (Pérez Soto, 2012). Relacionado con lo anterior, también existe el problema aún presente de la alta comorbilidad en los diagnósticos o la variación misma del diagnóstico en relación a la mirada individual de cada profesional de acuerdo a su expertise y experiencia profesional. De esta forma una persona puede recibir más de un diagnóstico de trastorno mental durante su vida, sin que sea posible en ninguno de los diagnósticos, dar con las causas reales en términos orgánicos, recetándose así distintos medicamentos con finalidad paliativa y de disminución de la sintomatología. El explosivo aumento de las enfermedades mentales presentando en los manuales diagnósticos, da cuenta del operar diagnóstico como un dispositivo disciplinario, en el

que la inscripción misma deja siempre un residuo, esto permite al dispositivo volverse cada vez más específico y crear categorías para los sujetos que antes quedaban fuera de la clasificación y poder así continuar realizando el ejercicio de la inscripción, así nadie queda fuera.

Estos han sido temas de notable desarrollo por el movimiento antipsiquiátrico, inaugurado por el psiquiatra David Cooper en los sesenta, entre los que se encuentran otros importantes desarrolladores tales como Ronald Laing, Thomas Szasz y Franco Basaglia. También se suele incorporar al movimiento al filósofo francés Michel Foucault. Las propuestas y el pensamiento de Franco Basaglia, tales como la idea de una psiquiatría democrática, la deshospitalización y la creación de centros sociales gestionados por la comunidad, los propios usuarios y sus familias, llevaron a la promulgación de la ley Basaglia en 1978 en Italia, donde se establece por primera vez una ley que garantiza derechos y deberes por parte del estado hacia las personas que padecen las denominadas enfermedades mentales o perturbaciones del comportamiento (Pérez Soto, 2012 , pág. 17). Posteriormente, a fines de los años setenta, el entusiasmo decae y durante las décadas del ochenta y noventa se vuelve a una especie de conservadurismo en la práctica psiquiátrica, a raíz también del desarrollo de nuevas terapias farmacológicas. Durante los años sesenta, la lucha del movimiento antipsiquiátrico se centra en el encierro y las técnicas terapéuticas inhumanas. No obstante, desde la década del ochenta comienzan adquirir mayor protagonismo las luchas provenientes de los mismos usuarios y víctimas del sistema psiquiátrico, quienes comienzan a organizarse y crear sus propias organizaciones de ayuda y lucha por los derechos de las personas con trastornos mentales.

David Cooper señala que el psiquiatra y la psiquiatría estarían, de forma excesiva, al servicio de las necesidades alienadas de la sociedad (Cooper, 1976, pág. 8), que el concepto de esquizofrenia ha ayudado más a oscurecer el enigma de la locura que a resolverlo. Critica el hecho de que hayan principios de las ciencias naturales indebidamente trasladados al campo de las ciencias humanas, un campo en el cual la necesidad de pruebas constituye una imposibilidad a priori (Cooper, 1976, pág. 16). Las ciencias naturales diferirían de las ciencias humanas por su estatus ontológico, donde hay una relación dialéctica entre observador y observado (Cooper, 1976, pág. 17).

Además, la predicción propia de las ciencias naturales debería considerarse inadecuada, no imposible o posible, si no simplemente inadecuada por aquella impredecibilidad implícita de todo comportamiento o cambio en el comportamiento humano, en el cual no siempre se observan de manera directa sus causas (Cooper, 1976, pág. 16). Para Cooper la psiquiatría representa la violencia silenciosa ejercida por los sanos sobre los locos, y que lo sano sería determinado por el simple cumplimiento de un conjunto de normas sociales más o menos establecidas o convenientemente generales, tales como la capacidad de tolerar el conflicto (Cooper, 1976, pág. 28) y poder desarrollar la capacidad de resolverlos asertivamente.

Una de las tesis compartidas por los partidarios del movimiento antipsiquiátrico, es la negación o al menos el cuestionamiento profundo, respecto de considerar la locura o los comportamientos atípicos, como enfermedades mentales. Para David Cooper no habría ni una pizca de prueba inequívoca que justifique la inclusión de la esquizofrenia dentro la clasificación nosológica medica (Cooper, 1976, pág. 14), argumenta que en su mayoría, las personas diagnosticadas como tales no presentan causas orgánicas comprobables que determinen su inclusión en la categoría de enfermedad. Thomas S. Szasz, señala algo similar y decreta que la enfermedad mental no cumple con los criterios para ser denominada como tal y que su diagnóstico se debe más a un juicio valorico y a una evaluación psicosocial (Szasz, 2001, pág. 25). Carlos Pérez (2012-2014, pág. 176) señala que los criterios que dan cuerpo a los manuales diagnósticos oficiales en psiquiatría solo dan cuenta de un conjunto de síntomas agrupados en una etiqueta, pero que no señalan las posibles causas de dicha enfermedad, como no hay consenso o claridad respecto de las causas, no cumple con los criterios de aplicación del modelo medico, por lo que solo desarrolla técnicas terapéuticas paliativas que no tienen una necesaria conexión con una eventual curación. Sin ir más lejos, es sabido que en los casos de esquizofrenia, la remisión de los síntomas positivos tendría una relación, no totalmente establecida a ciencia cierta, con el uso de terapia con fármacos específicos, pero siempre hay riesgo de que estos retornen al abandonar su uso, por lo que no existe curación en términos de que no se conocen sus verdaderas causas y estas no pueden ser atacadas. Si bien esta situación podría ser comparada con otras enfermedades no mentales, en las que aún no se ha encontrado cura, si no solo tratamientos paliativos,

esto no significa que no se encuentren, en una gran mayoría, identificadas sus causas de una manera más específica y clara, a diferencia de las enfermedades mentales, donde los instrumentos de investigación neurológica-médica, no alcanzan aún tal nivel de especificidad como para dar cuenta del complejo funcionamiento del cerebro y su conexión con el comportamiento y la experiencia subjetiva.

En salud mental, la necesidad de conservar la noción de enfermedad mental es fundamental, ya que da cuerpo teórico-empírico-práctico a sus intervenciones. Lo que he presentado forma parte del debate aún vigente, no sabemos si llegará a tierra firme y se definirá algo que se considere una verdad rotunda, un hecho probado. Hay quienes señalan que dicha posibilidad resulta imposible, principalmente por motivo de la inadecuada determinación de trasladar los métodos de la ciencia natural a las ciencias humanas, donde la posibilidad de pruebas sería una imposibilidad a priori (Cooper, 1976, págs. 17-18), ya que difieren de las ciencias naturales por su estatus ontológico. La mayor herramienta de la salud mental es y será la estadística, de donde se derivan concepciones generalizadas de lo normal y sano, de lo anormal y enfermo, cargada también de valores sociales, ideológicos y políticos, no estrictamente médicos. Si llevamos esta lógica al análisis de varias enfermedades mentales, el resultado podría resultar escandaloso. Si nos alejamos de los trastornos clásicos, tales como los trastornos del ánimo y los psicóticos, y nos acercamos a denominados trastornos de personalidad (histrionico, límite, etc.) y de la conducta (disocial, antisocial, negativista desafiante, etc.) y nos hacemos la pregunta respecto de cuál es el origen orgánico de ellas (aparte de uno que otro intrépido que dirá conocer las causas), en general no habrá más respuesta que el silencio. Siempre con el fantasma de caer en lógicas nefastas vinculadas con argumentos eugenésicos, clasistas y hasta racistas. Los trastornos mencionados también son y han sido tratados con los métodos terapéuticos de la psiquiatría y la psicología, pero cabría cuestionarse el por qué de considerarlos enfermedades y que como tales, deban de recibir un tratamiento médico y no otro, o quizás debamos aceptar que la licencia exclusiva del médico para recetar la utilización de drogas con fines terapéuticos es uno de los motivos, siendo este un método relativamente seguro y humanitario para el tratamiento o corrección de los que se han alejado de la norma. Es por este motivo por el cual la enfermedad mental salió del campo exclusivo de la psiquiatría y comenzó a

vincularse con otras disciplinas tales como el trabajo social, la terapia ocupacional y la psicología, por nombrar a algunas, las cuales aportan en el debate y en la ejecución de programas de intervención en y por la salud mental. Aunque no debemos nunca olvidar la participación siempre activa de la policía, el poder judicial y las instituciones a cargo de la educación.

El debate respecto de las enfermedades mentales se encuentra aún muy abierto, hay detractores y defensores, organicistas, psicólogos y otros más eclécticos.

No se pretende acá desarrollar una historia o un estudio detallado de las herramientas conceptuales desarrolladas por Foucault y sus receptores, sino más bien pretendo darles un uso. Es bien sabido que Foucault solía tener una relación de este tipo con los conceptos, estos estaban determinados más por el uso que por el concepto mismo, y eso es lo que ocurre con el concepto de biopolítica. A continuación, pretendo señalar algunos aspectos necesarios para comprender los conceptos de biopoder, biopolítica, gubernamentalidad y seguridad, siguiendo las tesis de desplazamiento-superposición conceptual, propuesta por Adán Salinas (Salinas, 2015), algo que nos ayudará a comprender no solo la dinámica conceptual en torno a la problemática biopolítica, sino algo más importante, la dinámica de desplazamiento-superposición que se desarrolla históricamente y que nos hace hablar hoy de salud mental. La evolución que parece darse de manera natural, desde una supuesta superación de la psiquiatría como disciplina dominante, y de la salud como algo más que la presencia o ausencia de enfermedad mental, sigue la ruta y las transformaciones que afectaron a los diversos dispositivos de seguridad y regulación de la población. Dicha evolución y transformación que nos lleva al estado actual de lo que podríamos comprender por salud mental, no dice relación, simple y directa, con descubrimientos puramente científicos, sino que está directamente relacionada con los fenómenos de la población y la racionalidad neoliberal en el arte de gobernar. Esto se encuentra caracterizado por la proliferación de múltiples saberes y prácticas en torno a la salud mental, el bienestar y los problemas psicosociales, también en la preferencia de lo abierto antes que al encierro en el hospital psiquiátrico, en la incorporación de elementos y categorías clínicas para el análisis y tratamiento de los problemas que el estrés genera en el capital humano en la empresa, en la evolución o el giro en la mirada respecto de la enfermedad mental, ya no como centro directo de la práctica e investigación, sino como estado de la salud de la población que se correlaciona estadísticamente con elementos específicamente económicos. Esto nos da cuenta también, de ese vínculo indisoluble, denunciado por Thomas S. Szasz, entre enfermedad mental e ideología-política-economía.

BIOPODER, BIOPOLÍTICA Y GUBERNAMENTALIDAD.

Para Foucault, una de las transformaciones más importantes en relación con el ejercicio del poder, consiste en el desplazamiento del poder soberano al biopoder. El poder soberano tenía como último fin “alcanzar el bien común y la salvación (de las almas) de todos los súbditos, a través de la obediencia irrestricta hacia la figura del gobernante” (Fuster, 2013, pág. 21). El soberano gobernaba sobre un territorio, todo lo que se encontraba en dicho territorio, que corresponde a sus dominios, ha de ser gobernado por su absoluto poder, el cual se caracteriza por la capacidad y el poder de dar muerte, de decidir sobre la vida de sus habitantes. Este giro del poder se presenta como un desplazamiento desde el poder soberano al biopoder, caracterizado por la consideración de lo biológico, de la vida humana como especie y la población, por parte del poder político. Se caracteriza por orientarse al hacer vivir, a producir la vida y potenciar la misma (Salinas, 2015, pág. 49).

Salinas (2015, pág. 49) señala que dicho giro del poder, en un primer lugar, podría denominarse giro geopolítico, es decir, un giro desde la geopolítica hacia la biopolítica. Esto implica un desplazamiento en el que se observa como el lugar protagonista que ocupaba el territorio en sentido político, es reemplazo o al menos desplazado, por el fenómeno de la población. El poder ya no se ejerce sobre un territorio, sino sobre una población, una población compuesta de cuerpos, cuya realidad biológica comienza a ser un objeto privilegiado de intervención política-económica, donde el objetivo es hacer vivir, crear vida, generar las condiciones para la proliferación de la vida, es decir, gestionar la vida. En segundo lugar, podría este también denominarse el “giro del Estado” (Salinas, 2015, pág. 49), es decir, el paso de una comprensión estatal del biopoder, hacia una comprensión gubernamental del mismo. Esto quiere decir, el paso de un biopoder caracterizado por el apoderamiento y la intervención directa de los aspectos biológicos de los individuos por parte del Estado (anatomopolítica, somatopolítica y nosopolítica) a un biopoder como biopolítica, es decir, gestionar la vida múltiple, la vida de la población. Podríamos decir que el biopoder es fundamentalmente un poder ejercido sobre el cuerpo y la población, mientras que el poder soberano se ejerce sobre el territorio (Salinas, 2015, pág. 126).

Esta transformación iniciada hacia el siglo XVII, que se caracterizó por la consideración de la vida por parte del poder, una especie de estatización de lo biológico (Foucault,

Defender la sociedad , 2001, págs. 205-206), dio paso a un nuevo fenómeno, entre los siglos XVIII y XIX, donde la salud paso a transformarse en “uno de los objetivos esenciales de las administraciones publicas de países como Francia, Alemania e Inglaterra.” (Fuster, 2013, pág. 19). Este podría también considerarse dentro del primer período de formación del discurso en torno al concepto de biopolítica, el período biomédico.

No existe algo así como una definición unívoca o última del concepto de biopolítica, muy por el contrario, el concepto expresa, en la obra de Foucault, un carácter abiertamente polisémico y pragmático (Salinas, 2015), donde es posible señalar a lo menos dos períodos importantes en la elaboración del discurso foucaultiano en torno al concepto de biopolítica. El primero se comprende como el período biomédico del discurso (Salinas, 2015, pág. 49), el de la medicina social y la medicalización indefinida.

Durante el siglo XVIII se vivió un fuerte incremento demográfico en las ciudades europeas, lo que obligo también a un crecimiento de los aparatos productivos y también del consumo. Comienza a aparecer el problema de la población, objeto privilegiado del biopoder y la biopolítica. Es en este primer período de la medicalización, en el contexto de desarrollo del capitalismo, donde el que el cuerpo ya había comenzado a revelar su gama de nuevas utilidades y maleabilidad, es decir, que los rasgos biológicos de la población se convirtieron en elementos pertinentes de gestión económica (Fuster, 2013, pág. 27). Durante el siglo XVIII se volvió de mucho interés conocer los procesos inherentes al crecimiento de la población en las ciudades, así como también los deseos de aumentar dicha población. La salud y el bienestar físico de esta población (conjunto de cuerpos) o tercer cuerpo, paso a ser motivo de reflexión social y colectiva, convirtiéndose en uno de los objetivos esenciales del poder político (Fuster, 2013, pág. 28). El problema de la enfermedad o las enfermedades se torna tema de preocupación colectiva, desarrollándose un proceso de reflexión respecto de la salud de la población, lo que llevo a que se abandonara el modelo asistencialista característico del siglo XVII, creándose luego en siglo XVIII una nueva tecnología del cuerpo social (Fuster, 2013, pág. 29). Surge en un principio, no tanto una medicina social, sino una nosopolítica flexiva, es decir, una preocupación por mejorar la capacidad de diagnóstico, clasificación y tratamiento de las enfermedades que afectan a los cuerpos de los sujetos (Fuster, 2013, pág. 29). Posteriormente, la evolución de dicha nosopolítica se conoce como la medicina social.

Foucault utiliza por primera vez el concepto de biopolítica en una conferencia de 1974 en Río de Janeiro, titulada “El nacimiento de la medicina social” (Foucault, Estrategias de poder; Obras escenciales Vol II, 1999, pág. 363), en la cual se aborda la situación de la medicina en el contexto del capitalismo. Foucault señala tres formas y momentos claves en el proceso de medicalización de la sociedad. El primero se conoce como Medicina de Estado, desarrollado en Alemania, conocida también como policía medica (Salinas, 2015, pág. 22), centrado en la búsqueda de una mejor salud pública, por medio de un apoderamiento por parte del Estado, de las prácticas y técnicas de la medicina, lo que permitió también promover la profesionalización y el desarrollo del oficio médico. La segunda forma o momento, se desarrolla en Francia, es conocido como la medicina urbana, que dirige su mirada hacia los espacios de lo público y lo privado en la ciudad. Se trataría de una forma de medicina social que avanza en cuanto a científicidad y en cuando a la idea de salubridad como factor ambiental (Salinas, 2015, pág. 23), es decir, una intervención desde la mirada médica a la organización de la vida en la ciudad, el establecimiento de condiciones de higiene, distribución de los espacios, creación de alcantarillados y redes de agua potable, etc. Por último, el tercer momento de la medicina social, se conoce como “medicina de la fuerza de trabajo” (Salinas, 2015, pág. 23), desarrollada en Inglaterra. Consistente en una preocupación e intervención por parte de la medicina, respecto de los trabajadores, de los obreros y los pobres.

La tercera dirección de la medicina social se puede analizar a través del ejemplo inglés. La medicina de los pobres, de la Fuerza de Trabajo, y del obrero, no fue la primera meta de la medicina social, sino la última. En primer lugar; el Estado, en segundo lugar, la ciudad y, por último, los pobres y los trabajadores fueron el objeto de la medicalización (Foucault, Estrategias de poder; Obras escenciales Vol II, 1999, pág. 380)

Si bien la salud es el objetivo, el objeto a intervenir es el cuerpo, es este el sentido que Foucault da por primera vez con el concepto de biopolítica (Salinas, 2015, pág. 23).

Defiendo la hipótesis de que con el capitalismo no se pasó de una medicina colectiva a una medicina privada, sino que ocurrió precisamente lo contrario; el capitalismo que se desarrolló a finales del siglo XVIII y comienzos del siglo XIX, socializó un primer objeto, que fue el cuerpo, en función de la fuerza productiva, de la fuerza de trabajo. El control de la sociedad sobre los individuos no se operó simplemente a través de la conciencia o de la ideología, sino que se ejerció en el cuerpo, y con el cuerpo. Para la sociedad capitalista lo más importante era lo biopolítico, lo somático, lo corporal. El cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica (Foucault, Estrategias de poder; Obras esenciales Vol II, 1999, págs. 365-366)

Foucault señala dos cosas importantes; la primera dice relación con el cuerpo como objeto de interés político-económico, es decir, como objeto pertinente de gestión económica. Por medio de esta medicina que deja de ser puramente clínica y asistencialista, para ser social y política, el cuerpo se vuelve objeto de gestión y control. También señala que el cuerpo sería una realidad biopolítica y que la medicina sería una estrategia biopolítica, es decir, valga la redundancia, que el cuerpo se considera una realidad biológico-política-económica y que la medicina sería una estrategia de control, cuidado y potenciación del cuerpo. Esto se relaciona con el giro del poder soberano, hacia el biopoder, la superposición del cuerpo y la población, nuevos objetos privilegiados del gobierno, por sobre la importancia, ahora menor, del territorio.

Ser advierte en esta primera etapa de formación del discurso, que el uso del concepto biopolítica es experimental (Salinas, 2015, pág. 24), donde el filósofo francés intercambia los conceptos de biopolítica y somatocracia sin mayor dificultad. No obstante, nos señala que en el problema de lo biopolítico hay una relación directa con el cuerpo, entonces, “la idea de biopolítica tiene dos sentidos, por una parte, se refiere a la medicina social y de manera general se refiere también a la importancia del cuerpo en el capitalismo” (Salinas, 2015, pág. 26). Es necesario insistir en este punto, creo que recorre todo el desarrollo del concepto, al menos en Foucault, es decir la relación entre capitalismo y cuerpo, aunque cuerpo podría referirse al aspecto más mecanicista, es decir, el cuerpo máquina, pero también podría ser la relación capitalismo-vida en el sentido más amplio. Este punto es fundamental para una cierta comprensión de lo que biopolítica podría querer decir,

principalmente en lo que respecta al desarrollo del curso titulado “El nacimiento de la biopolítica” (Foucault, 2007).

La limpieza y la salubridad son y siguen siendo herramientas cruciales en el proceso de medicalización de la existencia. La higiene entendida como nueva política de salud de la población, se enfocó en la desaparición de las epidemias, en el descenso de la morbilidad y la prolongación de la vida (Fuster, 2013, pág. 37).

Es posible considerar dos modelos en cuanto a la relevancia económica de la medicalización. El primero de ellos gira en torno a la productividad, reproducción y capacidades de la fuerza de trabajo. Se trata de una medicina orientada al cuidado de los cuerpos en la medida que constituyen fuerza de trabajo; y, por tanto, tiene un objetivo fuertemente económico. El segundo, en cambio, aprovecha la masificación de la salud para rediseñar su distribución en términos de mercado. Si el primer modelo, responde a una forma del capitalismo que tiene como principal objeto de dominio la fuerza de trabajo, hay que prestar especial atención a la periodización que propone Foucault respecto al segundo modelo, cuando abre el comentario con la expresión ‘en la actualidad’. El cuerpo de este modo sería objetivo económico en tanto fuerza de trabajo y en cuanto objeto de consumo; pero esta segunda fórmula no es posible rastrearla, sino hasta la actualidad con el desarrollo de un mercado de la salud que tiene como relación económica básica el consumo y como polos de fuerza de tal relación, el lucro y el deseo (Salinas, 2015, pág. 25)

Hasta este punto aún se presenta el concepto de biopolítica como una innovación conceptual y experimental en el léxico de Foucault, es decir, que la problemática puede ser representada como problema somatocrático, nosopolítico (interés por la clasificación y tratamiento de las enfermedades), medicina social, etc. El objetivo final de la medicalización no sería la enfermedad, sino la producción de salud (Salinas, 2015, pág. 28). Podríamos decir que los primeros objetivos y estrategias biopolíticas fueron la medicalización, la gestión del cuerpo y el control sanitario.

Durante los siglos XVIII y XIX en Europa, la autoridad de gobierno desarrolló herramientas y estrategias de moralización e higiene, incluso utilizando métodos coactivos. Posteriormente, ya en el siglo XX, se habría alcanzado una cierta medicalización sin límites, una medicalización indefinida, la cual se encuentra literalmente en todas partes (Salinas, 2015, pág. 29). Actualmente, por ejemplo, existe una amplia oferta de programas

televisivos en los cuales se tratan temas ligados a la salud y al cuidado del cuerpo. Podemos ver a un médico en televisión explicando determinados signos y síntomas a considerar en caso de presentarse en el propio cuerpo, para que de manera precautoria nos acerquemos a la consulta para un examen. También recibimos consejos para la preparación de determinados alimentos, con el fin de disminuir el contenido nocivo para el funcionamiento de la fisiología del cuerpo. Tampoco parece extraño hoy consultar en google los síntomas de determinada enfermedad, es decir, la realización de un autoexamen constante. Esto es también señal de una transformación, del desplazamiento que se produce, de sociedades disciplinarias a sociedades abiertas, a procesos que nunca terminan, a dinámicas de control y auto-control.

El problema de la medicalización se mantiene, pero cada vez menos como un tema estrictamente médico. Se comienza a relacionar, en la obra de Foucault, con una racionalidad y performance administrativa-gestional, que instala una política sobre los aspectos biológicos de la vida humana, los cuales son cada vez más complejos en su comprensión. Es decir, que ya no basta con el dominio o la gestión del cuerpo como máquina biológica concebida como fuerza de trabajo. Ahora la máquina biológica es más compleja y depende de otros niveles de organización, cuyas conexiones han superado lo puramente biológico de la vida (Salinas, 2015, pág. 36). Al descubrimiento de dichas conexiones, de los nuevos niveles de organización de la población y funcionamiento individual, le debemos el surgimiento de la idea de salud mental, que, dicho sea de paso, es una expresión aún bastante reciente en nuestra historia, la cual toma fuerza mayor durante el siglo XX y XXI.

Entonces, el primer período de formación del discurso acerca de la biopolítica, podría ser comprendido como el período de anatomopolítica, es decir una estrategia y expresión del biopoder, pero que es representando por las tecnologías disciplinarias, por el cuerpo concebido como máquina biológica, es decir, el cuerpo del obrero, del militar, del deportista, etc. Estas máquinas han de ser sometidas a un régimen de alimentación, de cuidados, de entrenamientos y rutinas. Todas las estrategias del biopoder dirigidas al cuerpo pueden ser reconocidas como estrategias anatomopolíticas. Pero cuando dichas estrategias se dirigen a la población (la multiplicidad o el conjunto de cuerpos), la anatomopolítica se transforma y desplaza hacia la biopolítica (Salinas, 2015, pág. 39). Esto no significa que ya no existe la disciplina, es una transformación, una sobre posición de los problemas de la

población, sobre los problemas del cuerpo. De alguna manera, el cuerpo es ya un piso ganado, un escalón seguro. Este cuerpo ya ha sido en cierta medida sometido, se encuentra bajo control, se encuentra con las vacunas al día, inmunizado, examinado e incorporado a un sistema de control de salud que se ha naturalizado. El objetivo concreto, no sería directamente la vida, sino que, por medio de un conjunto de disciplinas sobre cuerpo, regulaciones sobre la población, y procesos de subjetivación, se posibilita una organización del poder político sobre la vida misma (Salinas, 2015, pág. 39). Los desplazamientos que se producen, ya sea desde el poder soberano al biopoder, o de una anatomopolítica a una biopolítica, siguen la dinámica de la superposición. Es decir que la nueva organización y configuración del ejercicio del poder, que mantiene a la base las estrategias anteriores, lo que no significa la abolición de las estrategias previas (Salinas, 2015, pág. 41). Las estrategias de las sociedades disciplinarias no desaparecen, sino que se naturalizan o se transforman, adaptándose a nuevos niveles de valores y deseabilidad. Esta concepción puede comprenderse de mejor manera utilizando la noción de diagrama desarrollada por Deleuze (1987).

Resumiendo, podría caracterizarse de esta manera la primera etapa de significación del concepto de biopolítica. Este sentido no se disuelve del todo en la obra de Foucault, pero decae en el uso. Por otra parte, la segunda etapa del discurso nos lleva a entender el concepto de biopolítica como biopoder, es decir, como modelo de gobierno que estataliza lo biológico, que se distingue del poder soberano, ya no decidiendo sobre si hace morir o deja vivir, si no que se centra en el hacer vivir y dejar morir. También se puede comprender la biopolítica como tecnología del poder diferente de la anatomopolítica, otra expresión del biopoder; a diferencia de la biopolítica, la anatomopolítica mantendría aún muchas relaciones con el poder soberano (Salinas, 2015).

Finalmente, el tercer momento del discurso en torno a la biopolítica se desarrolla en un nuevo marco, que será definido por Foucault como gubernamentalidad o arte de gobernar. En este período parece quedar en evidencia que el desarrollo del concepto o idea de biopolítica queda inconcluso, no cerrado o abandonado (Salinas, 2015, pág. 46).

El curso de este año se dedicó finalmente, en su totalidad, a lo que sólo debía ser su introducción. El tema seleccionado era, entonces, la “biopolítica”; yo entendía por ello la manera como se ha procurado, desde el siglo XVIII,

racionalizar los problemas planteados a la práctica gubernamental por los fenómenos propios de un conjunto de seres vivos constituidos como población: salud, higiene, natalidad, longevidad, razas (...) Es sabido el lugar creciente que esos problemas ocuparon desde el siglo XIX, y se conoce también cuáles fueron las apuestas políticas y económicas que han representado hasta nuestros días. (Foucault, *Nacimiento de la Biopolítica*, 2007, pág. 359)

Foucault señala que no es imposible disociar los problemas que presenta el gobierno sobre el conjunto de seres vivos constituidos como población, del marco de racionalidad política dentro del cual se manifestaron y profundizaron (Foucault, *Nacimiento de la Biopolítica*, 2007, pág. 59). Dicho marco de racionalidad política serían el liberalismo y el neoliberalismo. En el *Nacimiento de la Biopolítica* (2007), Foucault señala que habría dedicado mucho tiempo y palabras a lo que sería la introducción, es decir, a señalar el contexto histórico-discursivo en el que se desarrolla el problema de la biopolítica. El liberalismo y el neoliberalismo son lo que podríamos entender como regímenes de verdad, sobre los cuales se producen las prácticas biopolíticas, es decir, el marco de relaciones de saber-poder que se desarrolla ahí (Salinas, 2015, pág. 47).

Siguiendo lo anterior, también es posible comprender la biopolítica en relación con la gubernamentalidad, es decir, con aquella racionalidad política que entiende la población como objeto de la política y que ha de distinguirse del poder soberano (Salinas, 2015, pág. 48). Así como también será posible entender la biopolítica en relación con el liberalismo. Como aquel conjunto de prácticas de poder que establece la razón gubernamental de fondo y que tiene la vida de la especie como objeto del actuar político, siempre bajo las estrategias privilegiadas de la economía política (Salinas, 2015, pág. 48). Este es quizás uno de los puntos más relevantes, el hecho de que la vida biológica, el cuerpo y el conjunto de los cuerpos, de los seres vivos, en tanto que, comprendidos como población, serán desde ahora comprendidos y pensados desde la mirada científica de la economía política, es decir, que comienzan a ser objeto de análisis e interpretación económica, aspectos de la vida humana que antes no lo eran. Así como el biopoder en su expresión anatomopolítica fue primordial para el desarrollo del capitalismo, la biopolítica es fundamental para el desarrollo de la economía política neoliberal.

Para la comprensión de la organización sociopolítica del presente, se debe tener en cuenta una triada compuesta por gobierno, población y economía política. Bajo esta

comprensión y funcionamiento, se pone en juego una difuminación del poder, un nuevo rol de estado (uno que gobierna para el mercado) y la creación de nuevas estructuras cada vez más complejas y polimorfos (Salinas, 2015, pág. 50).

Con esta palabra, gubernamentalidad (...) entiendo el conjunto constituido por las instituciones, los procedimientos, análisis y reflexiones, los cálculos y las tácticas que permiten ejercer esa forma bien específica, aunque muy compleja, de poder que tiene por blanco principal la población, por forma mayor de saber la economía política y por instrumento técnico esencial los dispositivos de seguridad (Foucault, Seguridad, Territorio y Población, 2006, pág. 136)

La cita anterior nos muestra que la gubernamentalidad es un proceso y un conjunto de elementos, que tienen por objeto de intervención la población, que tienen por saber privilegiado y superior, la economía política y como tecnología del poder, los dispositivos de seguridad y control. Aparentemente, el concepto de biopolítica ya no resultó ser tan efectivo en el léxico teórico de Foucault, quizás el concepto aún tenía demasiadas conexiones con las técnicas y estrategias de la medicalización, quedando aún muy ligado a la relación cuerpo-capitalismo, debiendo avanzar hacia la relación gobierno, población (cuerpos múltiples de la especie humana) y economía política, para alcanzar una mejor comprensión de nuestro presente.

Debido a que el saber económico comenzó a ser objeto fundamental de análisis y comprensión de la vida, es decir, que la interpretación de la vida se volvió literalmente económica (Foucault, Seguridad, Territorio y Población, 2006, pág. 136), también surgió una nueva comprensión del sujeto, sumergido en correspondientes corrientes y procesos de subjetivación. El sujeto como homo economicus, ya no será comprendido desde la lógica del intercambio económico, sino desde la lógica de la empresa. El homo economicus comienza a ser comprendido como capital humano (Foucault, Nacimiento de la Biopolítica, 2007).

La economía se vuelve interfaz de regulación de la población, es decir, que el hombre económico, concebido como capital humano y empresario de sí mismo, traslada los proyectos vitales y personales al plano de la lógica económica. De tal modo que los procesos de capitalización individual se transforman en procesos de construcción vital (Salinas,

2015, pág. 88). Esto se expresa en los proyectos de inversión en la propia educación, en la educación de los hijos, en seguros de salud, en la imagen personal, en la elección de pareja, entre otros. El sujeto buscará mayor rentabilidad respecto de su propio capital y del capital conjunto que es la familia. El sujeto se comprenderá como capital humano, ya no como fuerza de trabajo que recibe a cambio un salario, sino como capital indisociable que les pertenece, del cual se espera una renta y de la cual se espera que crezca en la medida que los proyectos de vida se orienten a rentabilizar aún más el capital inicial que cada uno posee desde el nacimiento. Este régimen gubernamental se expresa como transformación del espacio vital en mercado, es decir que, el nacimiento, la reproducción, la educación, la salud, la jubilación y la vivienda, ya no se comprenderán tanto como necesidades vitales de la sociedad, sino como mercados donde los sujetos invierten y consumen (Salinas, 2015, pág. 89).

Debemos resaltar dos puntos; el primero dice relación con lo que mencionado respecto de la tesis de desplazamiento-sobreposición planteada por Adán Salinas. Como hemos podido observar, los conceptos y tecnologías del poder que expresan el biopoder y la biopolítica, son producto de una serie de procesos de transformación, perfeccionamiento, difuminación y complejización de las estructuras de aplicación y distribución del poder político. El desplazamiento del poder soberano al biopoder, no corresponde a una abolición del poder ejercido sobre el territorio, sino a una transformación y una redirección del interés por parte del gobierno, entendiendo que lo anterior permitió un piso seguro o al menos establecido para la aplicación del segundo. Así como también el biopoder expresado como anatomopolítica, basado fuertemente en la disciplina, no sufre un reemplazo o una abolición ante el surgimiento de la biopolítica o la gubernamentalidad, sino que sufre una transformación, una especie de metamorfosis a raíz del desarrollo de determinados contextos en los cuales el pensamiento político cambia. Foucault señala el período de fobia al Estado, como aquel que facilitó el desarrollo del neoliberalismo como racionalidad política en el contexto alemán y el norteamericano (Salinas, 2015, pág. 89).

El segundo punto dice relación con la identificación de tres elementos que forman parte fundamental del biopoder y la biopolítica, y que se verán expresados de distintas formas en las prácticas y concepciones en torno a la salud mental. Estos elementos u objetos hacia los cuales se dirige la salud mental son; cuerpo, sujeto-subjetivación y población.

Estos tres elementos serán los que guiarán el desarrollo de este análisis y crítica al concepto o idea de salud mental.

LA IDEA DEL DISPOSITIVO

Como la gran mayoría de los conceptos de Foucault, no hay una definición unívoca o final del concepto de dispositivo (Yuing Alfaro, 2017, pág. 322), sin embargo, resulta necesario al menos alcanzar una noción de este, lo que nos permitirá nutrir el análisis que realizaremos respecto de la salud mental. Una definición del concepto de dispositivo la otorgara el mismo Foucault:

Eso que intento mostrar bajo ese nombre es, primeramente, un conjunto decididamente heterogéneo, que implica discursos, instituciones, ordenamientos arquitectónicos, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas, en suma: tanto lo dicho como lo no dicho, he ahí los elementos del dispositivo, el dispositivo mismo es la red que se puede establecer entre esos elementos. (Foucault, *Dits et Écrits*, 1994, pág. 229)

Para García (2011), El concepto de dispositivo, de acuerdo con lo señalado por Foucault, tendría tres niveles de problematización. En primer lugar, se indicaría la importancia de la red como forma de organización de este conjunto heterogéneo de elementos. La red sería la conexión que puede establecerse entre estos elementos que son tanto discursivos como no-discursivos, por lo que el dispositivo sería la red que se establece entre ellos.

En segundo lugar, la naturaleza de la red (García, 2011, pág. 1), es decir, el carácter primeramente heterogéneo de los elementos que componen la red, que incluye a lo dicho y lo no dicho, a lo discursivo y a lo no-discursivo, es decir a elementos tales como las normativas, las leyes, los acuerdos informales, las implicancias sociales detrás de una determinada organización y distribución de la vida urbana, etc.

Además, el dispositivo no se reduciría exclusivamente a prácticas discursivas, que contengan un saber, sino también a prácticas no-discursivas, siendo la relación entre ambas

un requisito excluyente en la consideración de un dispositivo. Para Foucault los discursos se volverían prácticas en la captura o pasaje de los individuos, a lo largo de su vida, por los dispositivos que producen así formas de subjetividad. Los dispositivos constituirían sujetos, inscribiendo en sus cuerpos un modo y una forma de ser (García, 2011, pág. 2). Estos modos y formas de ser llevan la marca de las institucionalidades, las prácticas y los saberes que forman parte de la red que compone a los dispositivos, es por este motivo que el dispositivo disciplinario muestra una relación entre la escuela y el ejército. El motivo de esta captura del sujeto en la red del dispositivo es la de controlar, gobernar, orientar, dar un sentido útil a los comportamientos, los gestos y los pensamientos de los individuos (García, 2011, pág. 2). En el contexto de la biopolítica, los dispositivos de seguridad y regulación tienen por objeto la sujeción del individuo a la figura predominante o privilegiada del homo economicus y su versión más reciente, interpretado como capital humano.

Es importante no confundir dispositivo con institución, el dispositivo tiene por condición la relación, la red que se establece entre instituciones, saberes, etc. La red que se establece entre psiquiatría, poder judicial, policía, cárcel, etc.

Un dispositivo sería entonces un complejo haz de relaciones entre instituciones, sistemas de normas, formas de comportamiento, procesos económicos, sociales, técnicos y tipos de clasificación de sujetos, objetos y relaciones entre estos, un juego de relaciones discursivas y no discursivas, de regularidades que rigen una dispersión cuyo soporte son prácticas. Por eso no es exacto decir que los dispositivos “capturan” individuos en su red, sino que producen sujetos que como tales quedan sujetados a determinados efectos de saber/poder. (García, 2011, pág. 3)

Para Deleuze (2009), las dos primeras dimensiones de un dispositivo dicen relación con que estos serían máquinas de hacer ver y hacer hablar. El hacer ver, el poner a la luz, dice relación con lo que el dispositivo determina como importante de mostrar, por ejemplo; el cuerpo y toda su capacidad de manipulación, utilidad y rentabilidad en el contexto del capitalismo industrial. Este hacer ver, también se relaciona con un hacer hablar, una serie de líneas de enunciación, de elaboración discursiva, de construcción de un saber. A eso se suman líneas de subjetivación, líneas de fuerza y de fractura. Lo que desea mostrar Deleuze (2009), dice relación con que el concepto de dispositivo presenta un abierto repudio a la idea de los universales, es decir, de los conceptos por sobre las prácticas. Para él, todas las

líneas que componen un dispositivo son líneas de variación, se encuentran en una dinámica de constante movimiento, transformación y por sobre todo de producción. “Lo uno, el todo, lo verdadero, el objeto, el sujeto, no son universales, sino que son procesos singulares de unificación, de totalización, de verificación, de objetivación, de subjetivación, procesos inmanentes a un determinado dispositivo.” (Deleuze, Michel Foucault, Filósofo , 2009).

Para Yuing (2017), el dispositivo “cobra sentido general como elemento que, al interior de una estrategia, facilita la materialización efectiva del poder, vale decir, como un agente que libera la productividad que se espera del cuerpo individual o del cuerpo de la población” (pág. 323). El dispositivo tendría un rol principalmente productor. No obstante, las relaciones de poder no se explicarían según una meta, sino mediante el entretejido que se encuentra con la corporalidad (Yuing Alfaro, 2017, pág. 323), con la captura o sujeción del cuerpo en la red del dispositivo. Aparentemente el dispositivo siempre busca o persigue una meta determinada (Yuing Alfaro, 2017, pág. 324), implica siempre una adaptación del cuerpo respecto de la persecución de dichas metas.

Para Agamben (2011), el dispositivo de Foucault parece tener un parentesco evidente con la *dispositio* teológica:

El vínculo que reúne a todos estos términos es la referencia a una economía, es decir, a un conjunto de praxis, de saberes, de medidas y de instituciones cuya meta es gestionar, gobernar, controlar y orientar -en un sentido que se quiere útil- los comportamientos, los gestos y los pensamientos de los hombres. (pág. 256).

Este mismo propone una partición general y masiva de lo ente en dos grandes conjuntos o clases; los seres vivos (o sustancias) y los dispositivos (Agamben, 2011, pág. 257). Los seres vivos no dejarán de ser aferrados, sujetos aferrados a los dispositivos. “Entonces (...), llamo dispositivo a todo aquello que tiene, de una manera u otra, la capacidad de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar y asegurar los gestos, las conductas, las opiniones y los discursos de los seres vivos.” (Agamben, 2011, pág. 257). Agamben señala que no solo serían dispositivos las escuelas, la confesión, las fabricas, las medidas jurídicas, en las cuales el poder se articularía de una manera evidente. Sino que también

serían dispositivos el bolígrafo, la escritura, la literatura, la filosofía, la agricultura, el cigarro, la navegación, las computadoras, los teléfonos portátiles y el lenguaje mismo (Agamben, 2011, págs. 257-258). Entre estas dos clases, los seres vivos y los dispositivos, aparece una tercera clase, los sujetos. Los sujetos serían aquello que nace de la relación entre los seres vivos y los dispositivos (vida artificial, institucional, simbólica, abstracta). En este caso, un mismo individuo, un ser vivo, un humano, podría dar lugar a muchos procesos de subjetivación. Agamben señala que no sería nada erróneo señalar que la fase del desarrollo del capitalismo que vivimos es una inmensa acumulación y proliferación de dispositivos, por lo que parece que “actualmente no hay un solo instante en la vida de los individuos que no sea modelado, contaminado o controlado por un dispositivo” (Agamben, 2011, pág. 258). No es de extrañar que lo que el individuo hoy reconoce como *si mismo* es una serie casi ilimitada de cualidades, inmanencias y trascendencias, producto de su relación con una infinidad de dispositivos con los cuales se relaciona de manera dinámica y cambiante. La incorporación cada vez mayor de identidades, formas de pensamiento e interrelaciones es prueba de aquello, además de la cada vez más virtualmente laxa concepción de normalidad.

Agamben (2011) recuerda como Foucault da cuenta de que, en nuestras sociedades capitalistas, los dispositivos, a través de una serie de prácticas y discursos, de saberes y ejercicios, busca la creación de cuerpos dóciles pero libres (pág. 262). Acá la idea de libertad como valor y como elemento que conforman al sujeto contemporáneo es pilar fundamental para muchas prácticas asociadas, por ejemplo, a la salud mental. Sin embargo, en nuestra fase actual del capitalismo, los dispositivos no efectúan la producción de un sujeto, sino más bien que son procesos que podemos llamar “procesos de desubjetivación” (Agamben, 2011, pág. 262). Esto en el sentido de que los dispositivos generan procesos de subjetivación y desubjetivación a la vez, no pudiendo subsanar con un nuevo proceso de subjetivación, sino que dejando al individuo en estado espectral, indefinido, imposibilitado de construir una identidad estable y segura. Para Agamben, esta situación crítica genera la desaparición de identidades reales, conectadas con sus luchas políticas, llevando a la sociedad a la situación de triunfo de la pura actividad de gobierno, “que no persigue otra cosa que su propia reproducción” (Agamben, 2011, pág. 262).

Para Foucault la gubernamentalidad tiene por instrumentos fundamentales de aplicación del poder a los dispositivos de seguridad. Más se señalará el motivo por el cual también será posible comprender el concepto o idea de salud mental, como dispositivo de seguridad.

LA SALUD MENTAL COMO PRACTICA GUBERNAMENTAL Y DISPOSITIVO DE SEGURIDAD.

Habiendo ya trazado líneas generales para el próximo paso, es que nos aventuramos ahora a un cruce entre salud mental, biopolítica/gubernamentalidad y dispositivos de seguridad. Como podrán ir siguiendo, parece haber una cierta relación entre las transformaciones que afectaron al poder soberano, el surgimiento de la medicina social, la consideración de la vida humana como especie para hacer política, entre otros, y el surgimiento de lo concebimos hoy en día como salud mental.

En primer lugar, debemos comprender que la idea o concepto de salud mental no puede ser concebida fuera de un contexto de medicalización. Es decir, que la salud mental tiene una estrecha relación con la medicina, y a pesar de ser heredera de una medicina teológica-chamanica, sus características responden más a una cierta institucionalización y profesionalización de la medicina, alcanzada gracias al proceso mismo de medicalización. Además, la relación de la salud mental con la medicalización se observa principalmente en que comparte la característica de formar parte de los objetivos de gobierno. Es durante el siglo XVIII en Europa cuando la medicina comienza a dejar de ser asistencia y clínica pura, para volverse social, asumiendo como primera preocupación la tarea de mejorar la capacidad de diagnóstico de enfermedades, clasificación y tratamiento (Fuster, 2013, pág. 29), volviéndose una practica cada vez más al amparo de las vanguardias en ciencia. Esta medicina que se hizo parte de la organización política y del gobierno, permitió introducir un primer objeto sobre el cual se proyectaba el propósito de potenciar su salud, dicho objeto es el cuerpo. Bien señala Foucault que el capitalismo socializó, entre finales del siglo XVIII y comienzos del XIX, un primer objeto, el cuerpo (Foucault, Estrategias de poder; Obras escenciales Vol II, 1999, págs. 365-366). Más adelante profundizaremos en la relación

entre salud mental y cuerpo, no obstante, debemos comprender que la relación medicina-cuerpo-capitalismo, es una triada fundamental para reflexionar en torno a las primeras prácticas de diagnóstico y cura de las enfermedades mentales, considerando que el primer momento de la salud mental o el período de la psiquiatría como disciplina médica dominante, se caracterizó por su intervención privilegiada del cuerpo, el cuerpo del enfermo. La tesis de Foucault señala que las condiciones que posibilitaron el surgimiento de la locura comprendida como enfermedad, tienen relación con lo que denominó “el gran encierro” (Foucault, Historia de la locura; tomo I, 1976). Durante el siglo XVII los antiguos leprosarios se vieron colmados de vagos, pobres y alienados (Foucault, Historia de la locura; tomo I, 1976, pág. 86), a los cuales por medio del encierro se les buscaba disciplinar y volver productivos para la sociedad. Esto permitió posar la mirada sobre el loco, quien es llevado al territorio de objeto de estudio (Foucault, El poder psiquiátrico, 2007, pág. 16). Este período de la salud mental, bajo el dominio absoluto de la nascente y próspera psiquiatría, se considera sumamente disciplinario, es decir, centrado en individualizar y distribuir el cuerpo del enfermo mental, el cual debía de someterse al encierro, a rutinas e intervenciones de todo tipo, que buscaban erradicar la locura que caracterizaba al enfermo, por medio de un sometimiento y disciplinamiento directo del cuerpo. Pronto comenzó a volverse dominante la interpretación mecanicista de la enfermedad mental, acercándose a lo que hoy podemos concebir como el origen fisiológico de la enfermedad mental.

Entonces, como primer punto de síntesis, podríamos concebir que el primer período, previo al surgimiento de la salud mental como concepto y/o idea central, se caracterizaba por el dominio de la medicina psiquiátrica, se relaciona con el biopoder, bajo la estrategia privilegiada de la anatomopolítica como tecnología de ejercicio del poder. Este período se caracteriza por el uso de tecnologías disciplinarias, donde el cuerpo es concebido como una máquina biológica, que debe ser sometido a un régimen de alimentación, de cuidados, de entrenamientos, rutinas y distribuciones espaciales, de tal forma que dicha distribución y aplicación del poder, penetre las “Fibras blandas del cerebro” (Foucault, El poder psiquiátrico, 2007, pág. 16). Esta medicalización que tiene por objetivo promover y potenciar la salud, disminuir y erradicar las enfermedades, tiene por objeto el cuerpo, este cuerpo es objeto apreciado por el capitalismo, ya que revela todo su potencial y rentabilidad económica. Por lo tanto, la etapa pre-salud mental o algo parecido a ella, podrá ser concebida

durante el siglo XVIII y el siglo XIX, como medicina social, lo que permitió el desarrollo de más y cada vez más específica, investigación y teorización en torno a las enfermedades mentales.

Este período de la salud mental tal y como se señaló antes, no es propiamente tal lo que podríamos concebir finalmente como salud mental en la actualidad, pero al menos nos marca un par de pistas importantes. Una de ellas dice relación con las transformaciones que le siguen, el cambio de objeto privilegiado de estudio, la proliferación de disciplinas asociadas, el desarrollo de estructuras cada vez más complejas y polimorfas de intervención. Bien podríamos creer o mal entender que el proceso de medicalización favoreció al establecimiento de la psiquiatría como práctica y ciencia médica dominante con relación a toda intervención preventiva, curativa y paliativa de los trastornos mentales. Por el contrario, la salud mental se caracteriza por su multiplicidad.

El período de formación se caracteriza por su expresión como nosopolítica (clasificación diagnóstica de las enfermedades) y anatomopolítica. Estas formas eran parte de un paradigma disciplinario, donde lo importante es el control, la individuación y distribución de los cuerpos, la rutina, el entrenamiento, la intervención corporal, la vigilancia, el castigo y la estimulación. Los protagonistas eran el individuo y el cuerpo, el objetivo era la cura, el entrenamiento, la educación, etc. Mientras que hoy el protagonista en salud mental no es el individuo, el protagonista es la población, y su objetivo no es propiamente disciplinar, sino regular, gestionar, promover la circulación positiva de la población compuesta por sujetos productivos económicamente hablando.

El objeto de la salud mental no es tanto la salud del individuo, pese a que aún se sigue considerando el bienestar individual, sino la salud mental de la población, ya que el bienestar individual es importante en la medida que es el bienestar de los individuos que componen una población. Al igual que la biopolítica se distingue de la anatomopolítica, la salud mental de nuestro tiempo se distingue de sus orígenes, puesto que pone énfasis no en el cuerpo-individuo y en las disciplinas para someterlos, sino en la multiplicidad, en el conjunto de los cuerpos, en la población, y en los dispositivos de seguridad para su regulación, que tienen como propósito disminuir la prevalencia de enfermedades mentales que producen estragos económicos. Esta transformación también incluye una racionalidad, la cual señala que la vida de la especie es objeto de gestión política y que se privilegia como saber y

como estrategia la economía política. Es decir que ingresamos en el período en el cual aquellos aspectos de la vida que no eran propiamente objeto de análisis económico comienzan a serlo, y que la interpretación de muchas dimensiones de la vida se realizará desde el juicio de su utilidad y de su valor para la vida económica. Esta nueva concepción de la vida es también internalizada y reproducida por el conjunto de prácticas-saberes que componen el dispositivo de la salud mental, que en la sujeción de los cuerpos-individuos que componen una población, promueve y condiciona valores, formas determinadas de comportamientos, de gobierno y autogobierno, etc.

Si las estrategias y técnicas del biopoder fueron fundamentales para el desarrollo del capitalismo, la biopolítica lo ha sido para el desarrollo de la economía neoliberal, lo que podríamos considerar nuestro presente. No obstante, Foucault parece comenzar a abandonar el uso del concepto de biopolítica, quedando al menos su desarrollo inconcluso o no cerrado, dando paso al uso del concepto de gubernamentalidad. Es posible comprender la biopolítica en relación con la gubernamentalidad, que es aquella racionalidad política que entiende a la población como objeto de la política y que se distingue por tanto del poder soberano (Salinas, 2015, pág. 48). Foucault señala que para una comprensión de la organización sociopolítica del presente, se debe tener en consideración una triada compuesta por gobierno-población-economía política (Salinas, 2015). Este escenario y nivel de análisis pone en juego una nueva comprensión del rol del estado, que gobierna para el mercado, y la creación de estructuras para el ejercicio del poder, cada vez más complejas (Salinas, 2015, pág. 50). Esta gubernamentalidad, según el propio Foucault, se refiere a un conjunto constituido por instituciones, procedimientos, análisis y reflexiones, cálculos y tácticas específicas y muy complejas, que permiten ejercer el poder sobre su objeto principal que es la población, asumiendo por forma mayor de saber la economía política (neoliberalismo dominante) y por instrumento técnico los dispositivos de seguridad (Foucault, Seguridad, Territorio y Población, 2006, pág. 136).

Siguiendo lo anterior es que debemos de comprender el concepto o idea de salud mental a la luz de este nuevo escenario, es decir, la salud mental como practica gubernamental, dispositivo de seguridad y dispositivo biopolítico. Es muy probable que nuestra búsqueda de una definición unívoca y con límites claros, respecto de qué es la salud mental, termine en rotundo fracaso. La salud mental debe de entenderse como conjunto de

prácticas, saberes y también como un estado que se busca alcanzar. No nos será posible alcanzar alguna comprensión de lo que es la salud mental, o al menos siempre faltará una parte, fuera de los contextos políticos y de gobierno, desde que se inicia la medicalización de la sociedad, la salud mental en su estado actual es una producción de gobierno y para el gobierno, y también dispositivo de seguridad. Pero vamos señalando algunas características fundamentales para poder ilustrar lo que acá se plantea:

En un primer resumen, la salud mental puede concebirse como estado de bienestar de un individuo, que logra identificar sus propias aptitudes y potenciarlas, puede afrontar y sobrellevar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente, además de hacer una contribución a su comunidad (OMS, 2004, pág. 12). También la salud mental puede ser comprendida como estado de bienestar de la población, que implica más que la ausencia de enfermedad mental. Sin embargo, la mala salud mental suele expresarse en la presencia de enfermedad mental y suele presentarse bajo la forma de estudios epidemiológicos de prevalencia de dichas enfermedades en la población. El problema de la polisemia del concepto de salud mental continúa siendo una complejidad, no obstante, nos interesa mostrar que su estado actual responde más a una práctica gubernamental que a una disciplina, lo que no significa que no pueda contener elementos de su diagrama anterior. Si bien la salud mental suele referirse en primera instancia al estado de bienestar subjetivo de un individuo, las políticas de salud mental, su organización y distribución no se dirigen al propiamente al individuo, sino al conjunto de los cuerpos-individuos, la población. Para eso cuenta con una serie de herramientas, estrategias, instituciones, discursos, saberes, medidas disciplinarias, etc., que posibilitan una determinada subjetivación de los cuerpos-individuos que componen la población y promueven la regulación y gestión de esta, buscando disminuir la prevalencia de enfermedades mentales, el bienestar que promueva una participación económica positiva de los sujetos.

Entonces se reitera, la salud mental no tiene por objeto privilegiado o único, al individuo, tiene por objeto (también) a la población. Las políticas de salud mental no se basan en el modelo del encierro psiquiátrico, dirigido a someter el cuerpo-individuo y asirlo a la red de las disciplinas, ya que luego de una serie de transformaciones, que incluyeron luchas por los derechos de los enfermos mentales, creación de marcos de regulación legal y el desarrollo de nuevos saberes en torno a la enfermedad mental, su diagnóstico y tratamiento,

el encierro y la hospitalización se volvieron una práctica cada vez menos frecuente. Actualmente se favorece lo abierto, el retorno a la vida en comunidad por parte del enfermo, que el sujeto afectado vuelva a la dinámica de circulación de población humana en la ciudad y que no sea retenido, cosa que genera gasto y disminuye la productividad.

El principal instrumento de la salud mental es la estadística, sus análisis suelen correlacionar la prevalencia de trastornos mentales en la población, con indicadores de gasto y perjuicio económico. Por ejemplo, los informes de la OMS señalan que cerca de un millón de personas se suicidan cada año y alrededor de 25 millones de personas sufren esquizofrenia (OMS, 2004, pág. 8), pero no es ese el panorama que genera horror, sino las consecuencias económicas desastrosas asociadas. La mayoría de las personas afectadas por un trastorno mental presenta discapacidad laboral y/o pérdida de ingresos (OMS, 2004, pág. 14), mientras que sus familiares y cercanos ven afectada su capacidad de ingresar a un trabajo o a lo menos disminuyen su productividad, la cual afecta a su vez la productividad de la sociedad en general, que asume gastos enormes para cubrir el tratamiento y las necesidades de dicha parte de la población afectada por trastornos mentales. En muchos países desarrollados, se estima que entre el 35% y 45% del absentismo laboral es debido a los problemas de salud mental que afectan a los trabajadores (OMS, 2004, pág. 19), mientras que también se les considera una de las causas que afectan y disminuyen el ingreso de cierta población al mercado laboral. La OMS va aún más allá, señala que pobreza y trastornos mentales forman un círculo vicioso (OMS, 2004, pág. 25), ambas variables se encontrarían interrelacionadas y serían codependientes en determinados contextos. Es por esto por lo que el organismo internacional se dirige a la prevención, a lo que podemos llamar seguridad. Cabe mencionar que estas cifras sirven de justificación para el desarrollo de técnicas y estrategias de gestión de la salud mental de la población.

Es posible observar que la salud mental como práctica gubernamental tiene por objeto la población, la salud mental de la población, además, de guiarse por el saber mayor de la economía política. La enfermedad mental por sí sola no tiene relevancia alguna para las políticas de salud mental, se vuelve objeto de interés cuando se asocia a variables de orden económico. Siguiendo este análisis, podríamos también hablar de la salud mental como dispositivo de seguridad.

Tal y como se señaló anteriormente, el modelo del encierro psiquiátrico ha perdido todo protagonismo, solo se utiliza para aquellos casos en los que el conjunto de dispositivos que organiza el gobierno y la sociedad no tuvo efectos suficientes para la regulación de la conducta y el pensamiento del individuo afectado, quien es declarado víctima de una enfermedad mental con apellido grave. La salud mental en tanto que practica gubernamental, asume a la población como objeto de intervención, la multiplicidad de los cuerpos, y en consecuencia también adopta una forma múltiple, por medio del saber económico que promueve la competencia y la forma empresa. Todo lo anterior favorece la proliferación de diversidad de prácticas y saberes, a veces disperso, en torno a los trastornos mentales, los problemas psicosociales y el bienestar (Restrepo & Jaramillo, 2012, pág. 203). De esta forma la psiquiatría y su modelo nosológico, convive con la psicología y sus diferentes orientaciones teóricas, con las terapias alternativas, el trabajo social, la sociología, la terapia ocupacional, diferentes modelos de rehabilitación e inserción sociolaboral, entre otros. La salud mental no ha de centralizarse en una práctica o saber único, menos aún monopolizarse en caso de que se ofrezca como servicio u objeto de consumo, por lo que responde a los modelos neoliberales que promueven la competencia como valor fundamental y a la proliferación de empresas, de profesiones, etc. La práctica gubernamental de salud mental promueve lo abierto, lo múltiple, es una estructura compleja y una estrategia polimorfa del poder, que busca favorecer la circulación positiva de la población dentro de la ciudad.

La salud mental también puede ser comprendida como dispositivo, uno tal que contiene en la red de elementos heterogéneos que lo componen, estrategias, técnicas y practicas disciplinarias, pero no bajo el principio mismo de la disciplina, sino bajo el principio de la seguridad. Como habíamos visto, la salud mental puede comprenderse en relación con las distintas perspectivas, saberes y prácticas que nos dan cuenta de una visión biomedica, cognitivo-comportamental y socioeconómica. Todas estas contienen en si una serie de técnicas de control de los individuos que dicen relación con el diagnóstico, la medicación, el establecimiento de hábitos, conductas socialmente adaptadas, educación, formas de pensamiento considerados normales y condiciones materiales de vida suficientes para mantener el estado de bienestar subjetivo en la familia, en el hogar, en el trabajo, así como también la vigilancia y el control. Sin embargo, todas estas prácticas ya no son realizadas bajo el principio de la disciplina, sino bajo el principio de la seguridad. Para Foucault los dispositivos

de seguridad representan y de alguna manera suman las medidas de los dispositivos jurídico-legales y de los dispositivos disciplinarios, haciéndolos funcionar coordinadamente, ya no con el fin de imponer disciplina y acción coactiva, sino con fines mayores, tales como; establecer estadísticas, sistemas e instrumentos de vigilancia, de observación y seguimiento de la evolución de epidemias, de las actividades criminales, de las enfermedades contagiosas y las no contagiosas, con el fin de erradicar dichos fenómenos que generan efectos negativos para la economía, o al menos para reducir al mínimo su impacto (Salinas, 2015, pág. 62). Los dispositivos de seguridad no actúan sobre el individuo, sino sobre el conjunto, sobre la población, haciendo uso de su saber fundamental, la economía política, es decir, la relación entre territorio, riqueza y población, un tipo de intervención de gobierno que se ocupa de la relación entre la economía y la población (Salinas, 2015, pág. 64). Ya que la soberanía y la disciplina requieren de objetos rígidos, controlados y vigilados, la seguridad asume la condición múltiple y cambiante de la población, por lo que los dispositivos de seguridad se ocupan de la población, el medio (la ciudad) y la circulación. En este sentido, la ciudad se comprende como medio, aquel espacio en el cual circulan los cuerpos y las mercancías, que se caracteriza por encontrarse en constante movimiento (Torrano, 2016, pág. 80), por lo que la circulación se vuelve un elemento fundamental para los dispositivos de seguridad. Sin ir más lejos, la circulación es uno de los rasgos centrales de las sociedades neoliberales contemporáneas, caracterizada por la migración, los mercados globales de intercambio de mercancías, la competencia empresarial, etc. En consecuencia, los dispositivos de seguridad administran el medio, “el poder ya no se ejerce directamente sobre los cuerpos, sino que se dirige a acondicionar el medio para producir ciertas conductas y evitar otras, donde se debe administrar la circulación, fomentar la buena y restringir la mala circulación” (Torrano, 2016, pág. 81). Foucault (2006) aclara lo que entiende por circulación en la siguiente cita:

(...) por circulación no hay que entender únicamente esa red material que permite la circulación de las mercancías y llegado el caso de los hombres, sino la circulación misma, es decir, el conjunto de reglamentos, restricciones, límites o, por el contrario, facilidades y estímulos que permitirán el tránsito de los hombres y las cosas (Seguridad, Territorio y Población, 2006, pág. 375).

La ciudad es ahora un medio abierto, un espacio de circulación y movimiento constante, por lo que los dispositivos de seguridad deben de abordar el problema de la población flotante de trabajadores, el crimen, el movimiento y desplazamiento de las enfermedades, que en el caso del dispositivo de la salud mental corresponde a enfermedades mentales.

Siguiendo lo anterior, al igual que los dispositivos de seguridad, la salud mental podría también ser comprendida como un dispositivo de seguridad, es decir, un conjunto de elementos heterogéneos (discursos, disciplinas, prácticas terapéuticas, edificios, instituciones, manuales diagnósticos, planes preventivos y educativos, administración de recursos humanos, etc.) cuyo fin será dirigir los gestos, conducta, pensamientos y emociones de la población, bajo el principio de la seguridad, siguiendo los saberes y prácticas de la economía política. La idea de salud mental al ser algo más que la presencia y/o ausencia de enfermedad mental, se eleva a una nueva categoría, más compleja y política, se dirige a la población más que al individuo, y asume la labor de guiar las políticas de ventilación e higiene (Foucault, Seguridad, Territorio y Población, 2006, pág. 124), es decir, de control, seguimiento y acomodación del medio, con el fin de prevenir y establecer dinámicas, rutinas y programas de higiene mental. Basta con observar la incorporación masiva de psicólogos en las escuelas con el fin principal de realizar acciones de diagnóstico, o la incorporación de estos en las empresas, tanto como para apoyar los procesos de selección de personal y para evaluar los niveles de estrés y clima laboral, los cuales se asocian al desarrollo de trastornos mentales, a la disminución de la productividad y al absentismo laboral. Así como también el rol asumido por muchos trabajadores sociales, quienes se encuentran constantemente en un proceso de evaluación e intervención normalizadora.

La salud mental en tanto que dispositivo de seguridad se rige en primer lugar por una serie de datos materiales, en su mayoría estos tienen relación con todos los aspectos de organización de la vida en ciudad y la vida rural, eso incluye trabajo, educación, familia, además de datos no necesariamente materiales, los que serían las estadísticas de salud, principalmente estudios de distribución epidemiológica de las enfermedades mentales, caracterización de los grupos de riesgo y de factores asociados al padecimiento de una enfermedad mental, tal como lo sería la pobreza, la violencia, los accidentes, la cesantía, el estrés laboral, etc. Esto abre el reino de las probabilidades (Velés Vega, 2016, pág. 125), ya que los

dispositivos de seguridad buscan maximizar los elementos positivos, es decir, la buena circulación, y, por el contrario, disminuir la mala circulación o circulación riesgosa, es decir, el crimen, las enfermedades, la cesantía, la escases, la pobreza. Esto mediante los instrumentos estadísticos y las técnicas de acomodación del medio, así los dispositivos de seguridad buscan disminuir el riesgo y al encontrarse dirigidos hacia la población, se apuesta a la probabilidad y se proyecta siempre hacia el futuro, construir una ciudad y regular una población, asumiendo como principio que esta no es estática, sino que está en constante cambio y transformación, por lo que todo ha de pensarse en proyecciones de tiempo, ya sea próximo, medio o lejano (Velés Vega, 2016, pág. 125). La serie de relaciones estadísticas que les mencione antes son uno de los instrumentos más importantes, la salud mental se proyecta de acuerdo con los descubrimientos que se van dando en la correlación de una serie de variables asociadas al riesgo de padecer una enfermedad mental, lo que ha de ser entendido como una circulación y un medio de riesgo, por lo que se busca maximizar todos aquellos elementos que se relacionen con un estado de bienestar subjetivo. La categorización de los componentes o factores de riesgo, vulnerabilidad y protección (Donas Burak, 2001, págs. 489-490), en la infancia, la adolescencia y la adultez, son hoy uno de los principales objetivos de investigación y ejes de intervención en políticas públicas. La promoción y acomodación del medio con el fin de promover el desarrollo y mantención de factores protectores, puede ser leído como un objetivo de seguridad, donde se busca promover la buena circulación.

Hasta acá nos podría quedar una impresión más precisa de lo que la salud mental podría ser, sin embargo, considero de primera necesidad, describir y reflexionar en torno a la relación entre cuerpo-salud mental y sujeto-salud mental. El motivo es sencillo, la salud mental no es una práctica dirigida a lo mental como espacio abstracto donde se encuentran los pensamientos y las funciones mentales de los individuos, sino que está aún dirigida al cuerpo-población. Por otra parte, la salud mental requiere siempre de identificar un sujeto, así es como también cumple un rol de subjetivación, encontrándose siempre en el escenario de un sujeto económico dominante y una serie de sujetos teóricos que surgen de sus disciplinas asociadas. Creo que cuerpo-población y sujeto-subjetivación, son los elementos básicos que componen el entramado teórico-práctico de la salud mental, ya sean nombrados e intervenidos de maneras diferentes, en la multiplicidad de sus prácticas, saberes,

racionalidades y disciplinas, o simplemente omitidos, su presencia es aún fundamental. El primero señala superficie material de contacto entre la red del dispositivo de seguridad/biopolítico y el cuerpo-individuo. El segundo dice relación con la idea básica de que existe un estado de bienestar subjetivo, posibilitado por una cierta configuración interna o psicológica del individuo, que posibilita la emoción, los afectos, los cuales parecen no ser del todo naturales o espontáneos, sino producto de una subjetivación.

CUERPO Y SALUD MENTAL

Como ya pudimos observar, la salud mental entendida como estado, además de conjunto de prácticas y saberes respecto del bienestar subjetivo de la población, no es algo que le corresponda de forma exclusiva a la psiquiatría o a sus disciplinas asociadas. La tendencia es y será, continuar asociando estadísticamente, la variable salud mental (ausencia de enfermedad mental, estado de bienestar subjetivo, realización personal y económica, condiciones de vulnerabilidad, riesgo y protección) a otra serie posible de variables que podrían de afectar a la primera. Estas variables pueden ser de origen orgánico, fisiológico, social, económico, familiar, de clase social, de origen étnico, etc. Si bien, no obstante, la relación entre salud mental y variables de tipo económicas, han de ser dominantes en la visión actual de la salud mental, considerada esta como practica gubernamental y dispositivo de seguridad/biopolítico, el cuerpo sigue siendo un lugar de encuentro, aquello que es producido y dirigido por la red de elementos que constituyen los distintos dispositivos, por tanto, lugar de aplicación del poder. La relación entre el cuerpo y la salud mental, tiene las características del dispositivo, incluye lo dicho y lo no dicho (García, 2011, pág. 1), y opera como agente que libera la productividad del cuerpo individual y del cuerpo de la población (Yuing Alfaro, 2017, pág. 323), es decir, lugar de materialización del poder y dirección de la población, en un sentido útil. La salud mental como dispositivo de seguridad, contiene elementos de los dispositivos disciplinarios (centrados en el cuerpo individual) y los dispositivos jurídico-legales (persona, propiedad, etc.), en este sentido, la salud mental no escapa a los problemas que representa la intervención corporal, tales como el exceso de disciplina o el trato al individuo como

cuerpo-máquina, así como también las dificultades para determinar si el cuerpo pertenece al individuo (en términos legales), si es una cosa u objeto de administración político-económica, o si es un elemento indisociable de los individuos, que por tanto, no sería objeto de explotación económica (Esposito, 2016, pág. 98). El cuerpo sería el lugar donde es posible rastrear las batallas humanas libradas durante la historia, el cuerpo es reflejo y producto de la historia de los hombres. Ha sido modificado, corregido, optimizado, embellecido, etc.

Tal y como han sido caracterizados los conceptos abordados, el cuerpo no escapa al problema de la polisemia, a la significación múltiple que convive en el corazón mismo de las prácticas y saberes en torno a la salud mental, de tal manera que podría generarnos mucha confusión. Todos los problemas planteados en torno al cuerpo, conviven en la acalorada discusión teórica o en la fría reproducción conceptual con fines de otorgar credibilidad y autoridad a algún discurso terapéutico y/o explicativo, lo que no detiene el avance, ni la intervención gubernamental en torno a la salud mental. Debe quedar en claro que los saberes y prácticas en torno a la salud mental, no son, ni serán, ajenas al cuerpo.

En primer lugar, debemos a lo menos intentar abordar la pregunta en torno a ¿qué es el cuerpo? O ¿cómo ha sido entendido el cuerpo? Para esto se proponen dos líneas de entrada. Una dice relación con el cuerpo fenomenológico, es decir, la relación de identidad entre ser y cuerpo, o el cuerpo como algo dado y decidor de la percepción y la conciencia. Esta caracterización incluye el trabajo de autores ligados a la fenomenología, entre los que podemos nombrar a Maurice Merleau-Ponty, Jean Paul Sartre, Michel Henry, entre otros.

La otra línea, que es la que nos interesa, tiene relación con el cuerpo en el contexto del biopoder, la biopolítica y la gubernamentalidad. Foucault no asume el cuerpo como algo dado, sino como algo producido, en producción o por producir. No asume el cuerpo como la *res extensa* cartesiana, “sino como resultado del entrecruzamiento del saber y el poder en el dispositivo” (Perea, 2013, pág. 5). Por el contrario, a modo de ejemplo, Para Merleau-Ponty el cuerpo sería la sede de un nuevo *cogito*, el cual llama cuerpo fenomenal, es decir, el cuerpo percibido como propio y sus consecuencias en el desarrollo la conciencia, la percepción y la concepción ontológica de la existencia (Espinal, 2011, pág. 191).

El cuerpo humano es, como sabemos, una fuerza de producción, pero el cuerpo no existe tal cual, como un artículo biológico o como un material. El cuerpo humano existe en y a través de un sistema político. El poder político proporciona cierto espacio al individuo: un espacio donde comportarse, donde adoptar una postura particular, sentarse de una determinada forma o trabajar continuamente. (Foucault, *Estética, ética y hermenéutica (dialogos sobre el poder)*: Obras esenciales VOL III, 1999, pág. 65)

En síntesis, como primera idea, el cuerpo ha de ser comprendido acá como algo producido y no dado. Surge en el entrecruzamiento de la red de saber y poder de los dispositivos, además de encontrarse distribuido, asignado a un espacio, a un medio también producido para este, para que el cuerpo lleve a cabo sus actividades productivas, tanto como fuente y objeto de producción económica, así como también cuerpo-sujeto (Perea, 2013, pág. 5). Este planteamiento resulta muy adecuado al momento de analizar como el cuerpo ha sido modificado durante la historia, como los cuerpos de los bebés han sido inoculados con cada vez más específicas y poderosas vacunas, con el fin de generar inmunidad. Como el uso de antibióticos ha generado también modificaciones fisiológicas en los organismos y ha también obligado a que las bacterias y los virus muten, o se vuelvan resistentes a ciertos medicamentos, o el cuerpo de los discapacitados que logran moverse por medio de prótesis especialmente diseñadas para tales propósitos, nueva condición que les permite a varios de ellos participar en actividades económicas remuneradas. También existen prótesis dentales, anteojos, cirugías con láser para curar las cataratas, cirugías estéticas para reducir el tamaño de la nariz o de la cintura, trasplantes de corazón, pulmón, páncreas, o la posibilidad de la modificación genética, de la clonación, de la fertilización in vitro en un vientre de alquiler, lo que básicamente implica crear humanos en un laboratorio. El cuerpo es por tanto, todo el tiempo algo producido, en producción o por producir, de acuerdo a las posibilidades del mercado, es decir, consumo, producción y circulación, las cuales también están de acuerdo a las condiciones históricas presentes.

Las identidades trans son hoy por hoy, un ejemplo claro de esta producción del cuerpo y de sujetos, al institucionalizarse como práctica de diagnóstico e intervención

médica, abre la posibilidad de la transición sexual y de género, como una opción válida de construcción de la propia identidad, desarrollándose así programas de gobierno que entregan fármacos para el bloqueo hormonal, cirugía (vaginoplastía) y cambio en los registros de identidad del estado.

También son hoy populares las técnicas de entrenamiento mental y de comportamiento social-corporal, tales como el couching, el mindfulness, el lenguaje no verbal, la inteligencia emocional, el yoga (en su versión no específicamente religiosa), entre otros. Estas técnicas cada vez más populares son de acceso para las personas tanto en su forma de manual de autoayuda, así como también utilizadas por profesionales o expertos en dichas técnicas.

De acuerdo con una concepción nietzscheana, el cuerpo sería el lugar donde la moral ha escrito o tatuado sus preceptos, es decir, que la moral ha definido al cuerpo y este se ha moldeado y transformado en relación a esta (Yuing Alfaro, 2017, pág. 278).

El cuerpo es esa condición animal de base, sobre la que se apoya y descansa la racionalidad, un estamento que se muestra en las necesidades del día a día. Así, hablar del cuerpo es también hablar de los sentimientos, deseos, ideas y conductas que lo integran, en suma, todo aquello que lo convierte en territorio de tránsito, por el circula todo lo que el hombre ha construido culturalmente (Yuing Alfaro, 2017, pág. 280).

Nietzsche entendía la historia como una herramienta crítica del pasado y preparadora del futuro, la sede de esta historia, el lugar central para comprender la existencia y la historia del hombre, de su cultura, de su moral, de sus luchas, es el cuerpo (Jara, 2018, pág. 45). El cuerpo es el “centro de gravedad del hombre dentro del sistema de su existencia” (Jara, 2018, pág. 94), se compone tanto de elementos fisiológicos, así como también teóricos, morales y valorativos, encontrándose inserto en un pueblo, en una cultura. Este cuerpo cargado de instintos y animalidad, en el cruce o en el triunfo de la cultura, implica una domesticación del cuerpo, domesticación que estaría incorporada en el patrimonio genético del ser humano (Jara, 2018, pág. 63). Nosotros, seres humanos, hemos de haber grabado “a

fuego” (Jara, 2018, pág. 107) nuestra cultura, nuestra moral, nuestras prohibiciones, nuestros mandatos, para que permanezca en la memoria y se vuelvan hábito, comportamiento.

La memoria es el resultado de una crianza, dolorosa, porque no obtiene el éxito del recuerdo de un mandato o de una prohibición más que grabándolo a fuego en el único lugar en donde ello es posible: en el cuerpo del hombre. (Jara, 2018, pág. 107).

Bajo esta mirada, el cuerpo sufre de una domesticación, domesticación que forma parte del proceso mismo de producción del cuerpo, en este proceso de producción es posible ubicar en nuestra sociedad contemporánea, a la salud mental. Una serie de regulaciones sobre la corporalidad, que implican la sedación química y/o el aprendizaje de nuevos hábitos, el desarrollo de comportamientos socialmente adaptados o a lo menos aceptados. Además de toda una serie de acciones dirigidas a acondicionar el medio y que este favorezca al desarrollo de una buena y adecuada salud mental.

Como se había señalado, la salud mental podría ser considerada como una estrategia y/o práctica gubernamental, o también como dispositivo biopolítico/seguridad. Los dispositivos cuyo principio es la seguridad, incorporan dentro de sí, pero como objetivo secundario o condición para el siguiente nivel, las estrategias y técnicas herederas de las disciplinas, es decir, aquellas que implican técnicas anatomopolíticas con objeto de lograr un control del cuerpo, sujeción de sus fuerzas, distribución en el espacio normado, construcción de cuerpos útiles y dóciles, individuación de la multiplicidad, cuidado de la salud de estos, etc. La distribución de los cuerpos en el espacio, permite vigilar, romper comunicaciones peligrosas, excluir y encerrar, asignar y controlar tareas y procesos productivos, caracterizar y clasificar las enfermedades, los síntomas, etc. La disciplina permitió en cierta forma el desarrollo de la medicina y los posteriores procesos de medicalización. Sin ir más lejos, Foucault (1976) señala que el gran encierro habría permitido establecer las bases de saber que hicieron posible el surgimiento de la noción de enfermedad mental y de la práctica psiquiátrica.

Desde temprano momento en la historia de la psiquiatría, la locura ha sido tratada por medio de una intervención directa sobre el cuerpo del enfermo. Ya sea mediante el encierro, la camisa de fuerza, una lobotomía, una terapia electro convulsiva, una inducción del coma mediante la inyección de insulina, la utilización de fármacos o la educación (forzada a veces) del comportamiento. El cuerpo y sus posibilidades de expresión han sido intervenidos, a veces con suma violencia. Los métodos más humanitarios han pretendido controlar la expresión corporal por medio de alcanzar una conciencia o un saber que modifique la conducta, no obstante, los medios de corrección de la misma han recurrido históricamente a métodos tales como el condicionamiento clásico y operante (psicológico), el castigo simbólico y/o físico, la educación en la escuela, la familia, los medios de comunicación y la literatura, etc. Es muy habitual en nuestros días, ver como la utilización de fármacos específicos se dirigen a reprimir la inquietud motora, a la disminución de la actividad corporal o el aumento de la misma. En general, en aquellos casos más graves el uso de estas drogas es recetado para disminuir la expresión de determinados comportamientos, a la vez que se acompaña de un proceso de disciplina social que pretende alcanzar el establecimiento de un estado permanente de autocontrol y/o modificación de la conducta indeseada. También es posible encontrar en el mercado, toda una serie de productos y fármacos no psiquiátricos, tales como los denominados tranquilizantes naturales de origen vegetal. En cuanto a otros métodos, la investigación en salud mental refiere que los individuos que realizan actividad física de manera habitual, reducen entre un 56% a un 54% sus probabilidades padecer una enfermedad mental (Rodríguez-Romo & otros, 2015, pág. 237), mientras que aquellos que no incorporan la actividad deportiva en sus rutinas de vida y prefieren el sedentarismo, incrementan sus probabilidades de presentar un trastorno mental. Así también, hay estudios que indican que las condiciones de vivienda, alimentación y cuidados de la salud física, influyen de manera positiva en la salud psicológica/mental de jóvenes y adultos, por el contrario, condiciones precarias de cobertura de estas necesidades, influyen y favorecen el padecimiento de enfermedades mentales en la población (Commonwealth Department of Health and Aged Care, 2000, pág. 15). Se menciona, además, el tener un trabajo, una red social activa, un nivel educativo/formativo, entre otros. Acá podemos observar como estas condiciones básicas para la vida, que corresponden en cierta medida a objetivos disciplinarios y de

medicalización social, es decir, establecimiento de rutinas, ejercicio físico para mantener la salud, educación, alimentación adecuada, seguimiento y monitoreo del estado de salud físico de manera frecuente y programada, asignación y distribución de un lugar en espacio/medio donde ejecutar una actividad productiva, es decir, ser y sentirse útil, corresponden a una intervención directa sobre el cuerpo con vistas de potenciar (además) la salud mental de la población.

Difícilmente acá hablamos de una intervención sobre las causas de la enfermedad, sino que, de una intervención sobre la expresión misma de la enfermedad mental; el comportamiento y el pensamiento. Llorar es un comportamiento, irritarse y reaccionar agresivamente son comportamientos, por lo que se busca, a veces en primer lugar, el control de la expresión sintomática desde una intervención directa sobre el cuerpo mismo, ya sea en términos de cura o paliativos, así como también en términos de prevenir la aparición misma de los síntomas, es decir, un objetivo de seguridad. La enorme cantidad de variables asociadas a cierta enfermedad y/o problemática en salud mental, vuelve muy complejo realizar un diagnóstico y proponer un tratamiento específico, sin embargo, intervenir el funcionamiento químico del cerebro es cosa posible y realizable hasta nuestros días, mientras que prevenir la aparición de los síntomas en la población, es un objetivo cada vez más prioritario.

El uso de fármacos para el tratamiento del sufrimiento subjetivo o de las enfermedades mentales, tiene su génesis más clara en el enfoque neurológico de la psiquiatría. Los críticos señalan que de ser correcto, el enfoque neurológico en psiquiatría debería permitir aplicar el modelo médico a las alteraciones del comportamiento, es decir, debería de ser posible observar de manera directa e independiente las causas orgánico-neurológicas del comportamiento anormal y especificar como el funcionamiento cerebral determina la conducta. Los psiquiatras se han dedicado a buscar correlaciones directas entre aspectos parciales del funcionamiento cerebral y la determinación de comportamientos, no contando con los medios tecnológicos que permitan realizar dicha correlación con absoluta certeza. Esto no quiere decir que no existan evidencias de su relación, no obstante, la simplificación, la parcialidad y el uso indiscriminado de estudios incompletos, no garantizan en absoluto que la intervención directa de la actividad cerebral genere los efectos que dicen generar los fármacos, es decir, que curen la enfermedad. La actividad

cerebral es tan compleja, que hoy en día ningún estudioso de las neurociencias se atrevería a dar total crédito a las concepciones que hoy tenemos respecto del origen orgánico-cerebral de las enfermedades mentales. Mas bien, en el uso de fármacos es más probable identificar un tratamiento de tipo paliativo de los síntomas (Pérez Soto, Una nueva Antipsiquiatría: Crítica y conocimiento de las técnicas de control psiquiátrico. , 2012), más que una curación de la enfermedad en el sentido más estricto. Esto no quiere decir que los fármacos no funcionen, si no que no se puede señalar con certeza el efecto real que tiene sobre la compleja actividad cerebral, no así sus efectos clínicamente observables en los usuarios. Los fármacos producen estados de sedación, desconexión muscular (dificultad en el usuario para utilizar su propio cuerpo), desconexión emotiva, aplanamiento afectivo, entre otros (Pérez Soto, Una nueva Antipsiquiatría: Crítica y conocimiento de las técnicas de control psiquiátrico. , 2012). La acción del fármaco se dirige directamente al cuerpo y genera los estados mencionados.

La salud mental como practica gubernamental y dispositivo biopolítico de seguridad, va más allá respecto del cuerpo-maquina, de este cuerpo que nos importa que funcione bien, no se encuentre enfermo, que se alimente correctamente y que tenga hábitos de higiene adecuados. La salud mental con miras en la seguridad y regulación de la población, busca acondicionar el medio, mejorar las condiciones de vida de la población, para que estos logren lidiar de manera más afectiva con las exigencias del trabajo, la familia y el conjunto de la sociedad. Los objetivos de la salud mental son justamente generar cada vez más salud mental en la población. No dependen exclusivamente de los dispositivos clínicos o puramente médicos, no se conforma con el supuesto correlato neurológico que vincula enfermedad mental con desequilibrio bioquímico en el cerebro (esta es solo una de las variables asociadas). La salud mental y las disciplinas que fundamentan sus saberes y prácticas, intervienen el cuerpo de manera directa e indirecta, promoviendo que los cuerpos de la población continúen circulando de manera positiva en el medio, apartando aquellos que no estén circulando o se hayan perdido, para recuperarlos, excluirlos transitoriamente y que sean puestos nuevamente en circulación, bajo sistemas de seguridad y vigilancia, con controles médicos periódicos y la intervención de otras instituciones/profesionales que promuevan el fortalecimiento de otras dimensiones de la vida de los individuos, específicamente en aquellas áreas cuya correlación estadística ha señalado que se encuentra

relacionado con una buena salud mental, es decir, los factores protectores por sobre los de riesgo, con el fin de evitar recaídas.

SUJETO Y SALUD MENTAL

En salud mental, sujeto, individuo, paciente, usuario, sujeto de atención, etc., equivalen a lo mismo. Parece no haber diferencias significativas en términos conceptuales, más bien su uso suele ser pragmático, es una forma de referirse a sus objetos de intervención, los cuales serían sujeto y población. De hecho, en salud mental conviven una serie no menor de sujetos en el entramado teórico de las disciplinas que acuden a su llamado, es decir, hay un sujeto en psicología, un sujeto de derecho, un sujeto en trabajo social, un sujeto en psiquiatría, un sujeto en sociología y antropología, sujeto en medicina, etc. No hay evidencia respecto de una gran discusión en torno a la cuestión del sujeto en salud mental y creo que esto se debe a que ya hay una idea dominante de sujeto, que a lo menos se conjuga y convive con todas las otras concepciones posibles de todas las disciplinas (psiquiatría, psicología, etc.) y elementos adyacentes al dispositivo de la salud mental. Cuando me refiero a un sujeto dominante, me refiero al individuo sujetado por la economía, al *homo economicus* comprendido como capital humano, lo que aún así no implica la existencia en sí de un sujeto fijo y bien identificado, sino una dirección, un objetivo, unas características del sujeto, que los dispositivos, en este caso la salud mental, buscan producir. En salud mental, como en general en el panorama en torno a la discusión del sujeto, abunda la multiplicidad y lo abierto.

En primer lugar, hay que comprender que la palabra sujeto no ha de significar lo mismo en filosofía, en psicología, ni el psicoanálisis (Nancy, 2014, pág. 15), y tal como señala Nancy (2014), “nada es menos claro, hoy, que aquello que se supone cuando se habla del sujeto.” (pág. 17). Entonces, ¿porque insistir con la idea y el concepto del sujeto? La respuesta dice relación con el objeto hacia donde se dirige la salud mental, estos serían la población y los cuerpos (en el amplio sentido), los cuales se encuentran sujetos a la red que conforman los diversos dispositivos biopolíticos y de seguridad, por tanto, se encuentran o se vuelven sujetos. Esto quiere decir a lo menos una de las posibles definiciones de sujeto, es decir, el estar sujetado, dominado, domesticado o determinado

por algo otro o por sí mismo, en tanto que conocimiento que poseo de mí mismo. Es una especie de distancia respecto de mí, un extrañamiento, una constante autoevaluación y regulación de mi comportamiento, de mi personalidad, de todo eso en relación con los criterios dominantes de normalidad. Este sujeto no es el sujeto de la modernidad, dueño absoluto de sí y de sus representaciones del mundo, autónomo, racional, capaz de dominar el mundo, su alrededor e incluso sí mismo, sino por el contrario, es un sujeto definido y condicionado por las relaciones sociales, por las pasiones, los sentimientos, el cuerpo, el gobierno, las relaciones de poder, la economía, etc. (Giaccaglia, y otros, 2009, pág. 126). Digamos que lo que se estima y se juega ahí respecto del sujeto en salud mental, es básicamente la identificación y descripción específica de un perfil normal de ser humano, así como también los límites de dicha normalidad, cuyos límites hoy son bastante amplios, múltiples y en constante expansión. Nadie consideraría, o al menos una cierta minoría, que los homosexuales o las transexuales padecen una enfermedad mental. La salud mental al ser un dispositivo y una práctica gubernamental, ha de ejercer una función de sujeción, que busca direccionar, incitar, inducir y facilitar, el desarrollo de ciertos hábitos (Foucault, *El sujeto y el poder*, 1988, pág. 15), estilos de comportamiento y pensamiento, así como también desarrollar un panorama, un punto de vista objetivo, para desarrollar representaciones sociales y subjetivas, que permiten ser evaluado con severidad y autoevaluarse de acuerdo a los criterios de normalidad dominantes, los cuales, insisto, soy hoy más amplios y flexibles que antaño, tan así que cualquiera que pretendiese identificarlos con detalle podría terminar a lo menos confundido. No es de extrañar que el manual de diagnóstico de enfermedades mentales, DSM, en su seguidilla de versiones haya al menos triplicado sus páginas y sus categorías diagnósticas.

Tal y como se menciona antes, no hay tampoco una idea final o clara de lo que sujeto pueda significar, es más bien una multiplicidad de significados el que se juega ahí donde se supone un sujeto (Nancy, 2014, pág. 19). En primer lugar, siguiendo a Nancy (2014, pág. 20), podemos abordar un primer significado de sujeto. Sujeto sería ese alguien, que puede tener representaciones y/o voliciones (deseos, determinación, voluntad). Dichas voliciones le pertenecen al sujeto, por tanto sujeto es alguien que tiene la propiedad de la apropiación (Nancy, 2014, pág. 20), y esa apropiación implica un tenerse a sí mismo, ser para sí mismo. Esto implica el problema de la distancia de sí mismo, de la sujeción que

implica el poder ser propietario de una representación de lo que se es, poder evocar a lo menos un yo, un yo pienso, un yo deseo, un yo amo, un yo odio, etc. Hay una serie de problemáticas en torno a esto, no es de mi interés profundizar en ellas, sin embargo, con lo que hasta acá tenemos podemos abordar el punto que viene a continuación.

En el texto que lleva por nombre “El sujeto y el poder” (Foucault, 1988), Foucault señala que tenía por objetivo, en gran parte de su obra, “el análisis de los modos a través de los cuales los hombres han sido objetivados para convertirse en sujetos” (Ramírez, 2015, pág. 135). Estos modos corresponderían a los procedimientos científicos que han hecho al hombre objeto de conocimiento y por tanto han permitido al hombre ser sujeto de sí mismo. Esto implica la relación del hombre, ahora sujeto, respecto de la filología, la lingüística, la filosofía, la psicología, la economía, etc. Esta pretensión o voluntad de saber, ha hecho que el hombre sea sujeto de sí mismo, que tenga la capacidad de tener representaciones de sí mismo y de los otros. Foucault también se refiere a estas prácticas como divisorias, es decir, el sujeto dividido en su interior y dividido también de los otros, individualizado y categorizado perpetuamente. El autor señala que habrían por tanto, dos significados para la palabra sujeto. Sujeto significaría “sometido a otro a través del control y la dependencia, y sujeto atado a su propia identidad por la conciencia o el conocimiento de sí mismo. Ambos significados sugieren una forma de poder que subyuga y somete” (Foucault, El sujeto y el poder, 1988, pág. 7). El estar sujeto, el tener una subjetividad, implica a nivel de gobierno, tanto la elaboración de mecanismos para gobernar la acción de los otros, como las prácticas que se despliegan para gobernarse a sí mismo (Ramírez, 2015, pág. 137). Una condición del sujeto, es que este sujeto sea activo, es decir, sujeto de acción, y además, de incorporar en sí una cierta conducción de sí mismo.

(...) lo cual no estaría inscrito en un funcionamiento del poder que busca someter al individuo, volverlo obediente o anular su voluntad, sino en la configuración o modificación del sujeto a partir del uso de ciertos códigos éticos en el ejercicio de una libertad relativa, en tanto que no se trata de una libertad completa o definitiva del sujeto (Ramírez, 2015, pág. 137)

¿Cómo relacionar la idea de salud mental con la del sujeto? Pues bien, la salud mental o al menos las disciplinas que componen su base de prácticas y saberes, se ven en la

obligación de contar con un sujeto y elaborar un discurso en torno a él. “Toda práctica psicopatológica presupone y sostiene una teoría y una concepción previa del objeto de estudio” (Menéndez, 2014, pág. 354), así cada ciencia del hombre y la salud, aporta con su grano del arena al volver al ser humano su objeto de estudio y derivar de aquello una caracterización de sujeto, o mejor dicho, de muchos sujetos posibles, es decir, al ser humano caracterizado y sometido a una serie de teorías, conceptos e ideas. De igual forma se incorpora a estas ideas de sujeto la condición de su libertad de acción. El psiquiatra Ricardo Capponi (2016) señala:

El diagnóstico sobre la anormalidad de tal o cual sujeto, se basa como hemos visto en un análisis de sus posibilidades de decidir y vivir con libertad, dadas las condiciones y circunstancias en las que se desarrolla. Esta evaluación será, por ende, muy cauta y meditada (Psicopatología y semiología psiquiátrica, 2016, pág. 32).

Lo que el medico psiquiatra expone, es que la perdida de libertad por parte del sujeto afectado por una enfermedad mental, ha de ser un criterio fundamental para el diagnóstico de la enfermedad misma, en tanto que esta es entendida como un estado psicológico anormal del sujeto que perturba su capacidad de dirigirse a sí mismo, de decidir y definir aspectos de su propia existencia. Pero este criterio no es siempre tan profundo como se aparenta, sin embargo es efectivamente un aspecto que se evalúa al momento de diagnosticar una enfermedad mental y suele consignarse como un deterioro significativo de las relaciones interpersonales, de las actividades que el sujeto solía realizar y disfrutar, deterioro de su vida productiva (escuela, trabajo, familia), también de su vida como consumidor, de su voluntad y deseos, es decir, perdida relativa de sus representaciones y/o voliciones (Nancy, 2014). Este estado patológico mental ha perturbado la capacidad que el sujeto tenía de ejercer su libertad en un contexto socio-económico determinado, restringió su autonomía y lo ha vuelto dependiente de su entorno, inactivo o poco productivo. Tal y como se señaló anteriormente en el desarrollo del texto, la salud mental siempre tendrá en su base o en su horizonte, la idea de enfermedad mental, pero no hará de esta su principal objetivo, no se va a dirigir hacia la cura de la enfermedad, sino a la prevención de esta y a

la producción de salud mental en la población. Pero si la enfermedad mental se relaciona con una pérdida de libertad por parte del sujeto, entonces la salud mental deberá procurar que dicha libertad se sostenga.

No hay un unico sujeto o un sujeto el cual este ligado de manera univoca a la idea de salud mental, todo lo contrario. Ya no se promueve el encierro, ni las disciplinas, sino que lo abierto y el auto-gobierno. Todo sujeto que no logre ser regulado por los distintos dispositivos o por las practicas productoras de salud mental, será retirado de manera relativa de la circulación humana en su medio, para ser rapidamente puesto en circulación nuevamente. Sucede que durante el siglo XX se necesitó reafirmar el concepto de sujeto individual autoconstituido y autocentrado, que aparece en teorías filosóficas, pedagógicas y en las concepciones de la psiquiatría, convirtiendose en “un agenciamiento colectivo de enunciación que consolida el individualismo capitalista” (Giaccaglia, y otros, 2009, pág. 135), explicado como desarraigo y una desvinculación del individuo respecto de la tradición, de la comunidad, trasladando los malestares humanos al interior del sujeto, a la familia, a las relaciones intersubjetivas (Giaccaglia, y otros, 2009, pág. 134). El ser humano y sus enfermedades ya no han de ser comprendidas historicamente o en relación a determinada tradición y/o cultura, sino que han ser abordadas desde el sujeto mismo como autoproducción de si mismo. La proliferación de tecnicas dirigidas a la transformación de si mismo, a la modificación de la percepción, a la elaboración de narrativas propias que favorezcan una significación de las experiencias que no resulten tan displacenteras o la promoción de la resiliencia como nuevo valor, son ejemplos de aquello.

En el contexto de lo que Deleuze (1987) llama las nuevas sociedades de control, se observa que bajo los nuevos dispositivos de control, que son ejercidos gracias a las tecnologías digitales, se posibilita ejercer el control de los sujetos en espacios abiertos, al aire libre (Giaccaglia, y otros, 2009, pág. 136). Estos dispositivos de control, gracias a las innovaciones tecnológicas, han posibilitado el desarrollo de técnicas de sujeción cada vez más complejas y efectivas, estas son ahora “más flexibles, fluctuantes y omnipresentes ya que tienden a envolver todo el cuerpo social sin dejar prácticamente nada fuera de control” (Giaccaglia, y otros, 2009, pág. 136). Estas nuevas formas de dominación se tornan imperceptibles y se caracterizan por generar la sensación de libertad y promover el deseo. Los dispositivos ya no estan destinados tanto a la producción de trabajadores, de obreros,

sino que a la producción de consumidores, pero también a la producción de capital humano. El marketing se vuelve instrumento de control social, del hombre encerrado pasamos al hombre endeudado, del productor disciplinado al consumidor controlado (Giaccaglia, y otros, 2009, pág. 137). El sujeto se define ahora más en su relación con el mercado:

El interés primordial no es ya promover ciudadanos obedientes y productores dóciles; el objetivo es producir sujetos consumidos insaciables, controlados por el discurso del marketing. Se busca afianzar fuertemente el consumo y los flujos financieros a través de saberes y poderes que se entrelazan en un conjunto de prácticas, discursos y placeres que refuerzan tanto su eficacia como su legitimidad socio-política (Giaccaglia, y otros, 2009, pág. 138)

¿Qué consecuencias tiene este panorama para la concepción actual del sujeto, de la subjetividad?. Pues es necesario considerar las condiciones actuales del mercado. En terminos sencillos, el mercado en su condición actual se caracteriza por promover la proliferación de empresas, mientras más competencia y variedad de productos, productores, servicios y objetos de consumo, mejor. Se promueve la multiplicidad, la competencia por sobre el intercambio económico, la inversión nacional e internacional, la circulación y las políticas anti monopolio. Foucault (2007) señala que el neoliberalismo norteamericano realizó una innovación al traer de vuelta al homo economicus, pero no aquel caracterizado por involucrarse en la lógica del intercambio económico, sino que el homo economicus como empresario, como empresario de si mismo (Nacimiento de la Biopolítica , pág. 264). La idea de la empresa ha sido llevada al encuentro del sujeto como forma de caracterizarlo, ahora el sujeto es capital humano.

Se llega por ende a la idea de que el salario no es otra cosa que la remuneración, la renta afectada a cierto capital, un capital que va a calificarse de capital humano en cuanto, justamente, la idoneidad-máquina de la que constituye una renta no puede disociarse del individuo humano que es su portador (Foucault, Nacimiento de la Biopolítica , 2007, pág. 266).

Ya que el ser humano es portador de un capital que le pertenece, del cual ha de recibir una renta, la cual puede acrecentarse de acuerdo al valor o rentabilización del capital mismo, es decir, que el sujeto concebido como capital humano ha de invertir en sí mismo, es una inversión desde su nacimiento, una inversión en educación de los padres hacia sus hijos, en alimentación, en vivienda, en condiciones favorables para el desarrollo, en innovación, etc. Este sujeto-empresa sigue justamente la lógica de la forma empresa, se favorece la proliferación, la multiplicidad, la innovación y la competencia, una constante transformación de sí mismo. Este contexto y el desarrollo de nuestras sociedades actuales, favorecen justamente el surgimiento de múltiples modos de subjetivación, que implica también la idea de subjetividad plural, es decir que el sujeto es “sede de pasiones encontradas y en lucha” (Giaccaglia, y otros, 2009, pág. 146), múltiples, variadas y cambiantes posibilidades de concebirse a sí mismo, abierto a constante transformación de sí mismo o la posibilidad de optar por más de una identidad, tanto en el mundo real como en el virtual. Esta es también la razón por la cual no hay una definición única de sujeto en salud mental, sino por el contrario, un conjunto semiorganizado de ideas y concepciones de sujeto, pero bajo un cierto dominio o condición respecto del mismo, que dice relación con el sujeto comprendido como capital humano.

El discurso en torno a la salud mental y su promoción, encuentran argumento y justificación en una serie de variables asociadas a la misma, es decir, que los sujetos cuya salud mental se encuentra perturbada, suelen vincularse a contextos y situaciones de carácter socio-económico. El sujeto protagonista en salud mental, o al menos aquel ideal que se asocia a todos los sujetos elaborados teóricamente por las disciplinas científicas que componen la salud mental, es un sujeto económico. La mala salud mental afecta al individuo y la población en términos económicos, es decir, absentismo laboral, pobreza y cronificación de la pobreza, menor producción, pérdida de la libertad económica, de la posibilidad de consumo, de la inversión en sí mismo para potenciar el capital humano que le es propio al sujeto, etc. La salud mental busca promover la circulación de los sujetos de manera que continúen siendo productivos y que se acrecenten más las riquezas que las costos y pérdidas que generan las enfermedades mentales. Sin ir más lejos, la salud mental es además de todo lo que hemos definido, un objeto de consumo, un ideal a alcanzar.

Someterse a psicoanálisis, ir al psiquiatra para controlar los efectos negativos del estrés, contratar un servicio de coaching para mejorar el desempeño como líder en una empresa o para alcanzar las metas personales, inscribirse en un curso de yoga, de arteterapia, asistir a psicoterapia, iniciarse en la práctica del mindfulness, comprar libros de autoayuda o leer la inteligencia emocional de Daniel Goleman, son inversiones en salud mental.

CONCLUSIONES

En general, el cuerpo del texto incorpora una respuesta a todas las hipótesis planteadas en la introducción de la tesis. No obstante, cabe mencionar y recapitular las ideas principales expuestas acá y exponer algunas reflexiones a modo de conclusión.

Para quienes se desempeñan hoy en ámbitos profesionales ligados a la salud mental o que se han vinculado como pacientes, usuarios o sujetos de intervención sin saberlo, quizás, han podido notar que el uso de las categorías enfermedad mental y trastorno mental han comenzado a caer de a poco en una especie de deshuso, o más que eso, se le han asignado valores negativos, a veces bajo la categoría de adjetivos peyorativos. Es cada vez más común que sean reemplazados por el concepto o idea de salud mental, es decir, que hoy se habla de problemáticas en salud mental o de que alguien tiene su salud mental deteriorada, dañada, etc. Esto no es pura o mera casualidad, sino que tal y como se indicó en el desarrollo del texto, la salud mental incorpora a sí a la idea de enfermedad mental, al fenómeno de la locura, al bienestar subjetivo, entre otros, transformándose en una nueva especie de *a priori* histórico (Vazques, 1994). Es decir, si hoy pensamos en el fenómeno de la locura o en la enfermedad mental, es muy probable que nuestra lectura sea dentro de la óptica y de la racionalidad o racionalidades que componen la práctica y el saber de la salud mental. No es extraño que hoy los tratamientos paliativos y/o de cura, o los modelos explicativos de una enfermedad mental, sean tan variados e involucren a tantos saberes, prácticas y medidas posibles. Si en los tiempos de reflexión y crítica impulsados por la antipsiquiatría, principalmente en el trabajo desarrollado por Thomas S. Szasz, la enfermedad mental fue el objeto de crítica y cuestionamiento, hoy lo es y será por el momento, el concepto o idea de salud mental, que hizo al primero parte de él y que de alguna forma busca su erradicación o superación.

También cabe mencionar que tal y como se menciona en la primera parte de la tesis, la salud mental mantiene su carácter polisémico, por lo que difícilmente se alcance una crítica y diagnóstico del presente de la salud mental, por medio de una investigación de orden semántico que busque vincularlo a conceptos universales y/o trascendentales. Por el contrario, tal y como se desarrolló acá, debemos de identificar las formas y estrategias mediante las cuales opera, las racionalidades en disputa que se interrelacionan en su

nombre, los efectos de sujeción en los individuos y su indudable naturaleza, es decir, el ser una práctica gubernamental, un dispositivo biopolítico y de seguridad, cuya fuente privilegiada de racionalidad es la economía política. Una de las consecuencias más importantes de dicho estado actual, es la adopción casi irreflexiva de una concepción del sujeto, de la persona y el individuo, como capital humano. Si bien el vínculo entre psiquiatría, enfermedad mental, medicalización y capitalismo se habían denunciado antes, hoy el vínculo entre estas se ha, en cierta medida, naturalizado, considerándose que la gestión y análisis económico en los tiempos del neoliberalismo, ha traspado las fronteras de lo puramente económico, para ingresar de lleno en lo social.

BIBLIOGRAFÍA

- Agamben, G. (2011). ¿Que es un dispositivo? *Sociológica*, 26(73), 249-264.
- Alcantara, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens*, 9(1), 93-107.
- Bertolote, J. (Septiembre de 2008). Raíces del concepto de salud mental . *World Psychiatry (Ed Esp)*, 6(2), 113-116.
- Canguilhem, G. (1971). *Lo normal y lo patológico* . (R. Potschart, Trad.) Buenos Aires: Siglo XXI .
- Capponi, R. (2016). *Psicopatología y semiología psiquiátrica*. Santiago : Editorial Universitaria.
- Commonwealth Department of Health and Aged Care, C. (2000). *Promotion, Prevention and Early Intervention for Mental Health*. Caberra, Australia.
- Cooper, D. (1976). *Psiquiatría y Antipsiquiatría*. Buenos Aires, Argentina: Locus Hypocampus.
- Deleuze, G. (1987). *Foucault* . Barcelona : Paidós .
- Deleuze, G. (2009). *Michel Foucault, Filósofo* . Barcelona : Gedisa .
- Donas Burak, S. (2001). *Adolescencia y Juventud en America Latina* . Costa Rica : Libro Universitario Regional .
- Espinal, C. (2011). El cuerpo: un modo de existencia ambiguo; Aproximación a la filosofía del cuerpo en la fenomenología de Merleau-Ponty. *Co-herencia*, 8(15), 187-217.
- Esposito, R. (2016). *Las personas y las cosas* . Buenos Aires: Katz.
- Foucault, M. (1976). *Historia de la locura; tomo I*. (J. J. Utrilla, Trad.) México : Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (1988). El sujeto y el poder. *Revista mexicana de sociología*, 50(3), 3-20.
- Foucault, M. (1994). *Dits et Écrits* . Paris : Gallimard.
- Foucault, M. (1995). ¿Qué es la crítica? *Revista Filosofía*(11), 5-25.

- Foucault, M. (1999). *Estética, ética y hermenéutica (dialogos sobre el poder): Obras esenciales VOL III*. Barcelona : Paidos .
- Foucault, M. (1999). *Estrategias de poder; Obras esenciales Vol II*. Barcelona: Paidos.
- Foucault, M. (2001). *Defender la sociedad* . Buenos Aires : Fondo de Cultura Económica .
- Foucault, M. (2004). *El nacimiento de la clínica* . (F. Perujo, Trad.) Buenos Aires : Siglo XXI.
- Foucault, M. (2006). *Seguridad, Territorio y Población*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2007). *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2007). *Nacimiento de la Biopolítica* . (H. Pons, Trad.) Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica .
- Foucault, M. (2010). *Las palabras y las cosas*. México D.F.: Siglo XXI.
- Fuster, N. (2013). *El cuerpo como máquina: La medicalización de la fuerza de trabajo en Chile* . Santiago : CEIBO.
- García, L. (Marzo de 2011). ¿Qué es un dispositivo?: Foucault, Deleuze, Agamben. *A parte Rei* (74).
- Giaccaglia, M., Mendéz, L., Ramírez, A., Santa María, S., Cabrera, P., Barzola, P., y Maldonado, M. (2009). Sujeto y modos de subjetivación. *Ciencia, Docencia y Tecnología*, 115-147.
- Jara, J. (2018). *Nietzsche, un pensador póstumo; El cuerpo como centro de gravedad*. Valparaíso: Editorial UV .
- Menéndez, F. (2014). Salud Mental Infantil: de qué hablamos al referirnos al niño en psicopatología. Prevención y clínica en psicopatología infantil. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*, 34(122), 353-372.
- Nancy, J.-L. (2014). *¿Un sujeto?* . Avellaneda: La cebra .
- Organización Mundial de la Salud . (2004). *Invertir en salud mental* . Ginebra .
- Organización Mundial de la Salud . (2004). *Promoción de la salud mental* . Ginebra .
- Perea, A. (2013). Miradas sobre lo político: Las nociones de cuerpo en Michel Foucault y Gilles Deleuze. *Esferas*, 3(1), 4-13.

- Pérez Soto, C. (2009). *Sobre la condición social de la psicología*. Santiago : LOM.
- Pérez Soto, C. (2012). *Una nueva Antipsiquiatría: Crítica y conocimiento de las técnicas de control psiquiátrico*. . Santiago : LOM .
- Ramírez, L. (2015). El sujeto en los juegos de poder: subjetivación y desubjetivación desde Foucault. . *Revista de psicología Universidad de Antioquia* , 133-146.
- Restrepo, D., & Jaramillo, J. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 202-211.
- Rodríguez-Romo, G., y otros. (2015). Relaciones entre Actividad Física y Salud Mental en la Población Adulta de Madrid. *Revista de Psicología del Deporte*, 24(2), 233-239.
- Salaverry, O. (2012). La piedra de la locura: Inicios históricos de la salud mental . *Rev Perú Med Exp. Salud Pública.*, 29(1), 143-148.
- Salinas, A. (2015). *La Semántica Biopolítica*. Viña del Mar: Cenaltes.
- Salud, C. d. (1948/2006). *OMS*. Recuperado el Octubre de 2017, de http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- Szasz, T. (1976). *El mito de la enfermedad mental* . (F. Setaro, Trad.) Buenos Aires: amorrrortu.
- Szasz, T. (2001). *Ideología y enfermedad mental* . (L. Wolfson, Trad.) Buenos Aires: Amorrrortu.
- Talarn, A., y Jarne, A. (2015). *Manual de psicopatología clínica*. Titivillus (versión ebook Kindle de Amazon).
- Torrano, A. (2016). Las políticas de visado en el dispositivo de seguridad de Michel Foucault. *EN-CLAVES del pensamiento* (20), 79-96.
- Vazques, F. (1994). *Foucault, La historia como crítica de la razón* . Barcelona : Editorial Montesinos.
- Velés Vega, J. (2016). El medio y el dispositivo de seguridad: consideración desde el pensar foucaultiano. *HYBRIS. Revista de filosofía*, 7, 109-128.
- Yuing Alfaro, T. (2017). *Tras Lo Singural: Foucault y el ejercicio del filosofar histórico* . Viña del Mar : Cenaltes .