

Enfermedades mentales un tabú muy peligroso

Diego Fernando Torres Castro

Asesor

Juan Manuel Hernández Aguilar

Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD

Escuela de Ciencias Artes y Humanidades

Filosofía

2025

Resumen

Esta investigación abordó la salud mental en Colombia desde una perspectiva foucaultiana, con el propósito de analizar cómo los discursos, prácticas e instituciones han configurado el sufrimiento psíquico a lo largo de la historia del país. A través de una genealogía crítica, se rastrearon los regímenes de verdad que, en distintos momentos, han delimitado lo normal y lo patológico, mostrando que la salud mental no es un campo neutro ni técnico, sino un terreno atravesado por relaciones de poder, exclusiones sociales y resistencias.

El análisis permitió identificar cuatro grandes momentos históricos. En la colonia, la locura fue interpretada desde un marco religioso y moral, asociada al pecado y la posesión demoníaca.

Durante el siglo XIX y las primeras décadas del XX, la psiquiatría y la higiene mental medicalizaron el sufrimiento, vinculándolo con proyectos de civilización, progreso y control poblacional. En la segunda mitad del siglo XX, el conflicto armado y la violencia política introdujeron la categoría del trauma colectivo, aunque bajo un enfoque securitario que equiparaba desorden mental con peligrosidad política. Finalmente, tras la Constitución de 1991, se consolidó un régimen híbrido en el que los derechos humanos conviven con la mercantilización neoliberal del sistema de salud, generando un escenario de inclusión discursiva y exclusión práctica.

El estudio también examinó cómo las instituciones disciplinarias cárceles, escuelas y fuerzas armadas actúan como dispositivos de control que moldean subjetividades y producen sufrimiento psíquico. Se evidenció que el encarcelamiento masivo, la precarización docente y el trauma militar son efectos de tecnologías de poder que buscan docilidad y productividad, antes que cuidado. Asimismo, se analizó el rol de los medios de comunicación: mientras la televisión y la prensa han perpetuado estigmas, las redes sociales han abierto espacios de resistencia, donde

colectivos y usuarios cuestionan las narrativas dominantes y construyen nuevas formas de visibilización y apoyo.

En este contexto, las resistencias comunitarias y digitales emergen como prácticas de subjetivación alternativa. Colectivos juveniles, organizaciones de usuarios y comunidades étnicas han generado propuestas de cuidado desde la solidaridad y la dignidad, disputando el monopolio del saber biomédico y del control institucional. Estas experiencias muestran que la salud mental puede pensarse más allá del diagnóstico individual y del mercado, como un compromiso colectivo y político.

En conclusión, la investigación demuestra que la salud mental en Colombia es un campo de disputa en el que se entrecruzan exclusión, poder y resistencia. Reconocer sus genealogías permite desnaturalizar las verdades establecidas y abrir caminos para una concepción más plural, justa y emancipadora de la salud. El reto consiste en superar las herencias de la colonialidad y el neoliberalismo, para construir horizontes de cuidado en los que la dignidad y la vida sean el centro.

Palabras Clave: Salud mental, genealogía, Colombia, Foucault, poder, resistencia

Abstract

This research addresses mental health in Colombia from a Foucauldian perspective, aiming to analyze how discourses, practices, and institutions have historically shaped psychic suffering in the country. Through a genealogical approach, the study traces the regimes of truth that have defined what is considered normal and pathological, showing that mental health is not a neutral or purely technical field but rather one deeply intertwined with power relations, social exclusions, and resistance practices.

The analysis identifies four major historical moments. During the colonial period, madness was framed through religious and moral categories, associated with sin and demonic possession. In the 19th and early 20th centuries, psychiatry and mental hygiene medicalized suffering, linking it to projects of civilization, progress, and population control. In the second half of the 20th century, the armed conflict and political violence introduced the category of collective trauma, often within a security-oriented framework that equated mental disorder with political danger. Finally, since the 1991 Constitution, a hybrid regime has emerged in which human rights discourse coexists with the neoliberal commodification of health, generating discursive inclusion but material exclusion.

The study also examines disciplinary institutions such as prisons, schools, and the military as devices of control that produce subjectivities and psychic suffering. At the same time, alternative forms of care have emerged from communities, grassroots organizations, and digital platforms, challenging dominant biomedical and securitarian narratives.

In conclusion, mental health in Colombia is a contested field shaped by exclusion, power, and resistance. Recognizing its genealogies enables the denaturalization of established truths and

opens the possibility of building more plural, just, and emancipatory forms of care, centered on dignity and life.

Keywords: Mental health, genealogy, Colombia, Foucault, power, resistance

Tabla de Contenido

Introducción	9
Planteamiento del Problema.....	11
Objetivos	13
Objetivo General	13
Objetivos Específicos	13
Justificación.....	14
Antecedentes Históricos	16
La Locura Entre la Cruz y el Demonio	16
Antecedentes Teóricos	28
Marco Teórico.....	32
Anormales y Peligrosidad: La Psiquiatría como Control Social.....	40
El Género del Tabú: Mujeres, Locura y Moralidad en Colombia	41
La Medicalización de la Pobreza: Locura y Miseria en los Manicomios Colombianos ...	43
El Poder Disciplinario: El Manicomio como Máquina de Vigilancia.....	49
Genealogía del Tabú: De la Exclusión Medieval al Silencio Moderno	50
Los Anormales: La Expansión del Tabú	56
La Construcción del Tabú de la Locura en la Modernidad Colombiana.....	76
Instituciones, Prácticas y Discursos Psiquiátricos en Colombia (1870–1968).....	77
Del Higienismo a la Psiquiatría Contemporánea.....	79
El Tabú Persistente: Genealogía de la Exclusión y Normalización en la Cultura Colombiana	81
Estudio de Caso: Discursos Médicos e Higienistas como Productores de Tabú.....	85

Políticas Contemporáneas de Salud Mental: Entre la Inclusión Discursiva y la Persistencia del Tabú.....	86
Los “Locos de la Calle”: de Espectáculo Urbano a Objeto Médico	89
La Comunidad Médica Bogotana y la Invención Científica de la Locura (1870–1904)...	90
El Manicomio como Dispositivo: Institucionalización de la Locura en Bogotá.....	92
Entre la Familia, la Comunidad y el Médico: Tensiones en el Encierro	93
Historia la locura en el derecho Colombia	96
La Genealogía Foucaultiana y la Locura.....	98
Genealogía frente a Historia Lineal	98
El Lugar de la Locura en la Razón Occidental.....	99
La Locura en el Derecho Colombiano: Antecedentes Históricos.....	102
El Siglo XIX: De la Moral al Manicomio	103
Jurisprudencia de la Corte Constitucional y la Corte Suprema.....	107
Corte Constitucional: La Mirada de los Derechos Fundamentales	108
Genealogía de una Alianza en la Construcción Jurídica de la Locura en Colombia.....	111
El Discurso Médico-Jurídico de la Degeneración.....	114
Locura, Raza y Clase.....	123
La Construcción Genealógica en la Historia de Colombia de la Salud Mental como Tabú	130
La Colonia: Pecado, Posesión y Exorcismo.....	131
La Ciudadanía Suspendida: Vivir Entre el Derecho y su Negación.....	160
Conclusiones Críticas: Desmontar la Idea de Progreso Lineal	162
Hacia un Derecho que no Confunda Cuidado con Castigo.....	164
La Locura en el Discurso Mediático y Cultural en Colombia.....	167

La Política Pública y la Biopolítica de la Salud Mental en Colombia	177
Economía, Neoliberalismo y Salud Mental: La Lógica del Mercado en la Atención	187
Subjetividades, Voces y Resistencias: Colectivos, Usuarios y Redes de Apoyo en Colombia ...	197
Medios de Comunicación, Estigma y Representación Social de la Salud Mental en Colombia	207
Prácticas de Gobierno y Dispositivos de Control: Cárceles, Escuelas y Fuerzas Armadas	217
Políticas Públicas y Gubernamentalidad Neoliberal en la Salud Mental Colombiana.....	227
Genealogía de la Salud Mental en Colombia: Regímenes De Verdad y Discontinuidades Históricas.....	236
Genealogía, Tabú y Horizonte Filosófico de la Locura en Colombia	246
Conclusiones	259
El Tabú de la Locura y la Búsqueda de Dignidad en la Salud Mental.....	259
Referencias Bibliográficas.....	262

Introducción

Hablar de la locura en Colombia supone enfrentarse a un problema que no es únicamente médico ni psicológico, sino profundamente histórico, cultural y jurídico. A lo largo de los siglos, las sociedades han definido quién es “loco” y qué debe hacerse con él, y en ese acto han revelado sus propios miedos, valores y estructuras de poder. En nuestro contexto, la locura no puede reducirse a un diagnóstico clínico: ha sido moldeada por tres grandes discursos el religioso, el médico-científico y el jurídico que, lejos de contradecirse, han funcionado como una alianza destinada a excluir bajo la apariencia de proteger.

La genealogía foucaultiana resulta una herramienta idónea para examinar esta trayectoria. Frente a las historias lineales que hablan de avances en el tratamiento de las enfermedades mentales, la genealogía muestra cómo los dispositivos de poder mutan, pero rara vez desaparecen. Lo que en la Colonia se entendió como posesión demoníaca, en el siglo XIX se llamó degeneración biológica, y en el derecho contemporáneo se traduce en inimputabilidad penal y medidas de seguridad. Los nombres cambian, pero el gesto se repite: el loco es separado, neutralizado, administrado.

Esta monografía parte de una tesis central: en Colombia, el concepto jurídico de locura no es una categoría clínica neutral, sino el resultado de una genealogía en la que religión, ciencia y derecho han convergido para producir formas de exclusión que se presentan como mecanismos de protección.

A partir de esta tesis, se desarrollarán tres ejes fundamentales:

La genealogía religiosa, que muestra cómo el derecho canónico y el discurso católico definieron al loco como incapaz espiritual y moral, marcando sus primeras exclusiones jurídicas.

La genealogía científica, donde el positivismo médico-jurídico de finales del siglo XIX y comienzos del XX transformó al loco en degenerado, vinculando la enfermedad mental con ideas de atraso social y racial.

La genealogía jurídica, en la que el derecho penal colombiano, especialmente desde el Código Penal de 2000, reproduce esas exclusiones bajo la figura de la inimputabilidad y las medidas de seguridad.

Finalmente, se mostrará cómo estas tres genealogías convergen en la actualidad, donde la locura en Colombia sigue siendo tratada menos como una diferencia que como un riesgo. La investigación busca así no solo describir, sino también problematizar las formas en que el derecho, en nombre de la racionalidad y la protección, termina reproduciendo la misma irracionalidad que atribuye a los locos.

Metodológicamente, la investigación se enmarca en el enfoque genealógico foucaultiano, entendido no como un método rígido, sino como una estrategia crítica e histórica orientada a problematizar lo que aparece como natural en el presente. A partir de los ejes señalados por Vázquez García (2005) —la desnaturalización del presente, el análisis de los regímenes de verdad y el estudio de las prácticas discursivas y no discursivas—, el estudio abordará el estigma en torno a la salud mental como un fenómeno histórico y contingente. De esta forma, se rastrean las condiciones sociales, culturales e institucionales que han configurado el tabú, se cartografían los saberes y poderes implicados en su consolidación y se examinan los efectos de subjetivación que produce en quienes lo padecen. Este enfoque permite desnaturalizar el silencio cultural frente a la enfermedad mental y abrir la posibilidad de resignificarla como una experiencia legítima, merecedora de cuidado y reconocimiento social.

Planteamiento del Problema

En Colombia, la locura ha sido entendida de múltiples maneras a lo largo de la historia: como posesión demoníaca durante la Colonia, como signo de degeneración biológica en el siglo XIX y como incapacidad jurídica en el derecho penal contemporáneo. Cada una de estas definiciones ha sido presentada como “verdad” en su tiempo, y sin embargo todas comparten un rasgo común: la exclusión del loco bajo el argumento de su protección.

Hoy, los discursos biomédicos y jurídicos parecen dominar la conversación. La Organización Mundial de la Salud define los trastornos mentales en términos clínicos, mientras que el Código Penal colombiano (Ley 599 de 2000, art. 33) regula la inimputabilidad de quienes no pueden comprender la ilicitud de sus actos por razón de enfermedad mental. No obstante, en la práctica, los inimputables suelen terminar recluidos en instituciones penitenciarias o psiquiátricas sin condiciones adecuadas, lo que reproduce el encierro más que el cuidado. Aquí surge el problema central: ¿cómo se ha construido históricamente la noción de locura en el derecho colombiano y qué relaciones de poder se revelan en esa construcción desde la perspectiva foucaultiana?

La respuesta requiere una perspectiva que supere la mera descripción clínica o jurídica. La genealogía foucaultiana ofrece ese marco, al mostrar que la locura no es una realidad natural, sino una categoría históricamente producida por discursos que la nombran, instituciones que la gestionan y prácticas que la reproducen.

Así, el problema no es solo que las personas diagnosticadas con enfermedad mental enfrenten precariedades en el sistema de salud o en la justicia. El problema más profundo es que el propio concepto jurídico de locura en Colombia se ha formado en la intersección de tres

discursos —religioso, científico y jurídico— que, al converger, han configurado al loco como un sujeto de excepción: inocente, pero encerrado; protegido, pero despojado de voz y ciudadanía.

El reto, entonces, consiste en desnaturalizar estas verdades y preguntar: ¿es posible pensar un derecho que no traduzca la locura en incapacidad, que no confunda cuidado con castigo y que reconozca la diferencia sin convertirla en amenaza?

Objetivos

Objetivo General

Analizar, desde la metodología de la genealogía foucaultiana, la construcción histórica del concepto de locura en el derecho colombiano, mostrando cómo los discursos religiosos, médico-científico y jurídico han configurado al loco como sujeto de exclusión bajo la apariencia de protección.

Objetivos Específicos

Examinar la influencia del discurso religioso y del derecho canónico durante la Colonia, mostrando cómo la locura fue concebida como pecado, posesión demoníaca e incapacidad jurídica.

Analizar la recepción de la teoría de la degeneración en Colombia entre finales del siglo XIX y comienzos del XX, y su impacto en la psiquiatría y el derecho penal como mecanismos de exclusión social y racial.

Estudiar la figura contemporánea de la inimputabilidad en el derecho penal colombiano (Ley 599 de 2000, art. 33), identificando sus tensiones entre la proclamada protección de la dignidad y las prácticas de encierro en hospitales-prisión o cárceles.

Comparar críticamente los tres discursos (religioso, científico y jurídico) para mostrar sus continuidades y transformaciones, resaltando cómo todos han legitimado, con distintos lenguajes, el encierro del loco.

Proponer una reflexión filosófica sobre la posibilidad de un derecho distinto, capaz de reconocer la diferencia sin traducirla en incapacidad ni confundir cuidado con castigo.

Justificación

La persistencia del estigma hacia las enfermedades mentales representa una barrera significativa para el bienestar, la inclusión y el tratamiento adecuado de quienes las padecen. A pesar de los avances científicos y sociales, persisten prejuicios profundamente arraigados que asocian estos trastornos con debilidad, peligrosidad o anormalidad. Este estigma no solo impide el acceso oportuno a ayuda profesional, sino que también afecta la autoestima, la calidad de vida y la integración social de las personas diagnosticadas con alguna condición mental. Frente a esta problemática, la filosofía de Michel Foucault ofrece herramientas conceptuales clave para analizar los mecanismos históricos y sociales que han construido dichas percepciones. A través de su crítica a las instituciones, a los discursos de poder y a las formas de control del saber, Foucault permite desentrañar cómo se ha configurado la idea de "locura" y cómo esta ha sido utilizada como medio de exclusión y marginalización. Su pensamiento invita a una revisión profunda del papel que juegan las estructuras sociales —como la educación, la medicina, la religión y los medios— en la perpetuación de estigmas.

Esta investigación es pertinente porque, al analizar los fundamentos filosóficos de Foucault, se busca contribuir a una comprensión más crítica y empática de la salud mental. Además, permite valorar el papel de la educación como herramienta transformadora, capaz de desmitificar las ideas erróneas sobre las enfermedades mentales y de fomentar una cultura de respeto y apoyo. Asimismo, el estudio promueve el diálogo en espacios sociales diversos, lo cual resulta esencial para construir narrativas más humanas e incluyentes. En suma, esta propuesta no solo aporta a la reflexión académica sobre la relación entre filosofía y salud mental, sino que tiene un valor social significativo al orientar acciones que favorezcan la sensibilización, la aceptación y el acompañamiento de quienes enfrentan estos padecimientos.

En un contexto como el colombiano, donde persisten imaginarios sociales que asocian la locura con debilidad, peligro o castigo, resulta fundamental abrir caminos hacia una comprensión más ética y humanista de la salud mental. La filosofía de Michel Foucault, y en particular su enfoque genealógico, ofrece herramientas conceptuales que permiten desnaturalizar estas representaciones, evidenciar los regímenes de verdad que las sostienen y analizar los efectos de subjetivación que producen en quienes padecen trastornos mentales. De este modo, el estudio no solo aporta a la reflexión académica sobre la construcción social de la enfermedad mental, sino que también busca contribuir a la sensibilización y a la transformación de prácticas sociales y educativas, promoviendo un trato más inclusivo y respetuoso hacia la diversidad humana.

Antecedentes Históricos

La Locura Entre la Cruz y el Demonio

Hablar de la locura en la Colombia colonial es entrar en un universo donde lo clínico era inexistente y lo jurídico dependía casi por completo de lo religioso. Allí, el loco no era un paciente ni un ciudadano incompleto: era, ante todo, un pecador o un poseído. En la cultura cristiana del periodo colonial, la enfermedad mental se asociaba a fuerzas demoníacas o a castigos divinos, lo que explica que las respuestas fueran fundamentalmente espirituales, no médicas (Aguirre Suárez, 2024).

El peso de la Iglesia Católica como autoridad suprema hizo que esta interpretación se filtrara en la vida cotidiana y en las normas jurídicas. Como señala el derecho canónico, la falta de uso de razón implicaba incapacidad para realizar actos jurídicos válidos, como el matrimonio, ya que “sin libertad no hay consentimiento” (Código de Derecho Canónico, 1983/2015, c. 1095). El loco era, así, simultáneamente culpable y víctima: culpable porque sus pecados abrían la puerta a la posesión, y víctima porque se consideraba dominado por fuerzas sobrenaturales (Gutiérrez, 2017).

En este contexto, los tratamientos no buscaban una cura en el sentido moderno, sino una purificación espiritual. El exorcismo, la penitencia y el encierro en conventos eran prácticas comunes en Europa y heredadas en América, como lo documenta Foucault (1961/2006) al describir la manera en que la locura fue ligada a la herejía y la blasfemia. En la Colonia, estos rituales cumplían una función doble: pretendían salvar al alma del poseso, pero al mismo tiempo lo apartaban de la comunidad.

De este modo, lo que se presentaba como un acto de cuidado era, en realidad, un dispositivo de exclusión. No se trataba de escuchar al loco, sino de silenciarlo. No de entender su

diferencia, sino de expulsar al demonio que hablaba a través de él. Así, la religión convirtió la locura en una amenaza espiritual y, a la vez, en un instrumento de control social (Foucault, 1961/2006; Montoya Román, 2016).

Si la religión ofrecía un marco espiritual para comprender la locura, el derecho canónico se encargó de codificarla jurídicamente. Desde el derecho romano, el furiosus había sido considerado incapaz de realizar actos válidos porque carecía del juicio necesario para obligarse o consentir (Foucault, 1961/2006). Esta tradición fue heredada y consolidada por la Iglesia en el canon 1095 del Código de Derecho Canónico, que declara incapaces de contraer matrimonio a quienes carecen de suficiente uso de razón (Código de Derecho Canónico, 1983/2015).

En la Colombia colonial, esta disposición no era una abstracción: tenía consecuencias prácticas. Un individuo considerado “furioso” podía ver anuladas sus decisiones, incluso en los llamados “intervalos lúcidos”. La razón jurídica era clara: el derecho no podía arriesgarse a legitimar un consentimiento que, en cualquier momento, podía considerarse nulo. Lo que en apariencia era protección, en la práctica era una forma sofisticada de exclusión legal.

Este gesto revela la lógica antitética de la época: el loco era lo bastante humano para recibir sacramentos esenciales, como el bautismo, pero insuficientemente racional para acceder a otros, como el matrimonio. Tenía alma, pero no libertad plena. Era miembro de la Iglesia, pero no de la comunidad civil. Como advierte Montoya Román et al. (2016), esta tensión entre reconocimiento y exclusión ha sido una constante en la historia del derecho colombiano frente a la locura.

Foucault (1961/2006) ya había señalado que, en Europa, la categoría de incapacidad no describía simplemente un estado mental, sino que producía un sujeto jurídico específico: alguien

situado en los márgenes de la ciudadanía, administrado por curadores o tutores. En la Colonia, ese mismo proceso se replicó: el loco no era un individuo con derechos, sino un objeto de tutela.

El derecho canónico, por tanto, funcionó como un dispositivo de poder que transformó un fenómeno espiritual en una condición jurídica. Declarar al loco “incapaz” fue el modo en que la Iglesia y el derecho colonial hicieron visible y controlable una diferencia que, de otro modo, se les escapaba. Era una forma de decir: este sujeto pertenece al orden de Dios, pero no al orden del contrato humano.

Aunque el discurso religioso pareciera haber perdido protagonismo frente al avance de la psiquiatría y del derecho penal moderno, su huella cultural persiste en Colombia. Numerosos estudios muestran que las alucinaciones y delirios de pacientes psiquiátricos conservan un fuerte contenido religioso: sentir la presencia del demonio, creer ser enviados de Dios o interpretar voces interiores como mensajes divinos (Aguirre Suárez, 2024). Lejos de ser un rezago anecdótico, esta permanencia revela que la religión sigue funcionando como matriz simbólica en la manera en que la sociedad colombiana concibe la locura.

En la práctica social, la fe religiosa continúa siendo recurso terapéutico y explicación del sufrimiento mental. Familias que enfrentan casos de psicosis o depresión recurren con frecuencia a sacerdotes, pastores o rituales espirituales antes de buscar atención médica especializada (Montoya Román et al., 2016). Lo que Foucault (1961/2006) describió como la “alianza entre discurso y poder” se observa aquí con claridad: incluso cuando la medicina reclama el monopolio de la verdad, la religión mantiene una autoridad cultural que condiciona los significados atribuidos a la enfermedad mental.

Esta persistencia no es inocua. Si la Colonia entendía al loco como poseído y lo sometía a exorcismos, hoy muchas comunidades interpretan la enfermedad mental como señal de debilidad

espiritual o de falta de fe. De este modo, el estigma religioso se traduce en exclusión social y en retraso en el acceso a servicios de salud mental. Como advierte Gutiérrez (2017), la permanencia de estos imaginarios muestra que el discurso religioso no desapareció: fue absorbido y rearticulado dentro de las nuevas racionalidades médicas y jurídicas.

La ironía es evidente: en una sociedad que se proclama moderna y secular, los fantasmas de la posesión y el castigo divino siguen presentes en la manera en que nombramos y tratamos la locura. La religión ya no dicta las leyes, pero sigue dictando los miedos.

Con el siglo XIX llegó a Colombia una nueva promesa de verdad: la ciencia. Los discursos médicos se presentaron como sustituto del lenguaje religioso, pero en realidad heredaron su misma función de exclusión. Lo que antes se entendía como posesión demoníaca pasó a llamarse degeneración hereditaria, un término importado de la psiquiatría francesa y la criminología italiana. Autores como Morel y Lombroso afirmaban que la locura era producto de una herencia defectuosa, transmitida de padres a hijos como una maldición biológica (Foucault, 1961/2006).

Colombia adoptó estas teorías con entusiasmo. Como muestra Gutiérrez (2017), médicos e intelectuales del país asociaron la locura con la raza y la clase social. Indígenas, afrodescendientes y mestizos fueron catalogados como proclives a la degeneración, y la enfermedad mental se convirtió en metáfora del “atraso” nacional. La psiquiatría se usó así no solo para diagnosticar individuos, sino para clasificar poblaciones enteras, legitimando jerarquías raciales y sociales.

En este contexto, los manicomios adquirieron un papel central. El Hospital San Juan de Dios en Bogotá, entre otros, se transformó en un espacio donde se confinaba a locos, alcohólicos, vagabundos y prostitutas, todos etiquetados como desviados de la norma (Martínez & López,

2019). Más que hospitales, estos lugares funcionaban como laboratorios sociales, donde se registraban estadísticas, se estudiaban comportamientos y se reforzaban las fronteras entre lo normal y lo patológico.

Lo que se anunciaba como modernidad y progreso científico fue, en realidad, un refinamiento de la exclusión. La ciencia prometía liberar a la sociedad de supersticiones, pero terminó reproduciendo un viejo patrón: identificar al loco como amenaza, esta vez en nombre de la biología. La antítesis es reveladora: mientras el discurso médico pretendía emancipar a la sociedad de los demonios, terminó fabricando nuevos fantasmas, ahora con ropaje estadístico y clínico.

La llegada de la teoría de la degeneración a Colombia no quedó confinada al ámbito médico. Muy pronto, sus postulados se filtraron en el derecho penal, generando una alianza entre ciencia y justicia que configuró nuevas formas de exclusión. Si la religión había visto al loco como poseso y el derecho canónico como incapaz, la psiquiatría positivista lo convirtió en degenerado: alguien cuya biología defectuosa lo predisponía a la criminalidad y a la desobediencia social.

Esta lógica se apoyaba en la obra de Cesare Lombroso, quien afirmaba que el delincuente nato podía reconocerse por rasgos físicos como el tamaño del cráneo o la forma de la mandíbula. Aunque estas ideas hoy resultan pseudocientíficas, en su momento gozaron de gran prestigio y fueron importadas a América Latina con entusiasmo (Foucault, 1975/2002). En Colombia, como explica Gutiérrez (2017), los médicos usaron estos criterios para justificar la internación de sujetos considerados peligrosos por su supuesta predisposición biológica a la locura o al crimen.

El manicomio, en consecuencia, no fue solo un hospital: fue una institución de control social. Allí se recluía a quienes no encajaban en la norma, bajo el argumento de que la ciencia

podía clasificar, diagnosticar y corregir. En palabras de Martínez y López (2019), los registros clínicos y judiciales de finales del siglo XIX muestran cómo la psiquiatría colaboró activamente con jueces y autoridades para definir quién debía ser internado y por cuánto tiempo.

El resultado fue una criminalización indirecta de la enfermedad mental. Aunque el loco no era castigado como delincuente, era tratado como riesgo permanente. Su encierro no respondía a un delito cometido, sino a una peligrosidad anticipada. Aquí se observa la misma paradoja que Foucault (1975/2002) señaló en *Vigilar y castigar*: en nombre de la ciencia, se multiplicaron las instituciones de encierro que prometían curar, pero en la práctica disciplinaban y neutralizaban.

Así, la teoría de la degeneración se convirtió en un dispositivo útil para el derecho: una justificación “científica” para encerrar y controlar a los locos, ya no por pecadores, sino por biológicamente peligrosos. En otras palabras, el lenguaje cambió, pero la función social del encierro permaneció intacta.

El manicomio fue, quizá, la institución más visible de la alianza entre ciencia y derecho en la Colombia de finales del siglo XIX y comienzos del XX. Estos espacios no se concibieron únicamente como lugares de cuidado, sino como laboratorios sociales, donde se observaba, clasificaba y documentaba a los “anormales”. Como señala Gutiérrez (2017), los informes médicos de la época no se limitaban a describir síntomas, sino que vinculaban la locura con factores sociales como la pobreza, el alcoholismo y la “mala herencia”.

El Hospital San Juan de Dios en Bogotá, al igual que otros manicomios regionales, se convirtió en un escenario donde se mezclaban enfermos mentales, delincuentes comunes, prostitutas y vagabundos (Martínez & López, 2019). Esta amalgama no era casual: respondía a la

convicción positivista de que la desviación —fuera moral, biológica o social— debía ser tratada mediante el encierro y la observación constante.

La antítesis es brutal. Mientras en los discursos oficiales se hablaba de ciencia y progreso, en la práctica los manicomios funcionaban como cárceles disfrazadas de hospitales. Los internos no recibían tratamientos efectivos, sino regímenes de disciplina, trabajo forzado y control estricto. Como advierte Foucault (1961/2006), este tipo de instituciones no buscaban escuchar al loco, sino administrarlo como un cuerpo peligroso.

Además, los registros clínicos recopilados en estas instituciones tuvieron una función política: reforzar la idea de que ciertas poblaciones eran naturalmente inferiores o proclives a la degeneración. La psiquiatría, en lugar de ser un campo neutral de saber, se convirtió en un discurso que justificaba la exclusión de sectores populares bajo la apariencia de objetividad científica (Gutiérrez, 2017).

En este sentido, el manicomio fue mucho más que un espacio médico: fue un dispositivo de poder donde se cruzaban saber y control. Allí, la locura dejó de ser únicamente un problema del individuo y se transformó en un signo del “atraso” de la nación. El loco ya no encarnaba al poseso demoníaco de la Colonia, sino al ciudadano incompleto del proyecto republicano, aquel que debía ser vigilado, estudiado y, sobre todo, apartado.

El siglo XX trajo consigo una transformación decisiva: la locura dejó de ser únicamente un problema religioso o médico para convertirse en una categoría penal. El derecho colombiano incorporó la noción de inimputabilidad, una figura que, en apariencia, buscaba proteger a quienes no podían comprender la ilicitud de sus actos debido a un trastorno mental. El artículo 33 del Código Penal colombiano (Ley 599 de 2000) lo establece con claridad: no es culpable quien, por enfermedad mental, carezca de capacidad para entender el carácter ilícito de su conducta.

A primera vista, esta disposición parece humanitaria: reconoce que el enfermo mental no puede ser castigado como un delincuente común. Sin embargo, la genealogía foucaultiana enseña a desconfiar de estas formas de aparente protección. Como advierten Montoya Román, Rodríguez y Restrepo (2016), la inimputabilidad no elimina el encierro, sino que lo reemplaza por medidas de seguridad que, en teoría, deberían ser terapéuticas, pero en la práctica terminan siendo carcelarias.

Aquí se observa una paradoja fundamental: el derecho proclama la inocencia del loco, pero al mismo tiempo lo encierra indefinidamente en instituciones psiquiátricas o penitenciarias. El resultado es un sujeto atrapado en un limbo jurídico: no es culpable, pero tampoco libre. Foucault (1975/2002) había señalado que este tipo de mecanismos crean lo que él llamaba sujetos de excepción, individuos que habitan en los márgenes del derecho, gestionados más por el miedo social que por la justicia.

En Colombia, esta paradoja se intensifica debido a la precariedad del sistema penitenciario y de salud mental. Los informes muestran que los inimputables suelen permanecer años privados de la libertad sin recibir tratamiento adecuado, lo que convierte a las medidas de seguridad en una forma encubierta de castigo (Montoya Román et al., 2016). Así, el derecho penal, que prometía diferenciar entre culpables y enfermos, termina reproduciendo el mismo gesto de exclusión que había caracterizado a la religión y a la ciencia.

La ironía es inevitable: el Estado que se proclama racional y garantista encierra por miedo, no por cuidado. Reconoce la dignidad del loco en el discurso, pero lo reduce a un expediente en la práctica. El derecho penal, en lugar de redimir, refuerza la vieja tradición del encierro, ahora legitimada por el lenguaje de la seguridad.

El desarrollo jurídico de la inimputabilidad en Colombia está indisolublemente ligado a la figura de las medidas de seguridad. En teoría, estas no son sanciones penales, sino mecanismos destinados a proteger a la sociedad y garantizar el tratamiento del inimputable. El artículo 69 del Código Penal colombiano establece que estas medidas deben aplicarse “en establecimiento adecuado” y con fines terapéuticos (Congreso de la República de Colombia, 2000).

La práctica, sin embargo, se aleja de esta promesa normativa. Según Montoya Román, Rodríguez y Restrepo (2016), la mayoría de inimputables en Colombia terminan cumpliendo estas medidas en cárceles comunes o en instituciones psiquiátricas con infraestructura precaria, donde la atención terapéutica es mínima o inexistente. En muchos casos, la duración de la medida de seguridad supera con creces la pena que habría correspondido a un imputable en condiciones similares, lo que evidencia una forma de encierro indefinido disfrazado de tratamiento.

Este fenómeno pone de relieve la tensión entre discurso y práctica. El derecho declara que no castiga, pero el efecto material de la medida de seguridad es el mismo: privación prolongada de la libertad. Como señala Foucault (1975/2002), el encierro moderno se legitima con lenguajes cambiantes —religiosos, médicos o jurídicos—, pero conserva su esencia como dispositivo de control social.

El caso colombiano es especialmente revelador porque combina dos precariedades: la del sistema penitenciario, caracterizado por el hacinamiento y la violencia, y la del sistema de salud mental, marcado por la falta de recursos y personal especializado. En este contexto, la medida de seguridad se convierte en un espacio intermedio donde el inimputable es tratado simultáneamente como paciente y como preso, sin ser plenamente ninguno de los dos (Martínez & López, 2019).

La paradoja, nuevamente, es evidente: lo que se presenta como una política de cuidado termina operando como una sofisticada forma de castigo. La medida de seguridad, que en su formulación legal parece un instrumento humanitario, en la práctica se convierte en una condena indefinida. Una genealogía crítica nos obliga a preguntar: ¿se protege al loco o se lo neutraliza en nombre de la seguridad colectiva?

La Corte Constitucional colombiana ha intentado, en varias ocasiones, moderar las tensiones generadas por la aplicación de las medidas de seguridad a los inimputables. En la Sentencia C-176 de 1994, por ejemplo, el tribunal reconoció que dichas medidas no pueden equipararse a penas, pues su finalidad no es retributiva, sino protectora y terapéutica (Corte Constitucional, 1994). Este criterio fue reiterado en decisiones posteriores, como la Sentencia C-209 de 2007, donde se subrayó que la dignidad humana debe ser el eje rector en el tratamiento de las personas inimputables (Corte Constitucional, 2007).

No obstante, la misma Corte ha debido admitir que existe un abismo entre la norma y la práctica. En la Sentencia T-760 de 2008, al abordar la crisis del sistema de salud en general, se evidenció la insuficiencia estructural de los servicios de salud mental en el país, lo que afecta directamente la implementación de medidas terapéuticas reales para los inimputables (Corte Constitucional, 2008).

El discurso judicial, por tanto, oscila entre el ideal garantista y la constatación de la precariedad institucional. Como señala Montoya Román et al. (2016), las medidas de seguridad en Colombia “se convierten en privaciones de la libertad de carácter indefinido y sin contenido terapéutico efectivo” (p. 67). En otras palabras, la Corte Constitucional puede declarar que las medidas son protectoras, pero en la práctica terminan operando como penas encubiertas.

Al revisar los antecedentes jurídicos de la locura en Colombia, emerge una constante inquietante: el encierro nunca desaparece, solo cambia de ropaje. En la Colonia, el loco era aislado en conventos o hospitales administrados por órdenes religiosas; en el siglo XIX, se lo recluía en manicomios bajo la retórica de la higiene social; y en el derecho penal contemporáneo, se lo somete a medidas de seguridad que en teoría son terapéuticas, pero en la práctica prolongan la privación de libertad.

Este recorrido confirma lo que Foucault (1961/2006) llamaba el “gran encierro”: la decisión histórica de segregar a quienes no encajan en el orden de la razón ya sea como pobres, delincuentes o locos. En Colombia, ese gesto se reproduce con una insistencia casi obsesiva, como si la sociedad necesitara apartar a la locura para preservar la ilusión de normalidad.

El derecho penal colombiano, con toda su retórica de garantías, no escapa a esta lógica. Al declarar inimputables a los enfermos mentales, los libera de la culpa, pero los condena al confinamiento indefinido. Como observa Montoya Román et al. (2016), este régimen híbrido convierte al inimputable en un sujeto de excepción, “ni plenamente libre ni plenamente condenado” (p. 68). La paradoja se mantiene: se protege castigando, se cuida excluyendo.

Lo más inquietante es que esta práctica no responde solo a deficiencias institucionales, sino a una racionalidad más profunda. La locura, en el imaginario jurídico colombiano, sigue siendo una amenaza que debe neutralizarse, incluso cuando se la nombra como vulnerable o inocente. La Corte Constitucional ha intentado corregir este desajuste, pero sus fallos muestran que el problema no es semántico, sino estructural: el derecho se construyó sobre la base del encierro, y le resulta difícil pensar alternativas fuera de él (Corte Constitucional, 2007).

La conclusión, entonces, es inevitable: la genealogía de la locura en Colombia no es una historia de progresiva humanización, sino una cadena de transformaciones discursivas que

encubren la misma práctica de exclusión. La ironía es amarga: cuanto más se insiste en proteger al loco, más se justifica su aislamiento.

Antecedentes Teóricos

La comprensión de la enfermedad mental ha sido objeto de múltiples enfoques a lo largo del tiempo, muchos de los cuales han contribuido a su estigmatización. Desde el pensamiento moderno, estas patologías han sido abordadas por disciplinas como la psicología y la psiquiatría, cuyos saberes han operado como formas de control y normalización social. Michel Foucault, filósofo francés del siglo XX, ofrece una crítica profunda y sistemática a estas disciplinas, al mostrar cómo los discursos sobre la locura han estado históricamente atravesados por relaciones de poder. En este segmento se presentan antecedentes relevantes, nacionales e internacionales, que exploran las raíces filosóficas, epistemológicas y sociales del estigma asociado a las enfermedades mentales desde una perspectiva foucaultiana.

David Pavón-Cuéllar (2020), en su artículo Michel Foucault, su inconfesado marxismo y su crítica de la psicología, realiza un estudio profundo sobre la influencia del marxismo en la crítica foucaultiana a la psicología. El autor examina cómo Foucault articuló en sus primeras obras una lectura crítica de la enfermedad mental vinculada con las contradicciones sociales propias del sistema capitalista. A través de un análisis teórico-histórico, Pavón-Cuéllar identifica en obras como *Enfermedad mental y personalidad* (1954) e *Historia de la locura* (1961) una crítica a las prácticas de encierro y medicalización del sufrimiento psíquico. En sus conclusiones, se afirma que el pensamiento foucaultiano permite desmitificar la enfermedad mental al situarla en un entramado de poder, ideología y exclusión social.

Siguiendo esta línea, Ana Laura Vallejos (2021) analiza en *La experiencia de la locura en Michel Foucault: los márgenes de la subjetividad moderna* la evolución histórica de la figura del loco desde la Edad Media hasta la modernidad. Basándose en la obra *Historia de la locura en la época clásica*, la autora argumenta que la locura es una construcción social que se redefine como

enfermedad mental en la modernidad, en estrecha relación con la aparición de la racionalidad científica y la institucionalización del saber médico. La locura, antes marginada simbólicamente, es ahora gestionada por dispositivos institucionales que la patologizan y la excluyen, lo que refuerza su estigmatización en la cultura contemporánea.

Por su parte, Matías Abeijón (2022), en *Psicología, psicoanálisis y sentido. Relaciones conceptuales entre Michel Foucault y Georges Politzer*, examina la influencia del filósofo Politzer en los escritos tempranos de Foucault. El autor demuestra que Foucault retoma la crítica de Politzer a la psicología abstracta para desarrollar su propia noción de psicología concreta, basada en el reconocimiento del sentido y la subjetividad del individuo. Esta perspectiva ofrece una crítica tanto a la psicología científica como al psicoanálisis clásico, evidenciando cómo ambos enfoques han contribuido a la reducción del sujeto a categorías formales, lo que ha facilitado prácticas de exclusión.

En un análisis complementario, María Madera Minondo (2022) aborda en *La salud mental y la locura* a partir de Michel Foucault cómo los conceptos foucaultianos de poder y saber permiten comprender las formas actuales de estigmatización en el campo de la salud mental. A través de una reflexión crítica aplicada al siglo XXI, la autora argumenta que las instituciones continúan reproduciendo relaciones de poder que marginan a las personas con enfermedades mentales, situándolas como “otros” dentro del cuerpo social. Este trabajo enfatiza la relevancia del lenguaje y los discursos como instrumentos fundamentales de normalización.

Desde una perspectiva más específica sobre los saberes psicológicos, Silveira, Oliveira y Simanke (2022) analizan en *A Psicologia em Doença Mental e Psicologia de Michel Foucault* cómo Foucault desnaturaliza las categorías de cuerpo, alma y psique, mostrándolas como construcciones discursivas dentro de una episteme particular. Los autores señalan que la

aplicación de los principios de la patología orgánica a la salud mental ha generado una falsa equivalencia entre enfermedad física y enfermedad mental. Esta ilusión ha contribuido a la culpabilización del sujeto, al suponer que sus síntomas son expresión directa de su conducta. El estudio reafirma la crítica foucaultiana a la medicalización del sufrimiento psíquico y sugiere la necesidad de repensar los fundamentos de la psicología moderna.

Asimismo, Azul Sofía Balmaceda (2023), en su reseña *¿Una nueva antropología?*, examina los escritos tempranos de Foucault, destacando su diálogo con la fenomenología de Binswanger. Desde una filosofía de la psicología, la autora muestra cómo Foucault se distancia del biologicismo y del psicologismo abstracto al recuperar una comprensión del sujeto como ser-en-el-mundo. Esta perspectiva permite repensar la enfermedad mental no como una disfunción individual, sino como una experiencia situada históricamente, atravesada por relaciones existenciales, sociales y simbólicas.

Finalmente, Matías Abeijón (2024), en *El Daseinsanalyse y la experiencia patológica* en los textos tempranos de Foucault, profundiza en la influencia del análisis existencial de Binswanger en la obra de Foucault durante los años cincuenta. El artículo expone cómo Foucault adopta una concepción fenomenológica de la experiencia patológica que evita reducir al sujeto a entidades abstractas. En lugar de categorizar la enfermedad como una anomalía objetiva, el enfoque existencial destaca la dimensión vivencial y concreta de la locura, lo que contribuye a desmontar los discursos clínicos que han sostenido el estigma.

En conjunto, estos antecedentes evidencian una convergencia crítica hacia la forma en que la psicología y la psiquiatría han construido históricamente la figura del enfermo mental. La filosofía de Michel Foucault, a través de sus análisis históricos, arqueológicos y genealógicos, ofrece un marco potente para comprender cómo estos discursos han contribuido a la exclusión y

estigmatización. Asimismo, permite pensar alternativas éticas, epistemológicas y sociales para el acompañamiento y la desestigmatización de las personas que padecen enfermedades mentales.

Marco Teórico

Hablar de enfermedades mentales remite, de manera casi inmediata, al ámbito de la medicina, la psicología y otras ciencias de la salud. También evoca imágenes de hospitales psiquiátricos, antiguamente denominados “manicomios”, e instituciones de encierro dedicadas al tratamiento de estos trastornos. No obstante, la concepción de la enfermedad mental no se limita al plano institucional o científico, sino que también se entrelaza con creencias religiosas. A lo largo de la historia, estos padecimientos han sido asociados con lo maligno, el castigo divino y la exclusión social.

En la sociedad actual, las enfermedades mentales se abordan desde múltiples perspectivas: científica, religiosa, racional o incluso mágica. Sin embargo, existe un aspecto particularmente relevante y poco explorado: la manera en que los pacientes y sus familias enfrentan estas condiciones. La elección del enfoque —ya sea desde la ciencia o la fe, desde la lógica o el deseo— influye profundamente en la forma en que se asume la enfermedad. Desde esta perspectiva, surge la necesidad de comprender el origen del tabú que aún persiste alrededor de los trastornos mentales, y por qué tanto pacientes como familiares prefieren ocultar la situación, aun cuando ello pueda agravar el estado de salud. Pareciera, en muchos casos, que la validación social prevalece sobre el derecho a ser plenamente humano, con todo lo que implica, incluida la posibilidad de enfermarse.

Para comprender estas posturas, es fundamental empezar por definir qué se entiende por enfermedad mental, cuáles son sus tipos, cómo se manifiestan y cuál es el tratamiento adecuado. Posteriormente, se abordará la influencia de los métodos de crianza, muchas veces marcados por creencias religiosas, en la construcción de nuestras formas de pensar y actuar frente a estos padecimientos. Finalmente, se analizará cómo dichos métodos inciden en la manera en que se

enfrentan las enfermedades mentales y cómo, dependiendo del enfoque adoptado, pueden contribuir tanto al deterioro como a la recuperación de quienes las padecen.

La Locura como Tabú: Genealogía Filosófica y Resonancias en la Historia de la Psiquiatría en Colombia

Hablar de la locura es hablar de un espejo incómodo que Occidente ha preferido empañar antes que mirarlo de frente. Desde la Edad Media hasta el siglo XX, la locura fue expulsada, confinada o reducida al silencio. Michel Foucault (1964/1998) mostró que, lejos de ser una “enfermedad” reconocida, la locura fue primero un tabú cultural: algo de lo que no se podía hablar sino para excluir, un ruido que debía ser sofocado en nombre del orden racional. La historia no es la progresión luminosa hacia la ciencia, sino más bien una sucesión de silencios, rupturas y estrategias de ocultamiento.

En el Renacimiento, el loco se embarcaba en la *Stultifera Navis*, la nave de los insensatos: condenado a vagar entre las ciudades como un náufrago social (Foucault, 1964/1998, p. 10). En la época clásica, se lo encerró en hospitales generales, junto a prostitutas, mendigos y criminales, bajo la sospecha común de la “deshonra abstracta” (Foucault, 1964/1998, p. 56). Y en el siglo XIX, con el nacimiento de la clínica, el tabú adquirió un nuevo ropaje: el discurso médico que, mientras afirmaba liberar al loco, lo sometía a un poder aún más sofisticado, el del diagnóstico, la observación y la clasificación (Foucault, 1963/2003).

Este patrón no fue exclusivo de Europa. En Colombia, la psiquiatría nació marcada por el mismo gesto ambivalente: la promesa de curación y, al mismo tiempo, la persistencia del estigma. El Hospital San Juan de Dios, en Bogotá, acogió desde el siglo XVIII a los “dementes”, pero no como sujetos de derechos, sino como cuerpos incómodos que debían ser controlados (Obregón, 2002). A mediados del siglo XIX, la fundación del Hospicio de Locos de Bogotá

(después Manicomio de Sibaté) mostró el traslado del modelo europeo a nuestras tierras: el encierro como respuesta al desorden, el tratamiento moral como disfraz de la disciplina (Berrío, 1994).

La pregunta que atraviesa este ensayo es clara: ¿por qué la locura, más que una condición médica, fue durante siglos un tabú social y filosófico? Y, sobre todo, ¿cómo se replicó este silenciamiento en la historia de la psiquiatría en Colombia? Lo que veremos en las próximas páginas es que, bajo distintas máscaras —el barco, el asilo, la clínica, el manicomio—, la locura nunca dejó de ser un espejo de lo que una sociedad no quiere ver de sí misma.

El loco medieval no era todavía un enfermo, sino un personaje ambiguo: a veces temido, a veces celebrado. Su figura oscilaba entre lo sagrado y lo grotesco, entre la maldición divina y la risa popular. No es casual que en las festividades del carnaval el loco ocupara un lugar central: representaba el desorden, la inversión de jerarquías, la voz que podía decir lo indecible. Pero, al mismo tiempo, su presencia se cargaba de peligro. “El loco se sitúa en el umbral: ni dentro ni fuera de la comunidad, sino en el límite que la define” (Foucault, 1964/1998, p. 23).

La metáfora de la *Stultifera Navis*, esa nave que llevaba a los insensatos lejos de las ciudades no fue solo un motivo literario. En ciudades alemanas y flamencas del siglo XV y XVI se documenta la práctica de embarcar a los locos y expulsarlos por vía fluvial (Foucault, 1964/1998, pp. 24-25). El agua, con su simbolismo de purificación, servía como escenario de un rito de exclusión. Se trataba de un exilio sin retorno: se confinaba al loco en un tránsito perpetuo, sin hogar ni arraigo, convertido en un errante perpetuo.

Este gesto, aunque ritual y poético, revela ya un primer tabú: la imposibilidad de integrar al loco como un miembro pleno de la comunidad. No se lo mata ni se lo cura, se lo desplaza. Su

palabra no tiene lugar; su cuerpo es transportado como una mercancía incómoda. La locura, en este sentido, es lo que debe ser puesto “afuera”, en los márgenes físicos y simbólicos.

En el contexto colombiano, siglos después, reaparecerá este mismo gesto bajo otras formas. Durante el periodo colonial, los “dementes” eran mantenidos en cárceles, hospicios o en las casas familiares, donde la lógica era más de custodia que de cuidado (Berrío, 1994, p. 57). Como en el Renacimiento europeo, el loco era visto como un cuerpo errante dentro de la sociedad, sin voz propia y sin estatuto definido. El estigma lo relegaba a un limbo: ni enfermo en sentido médico, ni plenamente ciudadano. El tabú de la locura, entonces, no era una herencia abstracta de Europa, sino un modelo concreto que viajó junto con las instituciones coloniales.

Si en la Europa renacentista el loco viajaba en barcos fantasmas, en la Nueva Granada era simplemente encerrado tras muros que lo hacían invisible. En ambos casos, la estrategia era idéntica: el silencio y la exclusión como formas de neutralizar aquello que ponía en riesgo el orden social. Con el siglo XVII, Europa inventó un mecanismo que transformó radicalmente el destino del loco: el internamiento masivo. No se trataba aún de hospitales psiquiátricos en el sentido moderno, sino de casas de encierro, los Hôpitaux Généraux en Francia o instituciones similares en toda Europa. Allí eran reclusos pobres, vagabundos, prostitutas, libertinos... y, por supuesto, locos. Foucault (1964/1998) lo denomina el “Gran Internamiento”, un fenómeno que muestra cómo la sociedad clásica no veía en la locura un fenómeno médico, sino una deshonra abstracta, una amenaza moral para el orden (p. 56).

El tabú se hace aquí más explícito: el loco no es tanto peligroso por su enfermedad, sino por su capacidad de poner en cuestión las fronteras entre razón y desrazón, entre trabajo y ocio, entre obediencia y rebeldía. En palabras de Foucault (1964/1998), “la locura se encierra no porque se la reconozca, sino porque incomoda; no porque se la entienda, sino porque se la teme”

(p. 61). El silencio se consume en el muro: el loco ya no navega errante, sino que queda enterrado vivo en la arquitectura de la disciplina.

En Colombia, el eco de este modelo se percibe dos siglos después. El Hospicio de Locos de Bogotá, fundado en 1873, replicó el espíritu del encierro más que el de la atención terapéutica. Como señala Obregón (2002), estos espacios surgieron menos por un interés médico que por la necesidad de segregar a quienes no encajaban en la nueva república liberal. Los dementes, junto a mendigos y huérfanos, fueron ubicados en instituciones donde el tratamiento era secundario frente al control social.

Este paralelismo revela un patrón persistente: la locura se convierte en tabú cuando se la trata como desecho social. El asilo europeo y el manicomio colombiano comparten la misma lógica: aislar aquello que recuerda a la sociedad sus propios límites. La paradoja es evidente: cuanto más se pretendía “cuidar” al loco, más se lo transformaba en un fantasma, reducido al silencio tras los muros de la institución.

En ambos contextos, europeo y colombiano, el internamiento cumplía una función teatral: mostrar que la sociedad era capaz de protegerse de lo anómalo. Pero al hacerlo, negaba al loco su derecho a ser sujeto de palabra y de historia. El tabú se reforzaba bajo la máscara del cuidado. Uno de los aportes más radicales de Foucault fue mostrar que la locura, en la época clásica, no tenía derecho a hablar. No porque los locos fueran mudos, sino porque sus palabras eran reducidas a puro ruido. “El loco habla, pero su discurso no tiene estatuto: no es ni verdadero ni falso, es un murmullo que la razón debe sofocar” (Foucault, 1964/1998, p. 82). Así se consume el tabú: no se trata solo de encerrar al loco en un espacio físico, sino de despojarlo de la posibilidad de inscribirse en el lenguaje común.

Esta estrategia de silenciamiento no desapareció con el tiempo; simplemente cambió de ropaje. En el siglo XIX, cuando la medicina asumió la autoridad sobre la locura, el lenguaje del loco siguió sin ser escuchado, aunque ahora bajo el pretexto de la ciencia. Su palabra era interpretada como síntoma, nunca como sentido. Lo que decía un demente no era su verdad, sino un signo que debía ser descifrado por el médico. El discurso del paciente quedaba subordinado a un nuevo poder: el del diagnóstico.

En Colombia, este silenciamiento se manifestó en la práctica psiquiátrica desde el siglo XIX. Según Berrío (1994), los primeros médicos alienistas formados en Europa regresaron al país con el convencimiento de que el loco debía ser observado, clasificado y corregido. La voz del paciente no era fuente de conocimiento, sino ruido perturbador que debía ser “traducido” por la autoridad científica. El manicomio, en este sentido, no fue solo un espacio de encierro físico, sino también de censura simbólica.

El tabú, entonces, no consistía únicamente en no hablar de la locura, sino en impedir que la locura hablara de sí misma. Como un espejo cubierto con una tela, el discurso del demente fue borrado de la escena social. En lugar de escuchar lo que podía decirnos sobre la fragilidad de la razón, la sociedad prefirió interpretarlo como enfermedad, error o anomalía. Lo que estaba en juego no era solo un problema médico, sino un problema filosófico: ¿qué tanto puede soportar una cultura escuchar aquello que amenaza su propia idea de verdad?

El siglo XVIII y, sobre todo, el XIX, marcaron un giro decisivo en la historia de la locura. Con el nacimiento de la psiquiatría, el encierro ya no se justificó únicamente en términos de orden social, sino en nombre de la salud y la moral. Pinel en Francia y Tuke en Inglaterra se convirtieron en símbolos de una supuesta “liberación” del loco: se retiraron las cadenas, se construyeron asilos especializados, se habló de un “tratamiento moral”. Sin embargo, Foucault

(1964/1998) revela la paradoja: esa aparente liberación era, en realidad, una forma más refinada de control. “El asilo no suprime el tabú de la locura; lo reorganiza bajo el signo de la disciplina y de la corrección moral” (p. 412).

El loco pasó a ser concebido como un sujeto culpable de su desvarío, alguien que debía aprender a controlar sus pasiones, a reinsertarse en la lógica del trabajo y de la obediencia. La enfermedad se entendía, entonces, no solo como un desorden biológico, sino como una falta moral. El manicomio funcionaba como un laboratorio de normalización, donde médicos y celadores actuaban como jueces y pedagogos.

En Colombia, este modelo se replicó de manera directa. El Hospicio de Locos de Bogotá adoptó desde sus inicios el “tratamiento moral”: horarios estrictos, ejercicios laborales, rutinas religiosas. Como lo ha mostrado Rueda (1998), más que una terapéutica médica, lo que operaba era un dispositivo de disciplinamiento, donde los enfermos eran sometidos a la lógica del trabajo forzado y la obediencia jerárquica. La locura seguía siendo tabú, pero ahora bajo el disfraz de una medicina que en realidad buscaba domesticar conductas.

La ironía es contundente: mientras la psiquiatría proclamaba estar abriendo las puertas de la razón al loco, en realidad estaba cerrando aún más su posibilidad de hablar. La locura ya no era simplemente un ruido que debía ser acallado, sino un error que debía ser corregido. El lenguaje del tabú se transformó en lenguaje clínico, pero la operación cultural seguía siendo la misma: ocultar aquello que desafiaba la racionalidad social.

El paso del siglo XIX al XX no significó la superación del tabú de la locura, sino su metamorfosis. Los manicomios se consolidaron como instituciones médicas, pero en su interior persistieron prácticas que hoy reconoceríamos como violentas: baños helados, duchas prolongadas, aislamiento, camisas de fuerza y electrochoques tempranos. Todas estas técnicas se

justificaban como terapéuticas, pero en el fondo funcionaban como rituales de purificación: expulsar de los cuerpos aquello que se consideraba impuro o excesivo. Foucault (1963/2003) lo describe con crudeza: “El manicomio se convierte en un espacio de renacimiento moral, donde el sufrimiento físico del tratamiento representa el precio de la razón recuperada” (p. 178).

La paradoja se repite: la modernidad se enorgullecía de haber dado un estatuto científico a la locura, mientras que, en la práctica, la trataba con métodos que la reducían a un espectáculo de dolor. El tabú se volvió más sofisticado: ya no se trataba de expulsar al loco de la ciudad, ni de sepultarlo en un hospicio, sino de someterlo a un proceso disciplinario bajo la etiqueta de la ciencia. La sociedad no quería oír su palabra, pero estaba dispuesta a experimentar sobre su cuerpo.

En Colombia, la situación no fue distinta. El Manicomio de Sibaté, inaugurado en 1926, fue considerado un símbolo de modernidad, pero su funcionamiento estuvo marcado por la sobrepoblación, el abandono estatal y el uso de terapias coercitivas. Como documenta Gutiérrez Avendaño (1998), los internos eran sometidos a regímenes estrictos donde el castigo y la disciplina se confundían con la cura. En muchos casos, la “terapia” consistía en trabajo agrícola forzado, pensado como vía de redención moral y control social.

La psiquiatría colombiana del siglo XX osciló entre el afán de profesionalización y la persistencia del estigma. Mientras se fundaban facultades de medicina y se incorporaban técnicas modernas, los pacientes seguían siendo vistos como “anormales” que debían ser apartados del resto de la sociedad. Como observa Martínez (2013), “el manicomio cumplió menos una función médica que una función simbólica: mostrar que el Estado podía domesticar la locura” (p. 210).

Así, en plena modernidad, la locura siguió siendo un tabú. La diferencia es que ahora se escondía detrás de un lenguaje técnico, donde el sufrimiento del paciente se justificaba en

nombre del progreso científico. La censura del discurso del loco continuaba intacta; lo único que había cambiado era la gramática del poder que lo silenciaba.

Anormales y Peligrosidad: La Psiquiatría como Control Social

La entrada del siglo XX no solo reafirmó el carácter médico de la locura, sino que introdujo un nuevo dispositivo de poder: la noción de peligrosidad. Los anormales ya no eran únicamente enfermos, sino sujetos potencialmente amenazantes para el orden social. Foucault (1974/2012), en su curso *Los anormales*, muestra cómo el discurso psiquiátrico se entrelazó con el judicial para producir una figura híbrida: el loco-criminal, aquel que debía ser vigilado por razones médicas y penales a la vez. La psiquiatría, así, dejó de ser un campo de diagnóstico para convertirse en una tecnología de seguridad.

En esta clave, el tabú se intensifica: el loco ya no es solo alguien de quien no se habla, sino alguien que encarna el peligro mismo, un recordatorio de los límites de la razón y la moral. Se lo convierte en una amenaza latente, un “otro” que debe ser controlado no solo para evitar su sufrimiento, sino para proteger a la sociedad de su supuesta violencia. El discurso psiquiátrico se entrelaza entonces con el penal, legitimando el encierro indefinido y la vigilancia constante.

En Colombia, esta perspectiva encontró eco en la manera en que los manicomios funcionaron como espacios de contención de lo indeseable. El Manicomio de Sibaté, por ejemplo, fue presentado en informes oficiales como un lugar donde se protegía a la sociedad de los “peligrosos dementes” (Berrío, 1994). Esta categoría de peligrosidad se aplicaba de manera laxa: no solo incluía a pacientes con conductas violentas, sino también a alcohólicos, vagabundos o mujeres que transgredían normas morales.

De este modo, el manicomio colombiano se convirtió en un engranaje del control social, reproduciendo la lógica que Foucault describe para Europa: la psiquiatría como discurso que

legítima la exclusión. Como señala Gutiérrez Avendaño (1998), más que curar, la institución buscaba reafirmar fronteras entre lo normal y lo anormal, entre el ciudadano productivo y el sujeto improductivo. El tabú de la locura se confundió así con el miedo a la peligrosidad, borrando la frontera entre tratamiento médico y castigo social.

La ironía es clara: cuanto más avanzaba la psiquiatría como ciencia, más se transformaba en un aparato de vigilancia. El loco ya no era únicamente el que debía callar, sino también el que debía ser vigilado en nombre de la seguridad colectiva. La cultura del tabú alcanzaba aquí su máxima sofisticación.

El Género del Tabú: Mujeres, Locura y Moralidad en Colombia

El tabú de la locura no afectó a todos por igual. La historia muestra que las mujeres fueron particularmente vulnerables a ser catalogadas como “dementes” cuando transgredían las normas de género. La histeria en Europa se convirtió en el diagnóstico estrella del siglo XIX: una etiqueta que traducía en términos médicos cualquier gesto de rebeldía femenina. “La histeria fue menos una enfermedad que un dispositivo de control: una manera de devolver a las mujeres a la órbita de la obediencia” (Foucault, 1963/2003, p. 203).

En Colombia, esta dinámica se replicó con matices locales. Durante el siglo XIX y buena parte del XX, muchas mujeres ingresaban a los manicomios no tanto por cuadros psicopatológicos severos, sino por “conductas impropias”: desobedecer a la familia, abandonar el hogar, practicar la prostitución o, sencillamente, negarse a los mandatos del matrimonio. Como señala Obregón (2002), la psiquiatría colombiana temprana estaba profundamente atravesada por valores morales y religiosos, lo que convertía a los asilos en instrumentos de disciplinamiento social y de género.

El Manicomio de Sibaté recibió un alto número de mujeres jóvenes diagnosticadas con “trastornos nerviosos” o “histeria”. En muchos casos, los expedientes médicos describen más la preocupación por su sexualidad o su conducta social que por síntomas clínicos específicos (Gutiérrez Avendaño, 1998). La locura femenina, entonces, no era un diagnóstico médico neutral, sino un reflejo de un tabú cultural: la mujer que salía de los márgenes de la moral católica era tratada como anormal.

La ironía es dolorosa: la psiquiatría, que se presentaba como ciencia objetiva, terminaba reforzando prejuicios patriarcales. El tabú de la locura femenina no consistía en silenciar un delirio, sino en sofocar una voz de rebeldía. De ahí que muchas historias de mujeres recluidas en Sibaté o en el San Juan de Dios puedan leerse como crónicas de castigo social más que de atención médica.

Así, el género del tabú revela su doble filo: la locura funcionaba como categoría médica y, al mismo tiempo, como sentencia moral. La mujer diagnosticada no era solo una enferma; era, ante todo, una transgresora que debía ser devuelta a la obediencia mediante el lenguaje de la clínica.

La consolidación de la república en el siglo XIX coincidió con la llegada de la psiquiatría moderna a Colombia. Sin embargo, este nuevo saber no se desarrolló en un vacío, sino en un contexto donde la Iglesia católica seguía marcando profundamente las nociones de moral, enfermedad y desvío. El resultado fue una psiquiatría híbrida: científica en sus pretensiones, pero moralizante en su práctica.

En los informes médicos de finales del siglo XIX y principios del XX es evidente cómo los alienistas oscilaban entre el lenguaje clínico y el juicio moral. La locura se describía tanto en términos de síntomas como de pecados. Según Gutiérrez Avendaño (1998), los médicos hablaban

de “alcoholismo”, “degeneración” o “histeria” con la misma facilidad con que se referían al “vicio” o la “perversión”. Esta mezcla de registros muestra que la psiquiatría no era solo una ciencia, sino también un instrumento para reforzar un orden moral heredado de la tradición colonial.

El tabú de la locura se mantuvo en esa tensión entre ciencia y religión. Mientras los médicos reclamaban autoridad científica para legitimar su saber, seguían apelando a categorías morales que reforzaban el estigma. De este modo, el manicomio se convirtió en un lugar donde la corrección médica se confundía con la penitencia religiosa. Como observa Obregón (2002), en la Colombia republicana “la medicina no sustituyó a la moral, sino que se alió con ella” (p. 147).

El caso de los hospitales gestionados por órdenes religiosas ilustra bien esta tensión. En el Hospital San Juan de Dios de Bogotá, los dementes eran tratados bajo un régimen que combinaba cuidados médicos rudimentarios con prácticas de control espiritual. El enfermo debía rezar, confesarse y someterse a la disciplina religiosa como parte de su “cura”. Aquí el tabú alcanzaba una doble dimensión: se callaba la palabra del loco bajo el peso del diagnóstico y se moralizaba su conducta bajo el signo de la fe.

Este modelo híbrido se mantuvo durante buena parte del siglo XX. La psiquiatría colombiana tardó décadas en desligarse de la moral católica, y aún hoy las huellas de esa alianza persisten en la forma en que socialmente se juzga al enfermo mental. El tabú, lejos de desaparecer, se sofisticó en la articulación entre discurso médico y discurso religioso.

La Medicalización de la Pobreza: Locura y Miseria en los Manicomios Colombianos

Uno de los rasgos más persistentes en la historia de la psiquiatría, tanto en Europa como en América Latina, es la confusión entre locura y miseria. Desde el Gran Internamiento descrito por Foucault, los locos compartieron encierro con pobres, vagabundos y prostitutas. El tabú de la

locura se mezcló así con el miedo a la indigencia: el enfermo mental era visto como un desecho social, un recordatorio de la fragilidad del orden económico.

En Colombia, esta asociación se hizo particularmente evidente en el siglo XIX. Los hospicios y manicomios recibían a un número considerable de indigentes sin diagnóstico clínico, cuyo único “síntoma” era la pobreza. Como señala Berrío (1994), los archivos del Hospicio de Locos de Bogotá muestran que muchos internos fueron ingresados por sus familias o por la policía simplemente porque no podían mantenerse económicamente o porque vagaban por las calles. El hospital funcionaba, así como un depósito de marginados sociales más que como un centro terapéutico.

El Manicomio de Sibaté reforzó esta dinámica. Inaugurado como un espacio moderno de atención psiquiátrica, en la práctica se convirtió en un lugar donde la miseria se medicalizaba. Gutiérrez Avendaño (1998) describe cómo el hospital albergaba a campesinos pobres, alcohólicos y huérfanos junto a pacientes con diagnósticos psiquiátricos severos. La pobreza se transformaba en “locura” mediante la legitimidad de la psiquiatría, y el tabú de la miseria se disfrazaba con un lenguaje clínico.

Este fenómeno no fue accidental. La psiquiatría sirvió a las elites republicanas para administrar poblaciones incómodas. Como advierte Obregón (2002), el manicomio cumplió menos la función de curar que la de “ocultar a los ojos de la ciudad lo que desmentía el progreso: la miseria y la marginalidad” (p. 156). La medicalización de la pobreza fue, en este sentido, una estrategia política: se transformaba un problema social en un diagnóstico individual.

La ironía es evidente: al convertir la pobreza en locura, la sociedad podía evitar discutir sus causas estructurales. El tabú de la miseria se tradujo en tabú de la enfermedad mental, y el

manicomio se volvió un espejo roto donde se ocultaba lo que nadie quería ver: que la racionalidad republicana convivía con enormes desigualdades.

El manicomio no fue simplemente un espacio médico, sino un laboratorio social en miniatura. En su interior se reproducían las jerarquías y mecanismos de poder de la sociedad más amplia. Foucault (1964/1998) había advertido que el asilo funcionaba como un escenario de disciplina: un lugar donde el médico, convertido en juez y pedagogo, regulaba cada gesto del interno (p. 415). La locura era tabú no solo porque se la ocultaba, sino porque se la reconfiguraba como objeto de un poder total.

En Colombia, el Manicomio de Sibaté ilustra con crudeza este microcosmos del poder. Gutiérrez Avendaño (1998) describe cómo los internos estaban sujetos a estrictas divisiones: hombres separados de mujeres, “tranquilos” apartados de “peligrosos”, trabajadores diferenciados de inactivos. Estas categorías no eran neutrales: definían privilegios, castigos y formas de trato diferenciado. La organización espacial del hospital era, en sí misma, una pedagogía de la obediencia.

El personal médico y administrativo ejercía un poder casi absoluto sobre los pacientes. La alimentación, los horarios, las visitas e incluso la posibilidad de recibir cartas eran regulados como parte del “tratamiento moral”. Como señala Martínez (2013), el manicomio operaba como una pequeña república de la disciplina, donde la medicina se confundía con la vigilancia y el castigo (p. 211).

El tabú de la locura se expresaba aquí como una pedagogía de la sumisión. El interno debía aprender a comportarse, a trabajar, a callar. No era tanto un enfermo que debía sanar, sino un sujeto que debía ser reformado. En este sentido, el manicomio se asemejaba más a una prisión

o a un convento que a un hospital. La disciplina corporal reemplazaba a la escucha clínica, y el silencio seguía siendo el signo de la cura.

La ironía es inevitable: cuanto más se hablaba del manicomio como espacio de progreso y ciencia, más se reproducía en su interior una lógica autoritaria. El microcosmos del poder hospitalario revelaba, en última instancia, que la locura no se trataba como enfermedad, sino como un tabú que debía ser sometido a la pedagogía de la obediencia.

Uno de los gestos más persistentes del tabú de la locura es la forma en que el discurso científico se apropió del sufrimiento del loco para traducirlo en categorías clínicas. Aquí aparece un concepto central en Foucault: el silencio de la locura. La operación consistió en transformar lo que el enfermo decía en un mero síntoma, despojándolo de valor propio. “El loco habla, pero su palabra no significa nada: es signo de sí mismo, no verdad” (Foucault, 1964/1998, p. 82).

El nacimiento de la clínica reforzó este silenciamiento. Como explica Foucault (1963/2003), la observación médica se erige como una mirada totalizante que convierte al enfermo en objeto de estudio. El dolor del paciente se vuelve dato, el cuerpo se vuelve superficie de inscripción, y la palabra del enfermo se reduce a un eco del diagnóstico. En este nuevo lenguaje, la locura pierde toda posibilidad de expresarse.

En Colombia, esta lógica se plasmó en los expedientes médicos del Manicomio de Sibaté. Como observa Gutiérrez Avendaño (1998), las historias clínicas no registran tanto las palabras del paciente como las interpretaciones del médico. El dolor, las angustias, incluso las resistencias de los internos aparecen traducidas a categorías de “agitación”, “trastorno moral” o “delirio”. El tabú se mantiene: el enfermo no habla; es hablado por la institución.

Aquí se revela la ironía de la modernidad: la medicina se presenta como saber objetivo, pero en su interior reproduce el mismo gesto que siglos antes había condenado a los locos a la

Stultifera Navis. En lugar de escucharlos, los transforma en objetos mudos de observación. El dolor se oculta bajo el barniz del diagnóstico, y la ciencia se convierte en una nueva forma de censura.

El concepto foucaultiano de silenciamiento no se limita al lenguaje, sino que abarca una operación cultural más amplia: impedir que la locura pueda cuestionar a la razón. En ese sentido, cada expediente clínico en Colombia no solo es un archivo médico, sino también un testimonio del tabú cultural que persiste en negar el sentido propio del sufrimiento.

En la obra de Foucault, uno de los hitos decisivos es el concepto de Gran Internamiento. Según él, a mediados del siglo XVII se produjo en Europa un fenómeno masivo: la creación de casas de encierro en las que se mezclaban pobres, vagabundos, prostitutas, enfermos y locos. No era aún una medida médica, sino una operación social. El internamiento servía para segregar a quienes no encajaban en la economía del trabajo ni en la moral dominante. “La reclusión no surge de una ciencia de la locura, sino de un temor social: se encierra a los locos como se encierra a los pobres, en nombre de un mismo deshonor abstracto” (Foucault, 1964/1998, p. 56).

El Gran Internamiento revela así el núcleo del tabú: lo que no se quiere integrar se confina. La locura, lejos de ser vista como enfermedad, era tratada como una forma de desorden social. El encierro era, en realidad, una estrategia de limpieza simbólica, una manera de proteger la ciudad de aquello que ponía en duda su racionalidad.

En Colombia, este modelo llegó más tarde, pero con idéntica lógica. El Hospicio de Locos de Bogotá, fundado en 1873, funcionó bajo la idea de reunir a los “anormales” en un mismo espacio cerrado. Berrío (1994) muestra cómo allí se internaban no solo dementes, sino también alcohólicos, huérfanos, prostitutas y vagabundos. El criterio no era clínico, sino moral:

todo lo que se apartara de la vida productiva y de las normas sociales debía ser retirado del espacio público.

Este paralelo ilustra cómo el Gran Internamiento europeo tuvo su eco en América Latina como parte del proceso de modernización. En el caso colombiano, el manicomio no fue tanto una institución terapéutica como un mecanismo de control social. Su función era mantener a raya la diferencia, custodiar los límites de la normalidad y convertir la miseria en un asunto médico.

El tabú de la locura se consolidó aquí como tabú de la improductividad. Ser loco, pobre o marginado era ocupar el mismo lugar simbólico: aquel que debía ser escondido tras los muros del hospicio. La ironía, una vez más, es que lo que se presentaba como progreso científico era en realidad una reedición de viejas formas de exclusión.

Con el tránsito del siglo XVIII al XIX surge lo que Foucault identifica como el tratamiento moral. Se suele presentar a Philippe Pinel en Francia y a William Tuke en Inglaterra como los grandes reformadores que “liberaron” a los locos de las cadenas. La imagen romántica muestra al médico humanitario que abre las puertas del manicomio y da a los enfermos un trato digno. Sin embargo, Foucault (1964/1998) desmonta esta narrativa: lo que en apariencia era liberación fue, en realidad, la instauración de una disciplina más profunda.

El “tratamiento moral” consistía en imponer al enfermo una rutina estricta: horarios rígidos, trabajo obligatorio, prácticas religiosas, ejercicios de autocontrol. El objetivo no era comprender su locura, sino reformar su conducta. “El asilo no libera al loco de su tabú; lo reorganiza bajo el signo de la corrección moral y la obediencia” (Foucault, 1964/1998, p. 412). El manicomio se convierte, así, en una escuela de normalización.

En Colombia, esta lógica fue adoptada casi sin mediaciones. El Hospicio de Locos de Bogotá y, posteriormente, el Manicomio de Sibaté, implementaron programas de trabajo agrícola

y talleres artesanales como parte de la “terapia”. Según Gutiérrez Avendaño (1998), los internos eran obligados a labores de cultivo, limpieza o producción manual, bajo la convicción de que el trabajo era un remedio para la locura. La disciplina corporal sustituía a cualquier intento de diálogo clínico.

Más aún: la rutina moralizadora incluía prácticas religiosas. En instituciones como el Hospital San Juan de Dios, los internos asistían a misas, rezaban el rosario y recibían la visita de capellanes como parte del régimen terapéutico (Obregón, 2002). La cura se confundía con la penitencia, y el manicomio se asemejaba tanto a un convento como a un hospital.

El tabú de la locura se perpetuaba bajo el barniz de la ciencia. Lo que se presentaba como tratamiento era, en el fondo, una pedagogía de la sumisión. El loco debía aprender a callar, a obedecer y a trabajar, no a expresarse ni a ser escuchado. La ironía foucaultiana es contundente: la psiquiatría moderna, en su etapa inicial, no hizo sino perfeccionar la exclusión con ropajes más respetables.

El Poder Disciplinario: El Manicomio como Máquina de Vigilancia

El análisis foucaultiano del poder nos permite comprender que el manicomio no es solo una institución médica, sino un dispositivo disciplinario. En *Vigilar y castigar*, Foucault (1975/2002) explica que el poder moderno no actúa únicamente mediante la represión visible, sino a través de técnicas sutiles de vigilancia, clasificación y normalización. El manicomio encarna de manera ejemplar este poder disciplinario: su arquitectura, sus rutinas y sus jerarquías producen sujetos dóciles antes que enfermos curados.

El poder disciplinario se manifiesta en tres dimensiones. Primero, en la distribución del espacio: hombres y mujeres separados, internos “tranquilos” diferenciados de “peligrosos”, trabajadores distinguidos de ociosos. Estas divisiones no eran simples medidas administrativas;

eran mecanismos para clasificar cuerpos y producir identidades. Segundo, en la temporalidad estricta: horarios para comer, dormir, rezar y trabajar, que transformaban la vida cotidiana en un engranaje perfectamente regulado. Y tercero, en la vigilancia constante: médicos, enfermeros y celadores controlaban cada movimiento, registrando conductas en informes clínicos que se convertían en la memoria escrita del poder (Foucault, 1964/1998, pp. 415-418).

En Colombia, el Manicomio de Sibaté funcionó como un espacio paradigmático de esta lógica. Como relata Martínez (2013), la vida de los internos estaba regida por un régimen minucioso donde todo gesto era observado y corregido (p. 211). Los informes médicos no eran solo diagnósticos, sino también expedientes disciplinarios: registraban obediencia o rebeldía, participación en labores agrícolas o resistencia a las reglas. La ciencia médica se confundía con el control social.

El tabú de la locura encontraba aquí su expresión más sofisticada. La exclusión ya no era solo física, sino conductual: se buscaba normalizar al individuo, borrando toda diferencia que amenazara la racionalidad social. El loco debía convertirse en un cuerpo dócil, un sujeto ajustado a la norma. Como señala Gutiérrez Avendaño (1998), “el manicomio colombiano fue más un aparato de corrección que un espacio de escucha clínica” (p. 132).

La ironía foucaultiana se repite: cuanto más se proclamaba la humanización de la psiquiatría, más se perfeccionaban sus mecanismos de control. El poder disciplinario convirtió al manicomio en un espejo de la sociedad moderna: un espacio donde se experimentaba, en miniatura, la vigilancia que más tarde se extendería a escuelas, fábricas y cárceles.

Genealogía del Tabú: De la Exclusión Medieval al Silencio Moderno

Si queremos rastrear el tabú de la locura desde una perspectiva foucaultiana, conviene remontarnos a su Historia de la locura en la época clásica (Foucault, 1961/2006). Allí, la

exclusión del insensato aparece como un gesto cultural antes que médico: la “Nave de los locos”, navegando por los ríos de Europa, no era un hospital flotante, sino un ritual de destierro simbólico. El loco era separado de la ciudad no porque estuviera enfermo, sino porque encarnaba lo intolerable, aquello que la razón no podía integrar en su gramática.

En este gesto inaugural se cifra el carácter tabú de la locura. Tabú no en el sentido banal de lo prohibido, sino como límite sagrado e intransitable. El loco quedaba reducido a silencio: sus palabras no tenían estatuto de verdad, sino de ruido, de murmullo excéntrico. La ironía, como diría Foucault, es que ese silencio fue producido en nombre de la razón, pero se convirtió en uno de los pilares de la cultura occidental (Foucault, 1961/2006, pp. 15-18).

En Colombia, el eco de ese tabú se percibe siglos más tarde en el nacimiento de los manicomios. La Beneficencia de Cundinamarca, al fundar en el siglo XX la Colonia de Sibaté, no solo creó un espacio de atención médica, sino un lugar donde la sociedad podía confinar a quienes encarnaban lo que no debía ser visto: locos, pobres, huérfanos, delincuentes, prostitutas y hasta tuberculosos (Ospina, 2006, citado en Bedoya & García, 2018, p. 34). No era simplemente un hospital; era una institución de frontera, donde se borraban las diferencias entre enfermedad, pobreza y delito.

Así, el tabú de la locura se enredó con el tabú de la miseria. El manicomio colombiano se convirtió en una especie de “arca de los indeseables”, donde la psiquiatría y la beneficencia pública se daban la mano para mantener fuera de la mirada social aquello que podía perturbar la ilusión de orden. Como señala Foucault (1975/2002), el poder moderno no se limita a prohibir: clasifica, separa y registra. En los expedientes clínicos de Sibaté o San Rafael, el loco se transformaba en objeto doble: paciente y sospechoso, enfermo y desviado.

La genealogía del tabú, entonces, muestra su persistencia bajo nuevas formas. Lo que antes fue destierro y silencio, se convirtió en diagnóstico y encierro. Pero la lógica es la misma: producir un afuera, un territorio de exclusión, donde la diferencia no pueda interpelar al centro de la racionalidad social.

El tránsito del tabú religioso al diagnóstico científico no significó una ruptura, sino una sofisticación. En *El nacimiento de la clínica*, Foucault (1963/2001) describe cómo la medicina moderna inauguró una nueva forma de ver: el *regard médical*, esa mirada que penetra en los cuerpos y los convierte en superficies legibles. La locura, que en la Edad Media era signo demoníaco, se transformó en anomalía cerebral, en patología de humores, en “desequilibrio químico”. El tabú permanecía, pero revestido de bata blanca.

En Colombia, este pasaje se dio con retraso, pero con fuerza. A principios del siglo XX, cuando la psiquiatría empezaba a consolidarse como disciplina universitaria, la locura se concebía como degeneración hereditaria o como pecado moral —dos registros distintos, pero ambos marcados por la idea de un desvío respecto a la norma (Simpson, 2015, citado en Bedoya & García, 2018, p. 40). La ironía foucaultiana se repite: mientras más se invocaba la modernidad científica, más se filtraban categorías teológicas en el diagnóstico. El “loco” era simultáneamente un enfermo y un pecador.

La clínica psiquiátrica en Colombia —sea en Sibaté, en el Hospital San Rafael de Fusagasugá o en el Hospital Departamental del Valle— fue heredera de esta mirada doble. El expediente clínico no solo describía síntomas, sino también conductas “inmorales”, “rebeldes” o “indeseables” (Bedoya & García, 2018, pp. 58-61). Allí se cruzaban la biología y la moral, la medicina y el sermón. El tabú de la locura se reforzaba: no bastaba con ser paciente; había que ser corregido, disciplinado, purificado.

Lo más inquietante es que este régimen de visibilidad no liberaba al loco de su silencio, sino que lo reconfiguraba. El sujeto hablaba, pero sus palabras eran clasificadas como síntomas. Su discurso no tenía estatuto de verdad, sino de signo clínico. La “voz del enfermo” se convertía en dato para la anamnesis. Como señala Sacristán (2009), el manicomio latinoamericano no fue tanto un espacio de escucha clínica como un laboratorio donde la experiencia subjetiva se disolvía en categorías diagnósticas (p. 166).

Así, el tabú se desplazó: ya no consistía en prohibir hablar, sino en vaciar de sentido lo dicho. La locura podía hablar, sí, pero solo como eco de su propia anormalidad. El silencio medieval se transformaba en un murmullo medicalizado, registrado en la historia clínica, archivado en las estanterías del hospital.

En *Historia de la locura*, Foucault insiste en que la medicalización no abolió la exclusión, sino que la refinó: el loco dejó de ser endemoniado para convertirse en enfermo, pero el efecto fue el mismo —su neutralización social. Décadas más tarde, Thomas Szasz (1961) lo nombraría sin rodeos: la “enfermedad mental” es un mito, una categoría que legitima prácticas de control bajo el ropaje científico. El tabú se volvió diagnóstico.

En Colombia, este mito adquirió un rostro concreto en las historias clínicas y los informes psiquiátricos. El caso de Hernán Vargas Sierra, documentado por el Programa de Acción por la Igualdad y la Inclusión Social (PAIIS), muestra cómo un diagnóstico puede convertirse en sentencia. Cuando Hernán denunció malos tratos en el Centro de Protección Bello Horizonte, su palabra no fue escuchada como testimonio, sino archivada como síntoma: los psiquiatras lo catalogaron de “delirante” y “querellante” (Romero Soto, 2015, pp. 31-36). Lo que debía ser un acto de ciudadanía se transformó en signo de patología.

La consecuencia fue devastadora: sus denuncias, al ser medicalizadas, perdieron toda credibilidad jurídica y social. El diagnóstico abrió la puerta a su institucionalización forzada, incluso con intentos de traslado a Sibaté. Allí se hizo evidente la función política del tabú: clasificar a alguien como “loco” equivalía a despojarlo de derechos, a situarlo en un limbo entre la ciudadanía y la nuda vida. El Estado, que debía proteger, se convirtió en garante de su silenciamiento.

La ironía es brutal: el diagnóstico, que en teoría debería iluminar la verdad del sufrimiento, se convirtió en su verdugo. Lejos de abrir un espacio de cuidado, reforzó el tabú de la locura como diferencia intolerable. Como señala Foucault (1975/2002), los discursos de saber funcionan como engranajes del poder: al nombrar, clasifican; al clasificar, disciplinan; y al disciplinar, excluyen.

En este sentido, el mito de la enfermedad mental en Colombia no es solo una importación de modelos europeos, sino un dispositivo que encontró terreno fértil en un país donde la pobreza, la violencia y la ausencia de redes sociales se amalgaman con la psiquiatría para producir un mismo resultado: la marginación sistemática de quienes desbordan la norma.

Si en Europa el manicomio se consolidó como una institución “civilizadora” —capaz de liberar al loco de sus cadenas para entregarlo a la vigilancia médica—, en Colombia fue aún más explícito en su función de depósito social. La Colonia de Sibaté, inaugurada a mediados del siglo XX, encarnó esa maquinaria de exclusión donde locura, pobreza y delincuencia se mezclaban bajo un mismo techo. Como recuerda Ospina (2006, citado en Bedoya & García, 2018, p. 34), allí se internaban no solo a enfermos mentales, sino también a vagabundos, huérfanos, prostitutas, epilépticos y ancianos: todos aquellos que representaban la “sombra” de la sociedad moderna.

La historiografía foucaultiana ayuda a comprender este fenómeno. El manicomio no era un hospital, sino lo que Foucault (1974/2001) llamaría un dispositivo: un entramado de saberes y poderes orientados a producir sujetos dóciles. El tabú de la locura operaba en su interior no como simple prohibición, sino como clasificación permanente. Cada interno era reducido a expediente, cada gesto a síntoma, cada resistencia a signo de peligrosidad.

En los archivos revisados por Bedoya y García (2018), abundan historias clínicas donde los internos eran descritos en términos ambiguos: “agitado”, “perezoso”, “inmoral”, “alcohólico”, “delincuente”. El diagnóstico psiquiátrico se confundía con juicios morales y policiales (pp. 59-61). Así, la ciencia médica se fundía con el control social, borrando toda frontera entre clínica y correccional.

Sacristán (2009) lo señala con claridad: en América Latina, el manicomio fue a la vez prisión, refugio y laboratorio. Pero en el caso colombiano, esa triple función se inclinó hacia lo primero. Más que lugar de escucha, fue un engranaje disciplinario, un espacio donde se normalizaba lo anómalo y se silenciaba toda voz incómoda.

El tabú de la locura encontraba allí su expresión más material. No se trataba solo de excluir al loco por su diferencia, sino de hacer de esa diferencia una marca perpetua, inscrita en el cuerpo a través de fármacos, electrochoques y rutinas rígidas. La locura se convertía en una identidad impuesta, un destino administrado por médicos, celadores y burócratas.

La ironía, una vez más, es que cuanto más se proclamaba la misión humanitaria de estas instituciones, más se reforzaban sus prácticas de encierro. El manicomio colombiano, como miniatura del Estado disciplinario, no buscaba tanto curar como garantizar que lo distinto permaneciera invisible, confinado tras sus muros.

Los Anormales: La Expansión del Tabú

En su curso *Los anormales* (Foucault, 1974/2001), Foucault muestra cómo, a partir del siglo XIX, la locura dejó de ser un fenómeno aislado para convertirse en parte de una categoría más amplia: la de lo anormal. El loco ya no estaba solo; a su lado aparecían el delincuente, el masturbador, el histérico, el degenerado. El tabú se expandió: dejó de designar únicamente a la sinrazón para abarcar toda forma de desviación respecto a la norma.

En Colombia, esta lógica se plasmó con crudeza. Los registros de Sibaté y otros hospitales muestran que la internación no respondía solo a criterios clínicos, sino también sociales y morales: vagabundos, alcohólicos, prostitutas, homosexuales o simplemente “rebeldes” podían ser diagnosticados como “dementes” y confinados en los pabellones psiquiátricos (Bedoya & García, 2018, pp. 63-65). La categoría de locura se convertía en un saco sin fondo, donde cabían todas las conductas que amenazaban el orden social.

Este fenómeno no era una anomalía local, sino la traducción latinoamericana de lo que Foucault describe como el dispositivo de la anormalidad. El manicomio, al igual que la cárcel y la escuela, servía para administrar las diferencias y reconducirlas hacia un ideal de normalidad. En ese sentido, el tabú de la locura no se limitaba a proteger a la sociedad de los “peligrosos”, sino que también funcionaba como un dispositivo pedagógico: enseñaba a los ciudadanos lo que no debían ser, lo que la norma no toleraba.

La ironía es evidente: mientras más se intentaba delimitar científicamente la enfermedad mental, más se ampliaba el radio de lo patologizado. Lo que antes era pecado se volvió síntoma; lo que antes era delito se volvió diagnóstico. La psiquiatría se convirtió en una frontera porosa donde se confundían moral, derecho y medicina.

Sacristán (2009) sugiere que esta ambigüedad explica la fuerza del manicomio en América Latina: no era solo un lugar de tratamiento, sino un escenario donde se dramatizaba la tensión entre razón y sinrazón, normalidad y desviación (pp. 164-166). En Colombia, esa dramatización se traducían en prácticas concretas: el encierro prolongado, el uso de fármacos como camisa de fuerza química, la vigilancia constante sobre los cuerpos “inquietos”.

Así, el tabú de la locura se expandió hasta convertirse en el tabú de la diferencia. El loco ya no era solo quien deliraba, sino cualquiera que pusiera en jaque la narrativa de una sociedad disciplinada. El tabú de la locura, que en sus inicios se expresaba como expulsión ritual o como silencio cultural, en la modernidad adquirió una nueva forma: la del gobierno de la vida. Foucault (1976/2007), en *Historia de la sexualidad I*, explica que el poder moderno ya no se limita a prohibir o castigar, sino que administra cuerpos y poblaciones. Es el biopoder: ese dispositivo que regula nacimientos, enfermedades, muertes y, por supuesto, la locura.

En este marco, la exclusión del loco dejó de justificarse únicamente en términos morales o religiosos, y empezó a ser presentada como una cuestión de “salud pública”. El manicomio no era solo un refugio para enfermos, sino un mecanismo para proteger a la sociedad de la “peligrosidad” que representaban los anormales. La locura se volvió un asunto estadístico: cuántos enfermos ingresaban, cuántos se medicaban, cuántos reincidían.

En Colombia, esta lógica biopolítica se observa en el modo en que las instituciones psiquiátricas fueron integradas al sistema de salud y al aparato estatal. La Beneficencia de Cundinamarca, encargada de administrar Sibaté, no solo gestionaba a los locos, sino también a leprosos, huérfanos, ancianos y prostitutas (Ospina, 2006, citado en Bedoya & García, 2018, p. 34). La locura se administraba como parte de un conjunto más amplio de “poblaciones indeseables”, que debían ser controladas en nombre de la higiene social.

El tabú de la locura, en este contexto, se convirtió en un tabú poblacional. No era únicamente el loco individual quien debía ser silenciado, sino toda una categoría social que debía permanecer invisible. La psiquiatría colombiana, marcada por la influencia de discursos religiosos y médicos, asumió esta tarea con entusiasmo, elaborando diagnósticos que mezclaban criterios clínicos con juicios morales (Simpson, 2015, citado en Bedoya & García, 2018, pp. 39-40).

La ironía es que esta administración biopolítica de la locura coincidió con la retórica de la modernización y el progreso. Mientras se hablaba de “ciencia” y “tratamiento”, lo que en realidad se implementaba era un dispositivo de exclusión y control. El loco, convertido en cifra, en caso clínico, en objeto de estadísticas, dejaba de ser sujeto para transformarse en dato.

De esta forma, el tabú de la locura no desapareció con el advenimiento de la modernidad; al contrario, se volvió más sofisticado. Se incrustó en las prácticas médicas, en los informes burocráticos, en las políticas públicas. El manicomio colombiano se convirtió en el laboratorio donde se ensayaba, a pequeña escala, la biopolítica del Estado moderno. Uno de los relatos más repetidos en la historia de la psiquiatría es el de la “humanización” del trato al loco. Pinel liberando a los alienados de sus cadenas en Bicêtre, Esquirol definiendo al manicomio como un instrumento de curación, las políticas republicanas presentando la internación como signo de civilización. Sin embargo, como advierte Foucault (1961/2006), la liberación de las cadenas físicas dio paso a una red más sutil de cadenas discursivas y disciplinarias. El tabú no se abolió: se sofisticó.

En América Latina, esta retórica de humanización encontró eco, pero también contradicciones profundas. Sacristán (2009) recuerda que los manicomios de la región fueron presentados como espacios de cuidado y filantropía, cuando en realidad funcionaban muchas

veces como depósitos de marginalidad (pp. 165-167). La camisa de fuerza de hierro fue sustituida por la camisa de fuerza química: psicofármacos como la clorpromazina, introducidos en los años cincuenta, permitieron mantener bajo control a los internos sin necesidad de cadenas visibles.

En Colombia, el discurso de la humanización convivió con prácticas coercitivas que desmentían sus promesas. Los archivos de Sibaté y San Rafael muestran que, junto a los fármacos, persistían las rutinas de encierro, las divisiones por categorías morales y las terapias invasivas como el electroshock (Bedoya & García, 2018, pp. 70-72). El tratamiento moral, basado en la disciplina y el trabajo agrícola, se transformó en medicalización masiva, pero el objetivo era el mismo: producir cuerpos dóciles, obedientes, “rehabilitados” para el orden social.

La ironía foucaultiana se despliega con fuerza en este contexto. Cuanto más se hablaba de derechos, más se reforzaban las prácticas de control. La psiquiatría colombiana del siglo XX proclamaba su misión de reintegrar al loco a la sociedad, pero lo que lograba en la práctica era mantenerlo confinado, etiquetado y silenciado. El tabú de la locura, lejos de desvanecerse, se recubría con un lenguaje progresista que lo hacía aún más resistente a la crítica.

De este modo, la genealogía del tabú revela un patrón constante: la modernización no implica superación, sino desplazamiento. La exclusión medieval se convirtió en diagnóstico clínico; las cadenas de hierro, en fármacos; la expulsión ritual, en estadísticas de salud pública. Pero en cada mutación, la lógica de fondo permaneció: apartar, silenciar, normalizar.

La genealogía del tabú no se limita al terreno cultural o médico: también atraviesa el derecho. Foucault (1975/2002) mostró cómo, en la modernidad, las instituciones disciplinarias empezaron a funcionar en paralelo —y a veces por encima— del aparato jurídico. El manicomio,

al igual que la cárcel o la escuela, se convirtió en un espacio donde el saber médico tenía la última palabra, incluso más que los jueces.

En Colombia, este fenómeno se hizo visible en el modo en que los diagnósticos psiquiátricos adquirieron fuerza de sentencia. El caso de Hernán Vargas Sierra lo ilustra con nitidez: sus denuncias de maltrato fueron desestimadas no por falta de pruebas, sino porque su voz fue clasificada como “delirante” (Romero Soto, 2015, pp. 31-36). En ese momento, la psiquiatría sustituyó al derecho: el expediente clínico pesó más que la Constitución.

Este deslizamiento del derecho hacia la medicina muestra cómo el tabú de la locura opera en clave jurídica. El loco no solo es un sujeto clínico, sino un no-sujeto de derecho. Su palabra no tiene valor legal, su testimonio se deshace en síntomas, su agencia queda suspendida. La “protección” jurídica se convierte en tutela permanente, en incapacidad civil, en exclusión de facto de la esfera política.

La ironía es amarga: el derecho, que debería ser la última defensa del ciudadano vulnerable, se convierte en cómplice del dispositivo psiquiátrico. Como señala Foucault (1978/2003), los discursos de saber no se limitan a describir la realidad, sino que producen sujetos jurídicamente válidos o inválidos. En Colombia, la psiquiatría produjo al loco como sujeto jurídicamente sospechoso, incapaz de defenderse, condenado a un espacio donde la ley se suspendía.

Así, el tabú de la locura encontró en el derecho un aliado inesperado. No se trataba ya de excluir al loco por su diferencia, sino de institucionalizar su exclusión en los marcos legales. El diagnóstico se convertía en un sello oficial, una marca que limitaba derechos y cerraba caminos de acción.

Este cruce entre derecho y psiquiatría revela una paradoja central de la modernidad colombiana: cuanto más se hablaba de inclusión y de garantías constitucionales, más se reforzaba la figura del “incapaz”. El tabú, lejos de ser una reliquia cultural, se incrustaba en los códigos y en las sentencias, perpetuando el silencio bajo formas jurídicas. En *Vigilar y castigar*, Foucault (1975/2002) afirma que la modernidad no es solo una era de leyes, sino de normas. Mientras la ley prohíbe y sanciona, la norma clasifica y corrige. El paso de la soberanía a la disciplina y luego al biopoder trajo consigo el predominio de un nuevo tipo de poder: el poder normalizador. Bajo su lógica, el tabú ya no se expresa únicamente como exclusión ritual, sino como producción de estándares que distinguen entre lo normal y lo anormal.

En este sentido, el tabú de la locura no desapareció, sino que se diseminó en forma de norma. El loco se convirtió en el prototipo del “anormal” —ese sujeto que debía ser corregido, rehabilitado, domesticado. Y lo que en un inicio era un tabú cultural terminó funcionando como parámetro de toda la sociedad: la locura sirvió de frontera invisible para definir qué era la razón, qué era el orden, qué era la moralidad.

Colombia ofrece ejemplos claros de esta sociedad de normalización. Los informes médicos de Sibaté no solo describían síntomas, sino también actitudes frente al trabajo, la obediencia y la religiosidad (Bedoya & García, 2018, pp. 63-65). Un interno podía ser calificado como “peligroso” no tanto por sus delirios, sino por su negativa a cumplir con las labores agrícolas o por resistirse a participar en los rezos colectivos. Lo que estaba en juego no era únicamente la salud mental, sino la adecuación a un ideal de ciudadano útil, disciplinado y productivo.

El tabú de la locura, entonces, se fundió con el tabú de la improductividad y el desorden. Ser loco equivalía a ser inadaptado, a situarse fuera de los engranajes de la economía y la moral

social. El dispositivo psiquiátrico, lejos de limitarse a curar, funcionaba como engranaje de una maquinaria mayor: la de producir sujetos normalizados, dóciles y previsibles.

La ironía es evidente: cuanto más se proclamaba que la norma tenía un carácter científico, más revelaba su trasfondo moral y político. El psiquiatra, en lugar de limitarse a describir síntomas, actuaba como juez de conductas, como pedagogo de la obediencia, como guardián del orden social. En Colombia, la figura del médico se convirtió en una mezcla de clínico y gendarme, de terapeuta y celador.

Así, la genealogía foucaultiana permite ver cómo el tabú se metamorfosea en norma. Lo que comenzó como prohibición cultural terminó siendo dispositivo de corrección social. Y el manicomio colombiano, con su mezcla de religión, medicina y derecho, encarnó de manera paradigmática esta transición hacia la sociedad de normalización.

Una de las tesis centrales de Foucault es que no existe poder sin producción de saber. No se trata solo de reprimir, sino de registrar, clasificar, archivar. En *El nacimiento de la clínica* (1963/2001), la mirada médica se convierte en escritura: cada gesto del paciente se transforma en nota, cada síntoma en categoría, cada palabra en entrada de expediente. El tabú de la locura, bajo esta lógica, no consiste únicamente en silenciar, sino en absorber el discurso del loco en un archivo que lo despoja de sentido.

En Colombia, este mecanismo se desplegó con una claridad perturbadora. Los archivos revisados por Bedoya y García (2018) en hospitales de Cali y Bogotá muestran cómo las historias clínicas se convertían en narrativas institucionales más que en testimonios del paciente (pp. 58-61). El loco desaparecía detrás de las anotaciones del médico: “agitado”, “inmoral”, “desobediente”, “demente precoz”. El sujeto quedaba reducido a un conjunto de etiquetas que circularían entre médicos, jueces y burócratas.

Este archivo no era neutro: era un instrumento de poder. Como advierte Foucault (1978/2003), el discurso científico produce realidades. Un diagnóstico no describe simplemente un estado; lo constituye como tal. En el caso de Hernán Vargas Sierra, por ejemplo, el rótulo de “querellante delirante” no solo lo estigmatizó, sino que legitimó su exclusión de la esfera jurídica y social (Romero Soto, 2015, pp. 31-36). El archivo, en lugar de protegerlo, se convirtió en su verdugo.

El tabú de la locura se actualizaba, entonces, en la forma de un saber acumulado. El silencio medieval era reemplazado por una proliferación de palabras técnicas, pero el efecto era el mismo: la voz del loco quedaba anulada. Sus gritos, sus denuncias, sus resistencias se transmutaban en síntomas clínicos y se archivaban como evidencia de su anormalidad.

La ironía es que esta aparente abundancia de saber no iluminaba al sujeto, sino que lo oscurecía aún más. Cuanto más se escribía sobre él, menos se le escuchaba. Cuanto más se clasificaba, menos se reconocía su singularidad. El archivo de la locura se convertía en una maquinaria de borramiento, una especie de palimpsesto donde la voz viva del sujeto quedaba sepultada bajo capas de diagnóstico, estadística y burocracia.

Así, la genealogía del tabú revela que la exclusión no siempre adopta la forma del silencio. A veces se manifiesta como exceso de discurso, como saturación de palabras que sofocan. Y en Colombia, los expedientes clínicos se convirtieron en esa forma moderna de censura: un lenguaje que habla mucho, pero nunca escucha.

La genealogía foucaultiana revela que ninguna institución funciona de manera aislada. El manicomio no es una isla, sino un nodo en la vasta red de dispositivos disciplinarios que componen lo que Foucault (1975/2002) llamó la “microfísica del poder”. La escuela, la fábrica,

la cárcel, el hospital: todos comparten técnicas de vigilancia, clasificación y normalización. En cada uno se produce el mismo sujeto dócil, aunque bajo distintos lenguajes.

En Colombia, esta interconexión fue particularmente evidente. Los internos de Sibaté y de San Rafael no solo eran diagnosticados, sino también “adiestrados” mediante rutinas agrícolas que recordaban a los regímenes laborales de las fábricas. El trabajo no se concebía como terapia, sino como pedagogía de la obediencia. A su vez, muchos de los ingresados llegaban derivados de la justicia penal, lo que muestra la continuidad entre manicomio y cárcel. El loco y el delincuente eran tratados bajo lógicas semejantes: encierro, vigilancia, registro.

Los archivos históricos confirman esta proximidad. Bedoya y García (2018) señalan que en los expedientes de Sibaté podían encontrarse categorías que oscilaban entre lo médico y lo jurídico: “incurable”, “peligroso”, “inmoral”, “vago” (pp. 62-64). El manicomio aparecía, así como una extensión de la prisión y de la escuela, compartiendo sus prácticas de clasificación moral. El tabú de la locura se expandía para abarcar, en realidad, todo aquello que escapaba a la norma disciplinaria.

La ironía es que, en nombre de la ciencia, se reproducía el mismo gesto que en otros espacios del orden social: vigilar, corregir, domesticar. La diferencia es que, en el manicomio, ese control adquiría un barniz terapéutico. Lo que en la cárcel era castigo, aquí era “tratamiento”. Lo que en la escuela era educación, aquí era “rehabilitación”. La disciplina se disfrazaba de cura, pero su lógica seguía siendo la misma: fabricar sujetos adaptados al engranaje social.

En Colombia, esta red disciplinaria encontró un terreno fértil en un Estado marcado por la fragilidad institucional y la fuerte influencia de discursos religiosos. La psiquiatría, más que una ciencia autónoma, se convirtió en mediadora entre el derecho, la moral y la política. El tabú de la locura se inscribió, de esta manera, en el corazón mismo de la organización social.

En *Los anormales* (Foucault, 1974/2001), aparece una figura inquietante: la del loco peligroso. No se trata ya de un enfermo que necesita cuidados, sino de un sujeto cuya existencia representa un riesgo para la comunidad. Esta categoría, híbrida entre lo médico y lo policial, muestra con claridad cómo el tabú de la locura se articula con la lógica de la seguridad.

En Colombia, la noción de “loco peligroso” tuvo una presencia constante en los informes médicos y en las decisiones judiciales. Bedoya y García (2018) destacan que muchos internos de Sibaté eran clasificados con esa etiqueta, no tanto por la gravedad de sus síntomas, sino por su resistencia a la disciplina institucional o por conductas consideradas “inmorales” (pp. 66-68). El diagnóstico se deslizaba hacia la criminología: ser loco equivalía a ser potencial delincuente.

Esta proximidad entre clínica y seguridad pública refuerza lo que Foucault llamaba el dispositivo de seguridad. La psiquiatría no solo clasificaba y trataba, sino que también prevenía: identificaba riesgos, pronosticaba peligros, legitimaba encierros prolongados. El tabú de la locura se justificaba ahora en nombre de la defensa social. El loco debía ser excluido no por estar enfermo, sino porque su mera presencia alteraba el orden y la previsibilidad de la comunidad.

En la práctica colombiana, esta figura del loco peligroso se convirtió en argumento para prolongar internaciones indefinidas. Aunque los informes médicos reconocían mejorías en ciertos pacientes, su supuesta peligrosidad bastaba para negarles la salida. Aquí el tabú se hace evidente: la sociedad no toleraba que lo “anormal” volviera a circular en su seno. El diagnóstico funcionaba como cadena invisible, más eficaz que los barrotes.

La ironía se repite: cuanto más se hablaba de seguridad pública, más se profundizaba la inseguridad del propio loco. Convertido en sospechoso perpetuo, quedaba atrapado en una categoría que anulaba su posibilidad de redención. Ni el tratamiento clínico ni el buen

comportamiento bastaban para borrar la marca del peligro. El tabú era definitivo, una condena inscrita en el archivo y legitimada por el discurso médico.

De este modo, el loco peligroso se convirtió en el espejo oscuro de la sociedad colombiana. Al etiquetarlo como amenaza, el Estado proyectaba sobre él sus propios miedos: el miedo al desorden, a la pobreza, a la violencia sin control. El manicomio, más que un hospital, se transformó en una fortaleza simbólica donde se contenía todo aquello que la nación no quería ver.

En Colombia, la figura del loco peligroso no se limitó a los muros del manicomio. Durante el siglo XX, especialmente en épocas de violencia política, el discurso psiquiátrico se entrelazó con la gestión del conflicto social. El tabú de la locura se proyectó sobre quienes desbordaban los márgenes del orden establecido, fuesen pacientes, opositores políticos o simples marginales.

Los archivos de hospitales psiquiátricos revelan esta ambigüedad. Bedoya y García (2018) señalan que muchos diagnósticos incluían valoraciones sobre la filiación política o el comportamiento social de los internos (pp. 69-71). Un individuo podía ser catalogado como “agitador” o “subversivo” en el mismo registro donde se anotaban sus síntomas clínicos. De este modo, la psiquiatría participaba, de manera indirecta, en la estigmatización de conductas asociadas a la disidencia.

La genealogía foucaultiana ayuda a comprender esta deriva. El tabú de la locura se expandía hasta absorber el tabú de la disidencia política. Como si el Estado hubiera encontrado en la psiquiatría un lenguaje útil para domesticar la diferencia, la protesta y la rebeldía podían deslizarse hacia categorías clínicas. El enemigo político era traducido como “delirante”; el inconforme social, como “peligroso mental”.

La ironía es que, en un país atravesado por guerras internas, la locura fue percibida tanto como un problema de salud como una amenaza para el orden político. El loco encarnaba una doble alteridad: la del enfermo y la del rebelde. Y el manicomio, lejos de ser solo un hospital, funcionaba como espacio donde se neutralizaba cualquier exceso que la sociedad no podía asimilar, ya fuera clínico o político.

Este cruce entre locura y violencia revela la persistencia del tabú en clave histórica. No se trataba únicamente de silenciar la sinrazón, sino de domesticar la diferencia en todas sus formas. El manicomio se convertía así en una metáfora del país: un territorio donde la exclusión se justificaba en nombre de la seguridad y donde la voz del “otro” era reducida a síntoma.

El caso colombiano confirma, entonces, la tesis foucaultiana: la locura no es un objeto natural, sino un campo de batalla simbólico y político. Allí donde el poder necesita justificar la exclusión, recurre al diagnóstico; allí donde la diferencia amenaza, el tabú de la locura aparece como arma cultural y jurídica.

Si algo revela la genealogía foucaultiana es que la locura no solo es un problema médico, sino un límite político. El loco marca la frontera entre el ciudadano y aquel que queda reducido a lo que Agamben (1998/2003) llamaría nuda vida: un ser biológico administrado, pero sin derechos plenos. En Colombia, esta frontera se reforzó con el cruce entre psiquiatría y violencia política.

El caso de Hernán Vargas Sierra lo demuestra con crudeza: al ser diagnosticado como “delirante”, perdió la posibilidad de ser escuchado como ciudadano. Sus denuncias se transformaron en síntomas, y su capacidad de acción quedó anulada (Romero Soto, 2015, pp. 31-36). No era ya sujeto de derechos, sino objeto de tutela. El tabú de la locura se traducía en suspensión de ciudadanía.

Esta lógica excedía los muros del manicomio. En contextos de conflicto, ser catalogado como “loco” equivalía a ser arrojado fuera de la comunidad política. El diagnóstico médico funcionaba como frontera invisible, una marca que determinaba quién podía hablar y quién debía ser silenciado. Así, la psiquiatría se convertía en una especie de aduana de la ciudadanía, decidiendo qué voces eran legítimas y cuáles no.

La ironía es devastadora: la ciencia, que debía humanizar, se transformaba en instrumento de deshumanización. Bajo el pretexto de proteger, el Estado negaba derechos. El manicomio, en lugar de sanar, producía sujetos “inhumanos”, reducidos a cuerpos vigilados. Como señala Foucault (1978/2003), los dispositivos de saber-poder no solo describen realidades: fabrican modos de existencia. En este caso, fabricaban al loco como alguien situado en los márgenes de lo humano.

En Colombia, esta frontera se volvió especialmente dolorosa en un país donde la violencia dejó millones de víctimas. El loco, el marginal, el disidente, todos podían ser colocados en el mismo lugar simbólico: fuera de la comunidad política. El tabú de la locura se convirtió así en un mecanismo de exclusión radical, que justificaba el abandono y el encierro bajo el disfraz de la protección.

La genealogía muestra entonces una paradoja: cuanto más se amplía la noción de derechos en la modernidad, más sofisticados se vuelven los mecanismos para negar la ciudadanía a ciertos sujetos. El loco, convertido en inhumano, recuerda a la sociedad lo que no quiere reconocer: su necesidad de excluir para sostener la ficción de un orden racional.

El tabú no es solo un gesto simbólico; también se inscribe en el espacio. En *Vigilar y castigar* (1975/2002), Foucault recuerda que la arquitectura es una tecnología política: organiza

los cuerpos, distribuye las miradas, jerarquiza los movimientos. El manicomio, en este sentido, es un edificio que habla, un muro que enuncia.

En Colombia, la Colonia de Sibaté encarnó esta lógica con claridad. Los pabellones estaban dispuestos de manera que separaban a los internos según categorías médicas, pero también morales: hombres de mujeres, “tranquilos” de “peligrosos”, laboriosos de ociosos (Martínez, 2013, p. 211). No se trataba de simples divisiones administrativas, sino de una espacialización del tabú. El loco debía ser vigilado no solo por médicos y celadores, sino por los muros que lo contenían.

El espacio disciplinario producía subjetividades. Al igual que en las cárceles o en los conventos, los pasillos estrechos, las celdas individuales, los patios cerrados transmitían un mensaje claro: cada cuerpo en su lugar, cada gesto bajo control. El tabú de la locura se transformaba en geometría: ángulos rectos, corredores vigilados, puertas que delimitaban lo normal de lo anormal.

La ironía es que, en nombre de la cura, se reproducía un espacio de castigo. El loco, que debía ser tratado como enfermo, era alojado como recluso. La arquitectura de Sibaté y San Rafael no difería demasiado de la de las cárceles construidas en la misma época: rejas, vigilancia centralizada, aislamiento. La diferencia era el discurso que lo justificaba: aquí no se castigaba, se “trataba”.

En la genealogía foucaultiana, esta coincidencia no es accidental. La modernidad no inventa instituciones aisladas, sino tecnologías de control que se repiten con variaciones. El manicomio colombiano, en su disposición espacial, revelaba que la exclusión no era un accidente, sino una función estructural. El tabú se volvía cemento, ladrillo y rutina.

Así, el espacio se convertía en una pedagogía muda. Cada muro recordaba al interno que estaba fuera de la comunidad política, cada reja confirmaba su condición de “otro”. El loco no solo era encerrado por su diagnóstico: lo era también por la arquitectura que, día tras día, inscribía en su cuerpo la marca de la diferencia.

Si el espacio encierra, el tiempo disciplina. En *Vigilar y castigar* (1975/2002), Foucault describe cómo la modernidad inventó una economía minuciosa de los horarios: campanas, relojes y rutinas que moldeaban cuerpos y conductas. El manicomio, al igual que la fábrica o la escuela, fue un laboratorio de esta cronopolítica.

En Colombia, los hospitales psiquiátricos se regían por un calendario rígido: hora de levantarse, de rezar, de comer, de trabajar, de dormir. La vida del interno se reducía a una secuencia programada que borraba toda espontaneidad. Como relata Martínez (2013), cada gesto estaba inscrito en un régimen temporal inflexible, donde incluso el ocio debía ser controlado (p. 211). El tiempo ya no pertenecía al sujeto, sino a la institución.

El tabú de la locura se expresaba aquí como exclusión del tiempo común. Mientras la sociedad afuera avanzaba con ritmos caóticos —mercados, fiestas, huelgas, guerras—, dentro del manicomio reinaba un tiempo inmóvil, circular, casi monástico. El loco era arrancado del devenir histórico para ser recluido en un eterno presente de rutinas repetidas.

La ironía es que, bajo el pretexto de “rehabilitación”, se imponía un tiempo que negaba la posibilidad misma de cambio. El horario no preparaba al interno para la vida social, sino que lo adaptaba al encierro. La disciplina temporal se convertía en un recordatorio constante de su diferencia: cada campana, cada toque de silbato, cada instrucción marcaba el compás del tabú.

En términos foucaultianos, el tiempo del manicomio era un tiempo útil, diseñado para producir sujetos dóciles. Las labores agrícolas, por ejemplo, no solo buscaban ocupación

terapéutica, sino que reforzaban la moral del trabajo. La jornada diaria era un ritual de normalización, donde cada actividad tenía como meta aproximar al loco al modelo de ciudadano obediente y productivo.

Así, la genealogía revela que el tabú no se expresa únicamente en el espacio del encierro, sino también en el tiempo que organiza la vida. El loco no solo era separado físicamente, sino temporalmente: condenado a un ritmo artificial que lo diferenciaba del resto de la sociedad. El reloj del manicomio se convertía en un símbolo silencioso de exclusión.

En el corazón de toda institución disciplinaria late una mirada. Como el panóptico descrito por Bentham y analizado por Foucault (1975/2002), el manicomio se organizó como una máquina de visibilidad: el interno debía sentirse observado en cada instante, aunque no hubiera ojos fijos sobre él. El tabú de la locura se traducía así en una pedagogía del miedo y la autocorrección.

En Colombia, los testimonios sobre Sibaté muestran que la vigilancia no se limitaba a médicos y celadores: se extendía a las rutinas mismas. El comedor, los dormitorios, los talleres agrícolas eran espacios atravesados por la supervisión constante. Todo movimiento era susceptible de ser registrado en informes clínicos que, más que describir síntomas, funcionaban como expedientes disciplinarios (Martínez, 2013, p. 211). El archivo se alimentaba de esta vigilancia cotidiana, convirtiendo la vida del interno en memoria escrita del poder.

La vigilancia producía sujetos autocensurados. El interno aprendía a modular su conducta para evitar anotaciones negativas, como si cada gesto estuviera bajo examen permanente. El tabú de la locura se reforzaba en ese microteatro de la observación: el loco no solo era distinto, sino constantemente evaluado por su diferencia.

La ironía es que, en un espacio donde se proclamaba la búsqueda de cura, se instauraba una atmósfera carcelaria. El paciente no era tratado como alguien que sufre, sino como alguien que debe ser controlado. El registro clínico, en lugar de ser herramienta terapéutica, operaba como ficha policial. La frontera entre médico y guardián se volvía borrosa: ambos vigilaban, ambos escribían, ambos administraban la vida del otro.

Este régimen de visibilidad prolongaba el tabú bajo nuevas formas. La exclusión ya no consistía en arrojar al loco al silencio, sino en exponerlo constantemente a una mirada que lo reducía a objeto. El sujeto quedaba atrapado en un circuito de observación que no buscaba escucharlo, sino comprobar su adecuación a la norma.

Así, el manicomio colombiano se revelaba como un laboratorio de vigilancia en miniatura. Lo que allí se ensayaba —control del espacio, del tiempo, del cuerpo, de la palabra— sería después replicado en otras instituciones: cárceles, escuelas, fábricas. El loco era el primero en experimentar esa mirada total, pero no el único. El tabú, en realidad, era un experimento social que luego se expandía a toda la población.

En la genealogía foucaultiana, la modernidad no elimina los viejos lenguajes del poder, sino que los recicla. La psiquiatría, que se presentaba como ciencia objetiva, conservó en su interior residuos teológicos y morales. El loco fue simultáneamente un enfermo y un pecador, un paciente y un desviado.

En Colombia, esta ambivalencia se expresó con particular fuerza. La estrecha relación entre instituciones médicas y órdenes religiosas hizo que los hospitales psiquiátricos funcionaran también como espacios de corrección moral. Las rutinas incluían no solo fármacos y labores agrícolas, sino también rezos colectivos, misas y prácticas de confesión (Bedoya & García, 2018, pp. 59-61). La cura clínica se mezclaba con la purificación espiritual.

El tabú de la locura, entonces, se anudaba al tabú del pecado. La mujer histérica era vista como “impúdica”, el alcohólico como “vicioso”, el homosexual como “degenerado”. Los diagnósticos médicos reproducían estas valoraciones morales, inscribiendo en la historia clínica un lenguaje que no solo clasificaba síntomas, sino también conductas “inmorales”. En este punto, la psiquiatría se convertía en una prolongación de la confesión católica: ambos buscaban arrancar verdades íntimas para luego corregirlas.

La ironía es que, en nombre de la ciencia, se reforzaban categorías propias de la religión. Foucault (1961/2006) ya había mostrado cómo el pasaje del demonio al diagnóstico no abolió el tabú, sino que lo tradujo. En Colombia, esa traducción fue literal: la locura seguía siendo signo de desorden moral, aunque se describiera en el lenguaje de la patología.

Este entrecruzamiento explica por qué el manicomio colombiano fue más un aparato de corrección que un espacio de escucha clínica. Lo que se buscaba no era comprender al loco, sino reconducirlo al ideal de normalidad cristiana y productiva. El tabú de la locura no solo protegía a la razón frente a la sinrazón, sino también a la moral frente a la diferencia.

El siglo XX trajo consigo un discurso aparentemente emancipador: la psiquiatría comunitaria, las declaraciones de derechos humanos, la desinstitucionalización. Se proclamaba el fin del manicomio, el respeto a la dignidad del paciente, la integración social de quienes antes habían sido excluidos. Pero la genealogía foucaultiana enseña a desconfiar de estas narrativas triunfales.

En Colombia, la retórica de los derechos convivió con prácticas que prolongaban el tabú bajo formas más sutiles. Los grandes hospitales psiquiátricos comenzaron a cerrarse o a transformarse, pero el estigma se mantuvo. El loco ya no era confinado masivamente en Sibaté,

pero seguía siendo segregado en barrios marginales, en casas de paso, en hospitales invisibles para la opinión pública. La exclusión cambió de escenario, no de lógica.

Los discursos de inclusión, paradójicamente, reforzaron nuevas formas de control. El diagnóstico psiquiátrico se sofisticó con el lenguaje de la neurociencia y los manuales DSM, multiplicando categorías y etiquetas. El paciente pasó de ser “alienado” a ser “bipolar”, “esquizofrénico”, “trastornado de personalidad”. Como advierte Foucault (1978/2003), el poder moderno ya no opera tanto a través de prohibiciones, sino de proliferación de discursos que clasifican y administran. El tabú se volvió tecnocrático, incrustado en manuales y protocolos.

La ironía es clara: cuanto más se proclamaba la “humanización”, más invisibles se volvían los dispositivos de exclusión. El loco ya no era encadenado, pero su acceso al trabajo, a la vivienda o al voto seguía limitado por el estigma. El derecho reconocía su ciudadanía, pero la práctica cotidiana lo mantenía en los márgenes. El tabú, lejos de ser abolido, se camuflaba bajo un lenguaje de respeto y cuidado.

Colombia, con su historia marcada por violencia y desigualdad, mostró con crudeza esta contradicción. El Estado podía citar los principios de la OMS y firmar convenios de derechos humanos, pero en la práctica los locos seguían siendo los invisibles de siempre. La genealogía revela aquí su potencia crítica: desenmascarar cómo el progreso puede convertirse en máscara del mismo gesto de exclusión.

Al recorrer esta genealogía, queda claro que el tabú de la locura no es un vestigio arcaico, sino un mecanismo vivo, capaz de mutar y adaptarse. Desde la expulsión ritual de la Nave de los locos hasta los manuales diagnósticos contemporáneos, lo que persiste es la misma lógica: trazar una frontera entre lo que la sociedad puede aceptar y lo que debe excluir.

Foucault nos enseñó que la locura no es un hecho natural, sino una construcción cultural atravesada por el poder. En Colombia, esa construcción adoptó formas singulares: hospitales que eran a la vez prisiones y conventos; diagnósticos que mezclaban ciencia, moral y derecho; archivos que silenciaban bajo la apariencia de registrar. La Colonia de Sibaté y el Hospital San Rafael se convirtieron en laboratorios donde el tabú se materializó en muros, rutinas, rezos y expedientes.

La ironía es que cada intento de “progreso” reforzó nuevas capas del tabú. La humanización del trato derivó en medicalización química; la ampliación de derechos convivió con tutelas que perpetuaban la incapacidad civil; la psiquiatría comunitaria trasladó la exclusión del manicomio al barrio periférico. El tabú no se destruyó: se volvió más invisible, más resistente, más difícil de denunciar.

El caso colombiano confirma, con dolorosa claridad, la tesis foucaultiana: la locura funciona como espejo oscuro de la racionalidad social. En ella se proyectan los miedos colectivos, se justifican las instituciones de encierro y se ensayan los dispositivos de vigilancia que luego se expanden al resto de la población. El loco, reducido a silencio, nos recuerda lo que la sociedad necesita expulsar para sostener su ficción de orden.

Cerrar esta genealogía no significa clausurar el tema, sino abrir preguntas. ¿Es posible pensar la locura fuera de la lógica del tabú, sin traducirla en diagnóstico ni expulsarla como amenaza? ¿Podemos imaginar instituciones que escuchen en lugar de vigilar, que acojan en lugar de normalizar? Tal vez ahí resida la lección más radical de Foucault: que la historia de la locura no es un pasado superado, sino un presente que nos sigue interpelando.

La Construcción del Tabú de la Locura en la Modernidad Colombiana

Si se observa con la lupa foucaultiana, la modernidad colombiana no fue solo un período de reformas institucionales y avances médicos; también fue el escenario en el que se instaló un modo de ver la locura como algo que debía ser clasificado, controlado y, sobre todo, silenciado. Desde finales del siglo XIX, la sociedad colombiana heredó el modelo del alienismo tardío, que concebía la locura como una patología susceptible de observación, diagnóstico y encierro. Este discurso médico, todavía marcado por la tradición francesa, otorgó legitimidad a la creación de instituciones manicomiales y a la emergencia de una nosología psiquiátrica (Gutiérrez, 2020).

El alienismo, sin embargo, no fue únicamente una importación europea. En Colombia, adquirió matices propios, asociados a preocupaciones por el “orden moral” y la “degeneración racial”. Como recuerda Cruz Montalvo (2016), figuras como Miguel Jiménez López afirmaban que la población colombiana mostraba signos de decadencia colectiva y que la herencia biológica era la principal causa de la enfermedad mental. En este marco, la locura se transformó en un tabú social, pues no solo evidenciaba la fragilidad de la nación, sino que era vista como una amenaza a la higiene, la productividad y la moralidad del pueblo.

A partir de estas bases, el siglo XX colombiano presenció la consolidación de la llamada higiene mental, movimiento que, en nombre de la prevención y la modernización, buscaba educar a la población, vigilar la herencia genética y corregir conductas desviadas. Como lo señala Téllez Bedoya (2018), esta corriente se apoyaba en campañas de educación y en ligas de higiene mental que buscaban disciplinar a las familias, promover la adaptación social y, en último término, reforzar la idea de que la locura era una frontera infranqueable de la normalidad.

Foucault nos invita a leer este proceso como parte de una biopolítica de la salud, en la que la enfermedad mental no se trataba únicamente como un fenómeno clínico, sino como un

problema político y económico de la población. La llamada “pedagogía nosopolítica” — concepto retomado por González y Alegría (2013)— consistía en utilizar la definición, el diagnóstico y la clasificación de las enfermedades con fines de control social. En Colombia, esta nosopolítica se materializó en manuales escolares, campañas de higiene, reglamentos hospitalarios y discursos médicos que delimitaban qué cuerpos eran válidos, productivos y dignos de inclusión, y cuáles debían ser corregidos o confinados.

Así, la genealogía de la psiquiatría en Colombia revela un doble movimiento: por un lado, la medicalización de la locura, que la convirtió en objeto de saber especializado; por otro, la moralización de la diferencia, que la transformó en tabú. La locura ya no era solo un desorden del alma o un castigo divino —como en siglos previos—, sino una condición inscrita en los cuerpos y en la herencia biológica, susceptible de vigilancia estatal y pedagógica.

El tabú, entonces, no radicaba en que la locura fuera invisible, sino en que debía ser contenida en espacios separados y nombrada con cautela. Los manicomios, las conferencias médicas y los congresos de higiene mental funcionaron como escenarios donde la sociedad colombiana podía hablar de la locura, siempre que lo hiciera bajo la gramática del orden, la ciencia y el progreso. Afuera de esos límites, la palabra del loco quedaba anulada; adentro, se convertía en material clínico, caso de estudio, ejemplar patológico.

Instituciones, Prácticas y Discursos Psiquiátricos en Colombia (1870–1968)

La genealogía de la psiquiatría colombiana no puede comprenderse sin detenerse en las instituciones que materializaron sus discursos. Desde finales del siglo XIX, la locura fue progresivamente inscrita en un régimen institucional que, bajo la apariencia de cuidado y tratamiento, se convirtió en una tecnología de control. Tal como lo advierte Gutiérrez (2020), la entrada de discursos psiquiátricos en Colombia a partir de 1870 marcó un punto de quiebre: la

locura dejó de ser únicamente un problema familiar o religioso y pasó a convertirse en un objeto de política pública y de regulación social.

Los manicomios constituyeron el núcleo de esta transformación. Estos espacios, inspirados en el modelo europeo del “gran encierro”, sirvieron no solo para aislar a quienes mostraban conductas consideradas peligrosas o inmorales, sino también para clasificar, diagnosticar y experimentar. La nosología psiquiátrica, en ciernes, encontraba en las celdas y pabellones de los hospitales el lugar privilegiado para legitimar sus categorías. Sin embargo, como señala Gutiérrez Avendaño (2019), en Colombia el internamiento nunca alcanzó la masividad del modelo francés: más que encerrar a toda persona “desviada”, el sistema se articuló a una negociación entre familia, comunidad y Estado. De hecho, las familias desempeñaban un rol central en la decisión de internar o no a sus parientes, lo que muestra la ambivalencia del tabú: la locura era expulsada de la vida cotidiana, pero también gestionada como problema doméstico.

En paralelo, surgieron prácticas discursivas que reforzaban la legitimidad del aparato psiquiátrico. Las conferencias médicas, las cátedras universitarias y las publicaciones en revistas especializadas —como la Revista Colombiana de Psiquiatría, fundada en 1964— contribuyeron a consolidar una comunidad epistémica que producía y reproducía el saber sobre la locura (Cruz Montalvo, 2016). Estos discursos no eran neutrales: se encontraban atravesados por preocupaciones raciales, morales y productivas. Así, la locura era interpretada como síntoma de una degeneración colectiva, ligada a la pobreza, al alcoholismo o a la mezcla racial, lo que justificaba intervenciones estatales en clave de higiene y eugenesia.

El período también estuvo marcado por la transición de un enfoque centrado en la higiene mental hacia una psiquiatría más biomédica y universitaria. A inicios del siglo XX, se

promovieron campañas de educación higienista que insistían en la disciplina del cuerpo y de la sexualidad como medios de prevención. Hacia mediados del siglo, con la consolidación de las facultades de medicina y de los departamentos de psiquiatría, el campo adquirió mayor legitimidad académica. No obstante, esta profesionalización no eliminó el carácter tabú de la locura: al contrario, reforzó su condición de frontera social, ahora respaldada por diagnósticos clínicos, manuales nosológicos y terapias experimentales (Arango-Dávila, 2012).

Lo que se observa, entonces, es una tensión constante entre inclusión y exclusión. Los manicomios prometían rehabilitación, pero su lógica era segregadora. Las campañas de higiene proclamaban modernización, pero lo hacían bajo la sospecha de que ciertos cuerpos y conductas eran inherentemente degenerados. La psiquiatría universitaria defendía la cientificidad de sus clasificaciones, pero éstas funcionaban como etiquetas que convertían la diferencia en patología. En esta tensión se cifra el carácter tabú de la locura: se habla de ella, se estudia, se interviene, pero siempre desde una posición que confirma su alteridad radical.

Del Higienismo a la Psiquiatría Contemporánea

El paso de la primera mitad a la segunda mitad del siglo XX marcó una transformación decisiva en el modo en que Colombia entendió y gestionó la locura. Si durante las décadas iniciales predominó un enfoque de higiene mental, fuertemente asociado con discursos eugenésicos y con preocupaciones sobre la “degeneración racial”, en las décadas posteriores se consolidó una psiquiatría con pretensiones más científicas, universitaria y biomédica, aunque no exenta de disputas internas.

La higiene mental, inspirada en modelos europeos y norteamericanos, proponía una visión preventiva de la enfermedad mental. En Colombia, adquirió tintes eugenésicos desde muy temprano. En 1918, durante el Tercer Congreso Médico Colombiano, el psiquiatra Miguel

Jiménez López defendió la idea de que la “raza colombiana” presentaba signos de degeneración biológica, atribuidos a la herencia, el alcoholismo y la pobreza. Esta lectura convertía la locura en un espejo de la nación: el “loco” no era solo un individuo enfermo, sino un síntoma colectivo de la debilidad del pueblo (Cruz Montalvo, 2016).

Este discurso se insertó en un contexto político donde las élites asociaban modernización con control poblacional. La higiene mental se convirtió así en un instrumento de disciplinamiento social, apoyado en manuales escolares, reglamentos institucionales y campañas públicas. Como lo muestran González y Alegría (2013), estas prácticas respondían a lo que Foucault denominó una pedagogía nosopolítica, en la que la definición y clasificación de enfermedades se utilizaba con fines de orden y control. La lucha contra la degeneración no era solamente médica: era un proyecto de Estado, que buscaba producir cuerpos útiles y ciudadanos adaptados.

No obstante, hacia mediados del siglo XX, el campo psiquiátrico colombiano empezó a diversificarse. Por un lado, se fortaleció la perspectiva biomédica, alimentada por la influencia kraepeliniana y el avance de la psicofarmacología. El énfasis se desplazó hacia el diagnóstico clínico, el estudio fisiopatológico y el uso de tratamientos farmacológicos, consolidando la imagen de la psiquiatría como una disciplina médica de pleno derecho (Arango-Dávila, 2012). Por otro lado, surgieron corrientes psicoanalíticas impulsadas por médicos como José Francisco Socarrás, que introdujeron en Colombia nuevas formas de pensar el inconsciente y la subjetividad.

La Revista Colombiana de Psiquiatría, fundada en 1964 como órgano oficial de la Asociación Colombiana de Psiquiatría, se convirtió en un espacio clave para observar esta transición. Como señala Cruz Montalvo (2016), en sus páginas se enfrentaron diversas

corrientes: la psicoanalítica, la psicobiológica, la psicodinámica, la farmacológica y la de salud pública. Este pluralismo reflejaba tanto la búsqueda de legitimidad científica como las tensiones propias de un campo en formación.

Lo interesante, desde una lectura foucaultiana, es que, a pesar de la diversificación del discurso, el tabú de la locura permanecía intacto. Cambiaban las explicaciones —de la herencia degenerativa a la neuroquímica cerebral, del inconsciente reprimido a la disfunción sináptica—, pero en todas persistía la idea de que la locura debía ser nombrada, clasificada y gestionada desde afuera. El “loco” seguía siendo una alteridad radical, necesaria para definir la normalidad y, por lo mismo, objeto de exclusión y tutela.

En este tránsito, la psiquiatría contemporánea en Colombia heredó tanto el legado higienista como las innovaciones biomédicas y psicoanalíticas. Su consolidación universitaria no eliminó el carácter social y político de sus discursos: al contrario, lo reforzó, dotándolo de un ropaje científico que naturalizó la exclusión. El resultado fue un campo profesional más robusto, pero también un tabú más sofisticado.

El Tabú Persistente: Genealogía de la Exclusión y Normalización en la Cultura Colombiana

A pesar de los cambios conceptuales, institucionales y terapéuticos, la locura en Colombia siguió cargando un peso simbólico que la mantuvo como un tabú social. Más allá de la evolución de la psiquiatría —del alienismo al psicoanálisis, de la higiene mental a la neuropsiquiatría biomédica—, lo que persiste es la representación de la locura como un límite: lo que marca la frontera entre lo normal y lo anormal, lo aceptable y lo inaceptable, lo productivo y lo inútil.

Desde una perspectiva foucaultiana, esta persistencia se explica por el funcionamiento de los dispositivos de poder-saber. La locura se vuelve tabú no porque carezca de discurso, sino porque está saturada de discursos que la enmarcan, la definen y la confinan. Como lo sugiere Gutiérrez Avendaño (2019), la historiografía crítica de la psiquiatría en Colombia muestra cómo el “loco” ha sido construido tanto como paciente clínico como sujeto político, siempre en tensión con las dinámicas de control social.

Este tabú se expresa de múltiples maneras. En primer lugar, en el lenguaje cotidiano, donde la palabra “loco” opera como insulto, estigma y metáfora de peligro. En segundo lugar, en la arquitectura institucional: los manicomios y hospitales psiquiátricos han funcionado como lugares apartados, visibles en la ciudad, pero invisibles en la vida social. En tercer lugar, en la pedagogía social, donde campañas de higiene y salud mental han reforzado la idea de que la locura es una amenaza para la familia y para la nación.

Los estudios recientes sobre la salud mental en Colombia también evidencian esta paradoja. Por un lado, se promueven políticas públicas orientadas a la inclusión y al bienestar; por otro, se mantiene un enfoque que privilegia la medicalización y la clasificación diagnóstica (Téllez Bedoya, 2018). Este doble movimiento reproduce lo que Foucault llamaría una “normalización”: la sociedad necesita al loco como figura que delimita el campo de lo permitido, pero al mismo tiempo busca invisibilizarlo en nombre de la ciencia o de la seguridad social.

El tabú se vuelve aún más evidente cuando se rastrea la relación entre locura y moralidad social. A inicios del siglo XX, la eugenesia y la higiene mental asociaban la enfermedad mental con pobreza, alcoholismo y degeneración racial (Cruz Montalvo, 2016). En la segunda mitad del siglo, la psiquiatría biomédica insistió en bases genéticas o bioquímicas, pero la sospecha social

persistió: el loco era alguien improductivo, peligroso, incapaz de gobernarse a sí mismo. El discurso cambió, pero la exclusión permaneció.

Lo que la genealogía revela es que el tabú de la locura en Colombia no es una mera superstición cultural ni un rezago arcaico: es una producción histórica sostenida por instituciones, discursos y prácticas que atraviesan la vida cotidiana. En este sentido, la locura funciona como una especie de “otro necesario”: un espejo deformante que permite a la sociedad definirse a sí misma como sana, racional y moderna.

La reconstrucción genealógica de la psiquiatría en Colombia permite comprender la locura no como una categoría natural o atemporal, sino como el resultado de un largo proceso de producción discursiva e institucional. Desde finales del siglo XIX, cuando el alienismo tardío y la higiene mental instalaron la idea de que la locura era un problema de degeneración y herencia, hasta el siglo XX, cuando la psiquiatría biomédica y el psicoanálisis disputaron su hegemonía en el campo académico, lo que se mantiene constante es el estatuto de la locura como tabú social.

Este tabú no significa ausencia de discurso, sino saturación de discursos. El “loco” ha sido definido, nombrado y clasificado hasta el exceso, pero siempre desde una posición externa que lo silencia como sujeto. En palabras de Foucault, la locura en Occidente fue progresivamente medicalizada y moralizada, convertida en objeto de saber y de control (González & Alegría, 2013). Colombia reprodujo este patrón, con sus particularidades: el peso de las teorías raciales, la influencia de médicos formados en Francia, la impronta católica en las campañas higienistas, y la progresiva institucionalización universitaria de la psiquiatría.

La genealogía muestra también las discontinuidades. En lugar de una historia lineal de progreso científico, lo que emerge es un campo en tensión: entre familia y Estado, entre compasión y exclusión, entre terapéutica y segregación. Cada avance científico estuvo

acompañado de nuevas formas de control; cada innovación discursiva, de un reforzamiento del estigma. Así, el loco fue alternativamente objeto de compasión, sujeto de sospecha, paciente clínico o amenaza social, pero siempre el otro de la normalidad.

En el presente, este tabú sigue operando. La salud mental ocupa un lugar central en las políticas públicas y en el discurso social, pero todavía se arrastra el estigma del “loco” como improductivo o peligroso. La medicalización contemporánea, apoyada en manuales diagnósticos y psicofármacos, ha sustituido las viejas teorías de la degeneración, pero no ha eliminado la lógica de exclusión. Como advierte Téllez Bedoya (2018), la evolución de la salud mental en Colombia revela la tensión entre un discurso inclusivo de bienestar y un aparato clínico que continúa patologizando la diferencia.

Este capítulo ha buscado mostrar que la locura en Colombia no es un simple fenómeno médico, sino un dispositivo histórico donde confluyen saberes, poderes y estigmas. La genealogía foucaultiana permite desnaturalizar ese dispositivo y revelar su carácter contingente: la locura es lo que se ha dicho y hecho de ella en determinados contextos. Comprenderla como tabú no significa resignarse a su exclusión, sino reconocer que es allí donde se expresan las ansiedades, los miedos y las estrategias de control de toda una sociedad.

En última instancia, la historia de la locura en Colombia nos recuerda que los límites de la normalidad son siempre construcciones frágiles y disputadas. El loco, más que un enemigo, es un espejo incómodo: refleja aquello que la cultura quiere ocultar y, al mismo tiempo, aquello que la constituye. Desmontar el tabú no es eliminar la diferencia, sino aceptar que en ella se juega la posibilidad de repensar lo humano y de cuestionar las formas de poder que lo regulan.

Estudio de Caso: Discursos Médicos e Higienistas como Productores de Tabú

Uno de los episodios más reveladores en la genealogía de la psiquiatría colombiana fue la ponencia de Miguel Jiménez López en 1918, durante el Tercer Congreso Médico Colombiano en Cartagena. Bajo el título “Nuestras razas decaen”, Jiménez sostuvo que la población colombiana presentaba signos de degeneración biológica y que la causa principal de la psicosis era la herencia. Sus palabras no solo buscaban describir un fenómeno clínico, sino que instalaban una narrativa nacional: el pueblo colombiano era frágil, biológicamente inferior y condenado a la enfermedad mental si no se aplicaban correctivos radicales (Cruz Montalvo, 2016).

En esta conferencia, la locura dejó de ser una anomalía individual para convertirse en un síntoma colectivo. La psiquiatría se transformó en una especie de “ciencia nacional”, encargada de diagnosticar las debilidades del cuerpo social. Este giro convirtió a la locura en tabú: no se hablaba de ella como experiencia subjetiva o vivencia humana, sino como amenaza hereditaria que debía ser vigilada y corregida.

Otro ejemplo significativo fue la influencia de las ligas de higiene mental en la primera mitad del siglo XX. Estas organizaciones, inspiradas en modelos norteamericanos y franceses, buscaban “proteger” a la sociedad de la enfermedad mental mediante programas de educación, campañas de moralidad y políticas de prevención. Como muestra Téllez Bedoya (2018), su énfasis no estaba en escuchar la voz del enfermo, sino en disciplinar a la población para evitar la “contaminación” social. El loco se convirtió en un espectro omnipresente: su mera posibilidad justificaba programas estatales de vigilancia y control.

En el ámbito institucional, los hospitales psiquiátricos funcionaron como escenarios donde se dramatizaba el tabú. El internamiento, más que una práctica terapéutica, respondía a la necesidad de segregar y neutralizar lo que la sociedad consideraba inasimilable. Gutiérrez (2020)

señala que, en Colombia, aunque el “gran encierro” nunca alcanzó las dimensiones europeas, sí existieron instituciones que operaron como dispositivos de confinamiento selectivo. Allí, la locura era registrada en historias clínicas, convertida en caso, en estadística, en materia para congresos científicos.

Lo fascinante de estos episodios es que muestran cómo el tabú de la locura en Colombia se construyó tanto en los discursos de élite como en las prácticas institucionales cotidianas. Cada diagnóstico, cada ponencia, cada reglamento hospitalario era un ladrillo en la muralla simbólica que separaba al loco del resto de la sociedad. La genealogía nos permite ver que este tabú no fue un accidente cultural, sino un proyecto deliberado, sostenido por médicos, políticos, pedagogos y juristas que convirtieron la locura en una diferencia inasimilable.

Políticas Contemporáneas de Salud Mental: Entre la Inclusión Discursiva y la Persistencia del Tabú

A partir de la década de 1990, Colombia comenzó a vivir una transformación en el campo de la salud mental, motivada por la promulgación de la Constitución de 1991 y las reformas en el sistema de salud. En el papel, se trataba de un giro hacia un enfoque más inclusivo, que reconocía los derechos de las personas con trastornos mentales y promovía su integración en la comunidad. Sin embargo, una mirada genealógica permite ver que, bajo esa narrativa de inclusión, se mantenían intactos muchos de los mecanismos de exclusión y estigmatización.

La Ley 100 de 1993 introdujo un sistema de seguridad social que reconocía la salud mental como parte integral del bienestar ciudadano. Años más tarde, el Plan Nacional de Salud Mental de 1998 y la Política Nacional de Salud Mental de 2018 reforzaron el discurso de la atención integral, el respeto a los derechos humanos y la importancia de la prevención. Sin embargo, como advierte Téllez Bedoya (2018), en la práctica la atención psiquiátrica en

Colombia ha seguido privilegiando la medicalización y la psicofarmacología, dejando en segundo plano los enfoques comunitarios y psicosociales.

Lo que se observa, entonces, es una suerte de doble discurso. Por un lado, las políticas oficiales hablan de dignidad, inclusión y bienestar; por otro, las prácticas clínicas y hospitalarias reproducen el viejo esquema de clasificación, diagnóstico y corrección. El “loco” ya no es nombrado como degenerado o peligroso, pero sigue siendo reducido a un caso DSM o a un protocolo de tratamiento. En otras palabras, el lenguaje cambió, pero la lógica del tabú permanece: la locura sigue siendo lo otro, lo que debe ser gestionado desde afuera.

Además, los discursos contemporáneos incorporan nuevas formas de exclusión. La medicalización se combina con dinámicas de mercado: la salud mental se convierte en un servicio, el paciente en cliente, y la diferencia en oportunidad de consumo farmacológico. Esta racionalidad neoliberal, lejos de eliminar el estigma, lo recubre de eficiencia técnica y justificación económica. Como diría Foucault, estamos frente a un nuevo dispositivo de poder: la biopolítica neoliberal que regula la locura en términos de productividad y costo-beneficio (González & Alegría, 2013).

Paradójicamente, el énfasis en la “integración comunitaria” también puede funcionar como forma de vigilancia. Programas de prevención y campañas de sensibilización terminan reforzando la frontera entre lo normal y lo anormal: el ciudadano “sano” debe aprender a identificar síntomas en su vecino, en su familiar o incluso en sí mismo, convirtiéndose en agente de autocontrol y vigilancia preventiva. Así, la comunidad no libera al loco del tabú, sino que lo redistribuye en nuevas formas de observación difusa.

En resumen, las políticas contemporáneas de salud mental en Colombia muestran un desplazamiento discursivo sin ruptura estructural. Los términos cambian —ya no se habla de

degeneración ni de higiene racial, sino de bienestar e inclusión—, pero el tabú permanece como frontera simbólica y práctica. La genealogía revela que, aunque la exclusión se reviste hoy de derechos y de técnicas médicas modernas, sigue operando como mecanismo de normalización social.

La genealogía de la locura en Colombia revela un proceso en el que la psiquiatría, lejos de limitarse al ámbito clínico, ha operado como un dispositivo biopolítico. En términos foucaultianos, esto significa que la locura fue inscrita en una red de prácticas destinadas a gestionar la vida, regular poblaciones y producir sujetos dóciles. El manicomio, la campaña de higiene mental, la cátedra universitaria o el protocolo farmacológico son distintos rostros de una misma lógica: la normalización.

En este sentido, la locura no se presenta únicamente como una patología, sino como una categoría de exclusión funcional al orden social. Su carácter de tabú deriva precisamente de esa función: es el límite que señala lo que no puede ser aceptado en la vida pública, lo que debe ser corregido, recluso o medicalizado. Como lo señala Gutiérrez Avendaño (2019), la historiografía crítica muestra que este límite se ha movido con el tiempo, pero nunca ha desaparecido: el loco pasó de ser un degenerado racial a un paciente DSM, pero siempre bajo la lógica de la alteridad radical.

La normalización funciona aquí como un proceso doble. Por un lado, define estándares de conducta, salud y racionalidad que los ciudadanos deben alcanzar. Por otro, estigmatiza y segrega a quienes no encajan en esos parámetros. Así, la locura opera como negativo fotográfico de la normalidad: su existencia es necesaria para legitimar la idea de orden. La biopolítica, entonces, no solo se expresa en el encierro o en la terapéutica, sino también en la producción de una identidad nacional que se concibe a sí misma como racional y moderna frente al “otro loco”.

Sin embargo, la genealogía también permite vislumbrar espacios de resistencia. En la segunda mitad del siglo XX y en el presente, distintos colectivos de usuarios de servicios de salud mental, familiares y activistas han cuestionado el estigma y han reivindicado la voz de quienes viven con sufrimiento psíquico. Estas experiencias, aunque fragmentarias, revelan la posibilidad de reconfigurar el campo: de pasar de un discurso sobre el loco a un discurso desde el loco. La crítica foucaultiana ofrece así no solo un diagnóstico del tabú, sino también una invitación a desmontar las relaciones de poder que lo sostienen.

En este sentido, pensar la locura en Colombia desde Foucault no es un ejercicio meramente académico: es un gesto político. Implica mostrar que lo que hoy se presenta como evidente —que la locura es una enfermedad, que requiere tratamiento médico, que debe ser clasificada— es, en realidad, el resultado de un proceso histórico de exclusión y normalización. Desnaturalizar ese proceso abre la posibilidad de imaginar formas distintas de convivencia con la diferencia, en las que el tabú se diluya y la voz del loco recupere su lugar en el espacio social.

Los “Locos de la Calle”: de Espectáculo Urbano a Objeto Médico

A mediados del siglo XIX, Bogotá no era aún la ciudad medicalizada que conocemos hoy. El “loco” circulaba en el espacio público como figura ambivalente: personaje pintoresco, objeto de burla, pero también sujeto inquietante. Como señala Díaz (2011), los locos hacían parte del paisaje urbano de plazas y calles, en una convivencia difusa entre tolerancia y marginalidad. La comunidad bogotana reconocía su diferencia, pero no los separaba radicalmente de la vida cotidiana.

En este escenario, la locura no era todavía un asunto exclusivo de médicos o juristas. Se trataba más bien de un fenómeno socialmente compartido: el loco callejero podía ser al mismo tiempo un vecino, un mendigo o incluso un profeta popular. Su visibilidad, sin embargo, no

implicaba inclusión: se trataba de una forma de tolerancia precaria, en la que la locura era admitida como espectáculo, pero nunca como experiencia legítima.

Con la consolidación de la medicina como disciplina moderna en Colombia, esta situación comenzó a transformarse. Entre 1870 y 1904, los médicos bogotanos emprendieron un proceso de apropiación del discurso psiquiátrico europeo, especialmente del modelo francés, para definir la locura como enfermedad. En este tránsito, el loco de la calle empezó a ser visto como un enfermo que debía ser diagnosticado, clasificado y recluido (Díaz, 2011).

El paso del loco callejero al enfermo institucionalizado representó un cambio radical en el estatuto social de la locura. Lo que antes era parte del paisaje urbano se convirtió en un problema médico y político. La calle, espacio de visibilidad y de contacto, cedió su lugar al manicomio, espacio de encierro y clasificación. Este desplazamiento es, en términos foucaultianos, un claro ejemplo de cómo el poder transforma la percepción social mediante el dispositivo del saber: el loco ya no era un personaje excéntrico, sino un “caso clínico”.

En este sentido, la medicalización de la locura en Bogotá no puede entenderse solo como un avance científico, sino como la instauración de un nuevo régimen de exclusión. El tabú no desapareció: se reformuló. Si en el siglo XIX el tabú consistía en mirar al loco con burla o temor, en el siglo XX consistió en encerrarlo, silenciarlo y traducir su diferencia en lenguaje médico. La genealogía permite ver, entonces, que el proceso no fue de humanización progresiva, sino de mutación en las formas de control.

La Comunidad Médica Bogotana y la Invención Científica de la Locura (1870–1904)

El tránsito de la locura como experiencia social a la locura como enfermedad tuvo como escenario privilegiado la comunidad médica bogotana de finales del siglo XIX. Durante este período, los médicos se convirtieron en mediadores entre los saberes europeos y las realidades

locales, importando categorías, métodos y terapéuticas que buscaban situar a Colombia en el mapa de la modernidad científica.

Díaz (2011) muestra que entre 1870 y 1904 la Universidad Nacional de Colombia y su Facultad de Medicina fueron centros neurálgicos de este proceso. Allí, los estudiantes elaboraban tesis de grado que no solo eran ejercicios académicos, sino auténticos manifiestos de modernización. A través de ellas, los futuros médicos reproducían las ideas del alienismo francés —inspirados en Pinel y Esquirol— y empezaban a traducirlas en un contexto bogotano marcado por la precariedad institucional y la influencia católica.

El caso de Antonio Buendía es ilustrativo. En su tesis de 1870, sostenía que la locura debía ser comprendida como una enfermedad cerebral y que, por tanto, requería un tratamiento médico especializado. Este énfasis en lo orgánico contrastaba con las percepciones populares que atribuían la locura a la posesión demoníaca o a la inmoralidad. Aquí vemos cómo el discurso médico introdujo una ruptura: la locura se inscribía en el lenguaje de la ciencia, desplazando los relatos religiosos y comunitarios (Díaz, 2011).

Otro ejemplo es la tesis de Miguel Amaya (1881), que defendía la creación de instituciones específicas para el tratamiento de los alienados. Esta propuesta, inspirada en el modelo francés del manicomio, subrayaba la necesidad de separar al loco del resto de la sociedad. Lo que se postulaba como un avance terapéutico era, en realidad, un dispositivo de segregación: el encierro se convertía en sinónimo de cuidado, y el tabú se revestía de cientificidad.

Estas tesis no solo legitimaron el discurso psiquiátrico en Colombia, sino que también redefinieron la relación entre médico y paciente. El loco dejó de ser sujeto de experiencia y se convirtió en objeto de observación. En términos foucaultianos, se instauró un régimen de verdad,

en el cual solo el saber médico podía hablar legítimamente sobre la locura. El paciente, reducido a “caso clínico”, perdió la palabra; el médico, investido de autoridad científica, ganó poder sobre su cuerpo y su destino.

De este modo, la comunidad médica bogotana no solo introdujo nuevas categorías nosológicas, sino que reordenó la vida social. La locura pasó de ser un fenómeno tolerado en las calles a ser un problema que exigía intervención estatal y encierro institucional. En este gesto, el tabú de la locura no se debilitó: se sofisticó. La exclusión ya no se justificaba con la moral o la religión, sino con la ciencia.

El Manicomio como Dispositivo: Institucionalización de la Locura en Bogotá

La consolidación del discurso médico sobre la locura en Bogotá no habría tenido eficacia sin su traducción en espacios institucionales concretos. Las tesis médicas y los congresos podían definir la locura como enfermedad, pero era en los hospitales y manicomios donde esa definición adquiría cuerpo, donde se ejecutaba la práctica social de la exclusión.

A finales del siglo XIX, Bogotá contaba con hospitales que empezaron a destinar pabellones específicos para los llamados “alienados”. Estas salas funcionaban con una lógica ambigua: se presentaban como lugares de tratamiento, pero en la práctica eran escenarios de confinamiento. Como muestra Díaz (2011), la idea del encierro terapéutico se justificaba bajo el argumento de que el aislamiento del paciente permitiría su cura. Sin embargo, en la mayoría de los casos, el encierro no conducía a terapéuticas activas, sino a la simple segregación del loco respecto de la vida urbana.

El manicomio, importado del modelo francés, representó la cristalización de esta tendencia. Aunque nunca alcanzó en Colombia la masividad del “gran encierro” europeo, sí materializó una forma de control social que trasladaba a los muros institucionales lo que antes

circulaba en las calles. El loco dejaba de ser un vecino excéntrico para convertirse en un número de registro, en un caso clínico archivado, en un cuerpo bajo custodia.

En clave foucaultiana, el manicomio operaba como un dispositivo de saber-poder: producía conocimiento (historias clínicas, clasificaciones, estadísticas) al mismo tiempo que ejercía poder (vigilancia, disciplina, exclusión). El encierro no era una mera consecuencia práctica de la teoría médica, sino una forma de producir al propio sujeto de la locura como objeto de ciencia. En este proceso, el tabú se reforzaba: el loco era visible solo en tanto paciente, y su palabra era sustituida por la escritura clínica del médico.

Además, el manicomio introdujo una nueva temporalidad en la experiencia de la locura. Si el loco callejero estaba marcado por la inmediatez de la vida urbana —su performance público, sus gritos, sus gestos—, el loco institucionalizado quedaba inscrito en una temporalidad de indefinición: el encierro no tenía un fin claro, podía prolongarse indefinidamente bajo el argumento de la peligrosidad o la incurabilidad. De esta manera, el tabú se convertía también en una condena temporal: el loco podía ser encerrado para siempre, como recordatorio de lo que debía ser expulsado de la sociedad.

En términos genealógicos, la institucionalización de la locura en Bogotá muestra cómo el discurso médico no se limitó a describir una enfermedad, sino que configuró un nuevo espacio social. El manicomio no solo encerró cuerpos: produjo una nueva relación entre ciencia, poder y exclusión. Y en ese gesto, el tabú de la locura adquirió un rostro más sólido, más permanente, más difícil de cuestionar.

Entre la Familia, la Comunidad y el Médico: Tensiones en el Encierro

Aunque la consolidación del discurso psiquiátrico en Bogotá parecía otorgar al médico la autoridad absoluta sobre la definición de la locura, en la práctica el proceso de internamiento

estuvo atravesado por múltiples tensiones. La familia, la comunidad barrial y, en menor medida, las autoridades locales, desempeñaron un papel determinante en la decisión de entregar al loco a la institución o mantenerlo en la esfera doméstica.

Díaz (2011) muestra cómo muchas de las tesis médicas y debates de la época reconocían que los manicomios y pabellones especializados no lograban absorber la totalidad de los casos de enfermedad mental. No se trataba solo de limitaciones materiales —falta de camas, escasos recursos, ausencia de personal—, sino también de resistencias culturales. La familia, especialmente en sectores populares, prefería hacerse cargo de sus miembros perturbados, incluso a costa de esfuerzos económicos y emocionales, antes que confiar en instituciones percibidas como frías, punitivas y desarraigadoras.

En este sentido, el tabú de la locura se jugaba en un terreno ambiguo: dentro del hogar, el loco era simultáneamente carga y pariente; en el discurso médico, era un enfermo que debía ser aislado. El choque entre estas dos lógicas producía tensiones permanentes. Algunas familias recurrían a la comunidad médica solo cuando la conducta del enfermo amenazaba la seguridad doméstica o el orden vecinal; en otros casos, se buscaban remedios tradicionales o religiosos antes de aceptar el internamiento.

La figura del médico, entonces, no era todopoderosa: debía negociar con los afectos familiares y con las dinámicas comunitarias. La autoridad científica se enfrentaba a los vínculos de sangre, a la moral católica y a la economía doméstica. El internamiento, lejos de ser un procedimiento automático, era el resultado de una negociación compleja, donde intervenían factores tan diversos como la reputación familiar, el estigma social, los recursos disponibles y las expectativas de curación.

Desde una perspectiva foucaultiana, este punto es crucial. El poder médico no operaba de manera unidireccional, sino en una red de relaciones que atravesaba lo íntimo y lo público. El tabú de la locura no se impuso únicamente desde arriba (el Estado, la medicina), sino que fue coproducido desde abajo, en la medida en que las familias y las comunidades aceptaron, resistieron o adaptaron el discurso médico. La genealogía permite, así, reconocer que la medicalización de la locura en Bogotá fue un proceso discontinuo, lleno de tensiones y negociaciones, más que una imposición homogénea.

Este panorama nos recuerda que el tabú de la locura no se sostiene solo en instituciones de control, sino también en el imaginario cotidiano. La familia que decide internar a su pariente lo hace con sentimientos encontrados: busca seguridad, alivio o cura, pero también se enfrenta a la vergüenza social de tener un “loco” en casa. En ese gesto, la familia se convierte en cómplice involuntaria del dispositivo médico, reforzando un tabú que se mantiene vivo hasta hoy: el de la locura como diferencia inaceptable, que debe ser contenida y vigilada.

Historia la locura en el derecho Colombia

Hablar de la locura en el derecho colombiano es ingresar en un territorio en el que la razón jurídica se enfrenta a su propio límite. En los expedientes judiciales, la “locura” aparece como un diagnóstico clínico, como un dictamen pericial, como una excepción procesal. Pero en la genealogía de Foucault, la locura es mucho más que un cuadro médico: es una categoría histórica que marca el modo en que una sociedad define lo aceptable y lo intolerable, lo cuerdo y lo insensato, lo ciudadano y lo excluido.

Este capítulo parte de esa premisa foucaultiana: la locura no es un hecho natural, sino un artefacto cultural y político. En la medida en que el derecho colombiano ha adoptado normas, sentencias y políticas para tratar a las personas con trastorno mental, ha reproducido —con nuevas formas y viejos miedos— la tensión entre inclusión y exclusión.

La pregunta que guía esta investigación es directa y a la vez perturbadora: ¿cómo ha construido el derecho colombiano la figura del “loco” y con qué consecuencias sociales, jurídicas y políticas? La metodología de la genealogía foucaultiana, más que buscar un origen esencial, indaga por las discontinuidades, rupturas y desplazamientos de sentido. No se trata de narrar una evolución lineal de la locura en la ley, sino de poner en evidencia las operaciones de poder que, bajo nombres distintos —enajenación mental, inimputabilidad, trastorno, medida de seguridad— han organizado el encierro y el control.

La relevancia de este análisis es doble. En primer lugar, porque el tema de la salud mental en Colombia ha cobrado una importancia creciente. La Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015 reveló que uno de cada seis colombianos presenta síntomas asociados a trastornos como depresión, ansiedad o posibles cuadros psicóticos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015, citado en Montoya Román et al., 2016). Esa cifra, lejos de ser marginal, muestra que la

locura —en su acepción más amplia— no es la rareza de unos pocos, sino una condición que atraviesa de manera estructural a nuestra sociedad.

En segundo lugar, porque el derecho penal colombiano mantiene vigente una paradoja: al declarar la inimputabilidad de quien padece un trastorno mental, reconoce que no puede ser castigado como los demás, pero simultáneamente lo somete a medidas de seguridad que, en la práctica, equivalen a un encierro indefinido. Como advierte Foucault (2006), la sociedad moderna reemplazó la hoguera y el exorcismo por el hospital y la reclusión, pero el gesto sigue siendo el mismo: aislar al loco en nombre de la razón.

En este sentido, este capítulo se propone analizar, desde la genealogía foucaultiana, el concepto de locura en el derecho colombiano, con especial énfasis en la figura de la inimputabilidad penal. Para ello, se articularán tres dimensiones:

Una revisión histórica de la locura como categoría cultural y literaria, con base en los aportes de Sánchez-Blake (2009) y otros autores.

Un estudio jurídico del régimen penal aplicable en Colombia, a partir de la Ley 599 de 2000, la doctrina y la jurisprudencia de las Altas Cortes (Montoya Román et al., 2016).

Una reflexión crítica sobre las continuidades y rupturas que la genealogía permite identificar entre la exclusión medieval, el “gran encierro” moderno y las prácticas jurídicas actuales.

Así, este texto busca mostrar que, más allá de la técnica jurídica, el derecho colombiano sigue librando una batalla simbólica con la locura: ¿es el loco un enfermo a proteger, un peligro a neutralizar o un ciudadano a reconocer en su diferencia? La respuesta no es unívoca, y en esa ambigüedad se juega la relación entre derecho, poder y subjetividad.

La Genealogía Foucaultiana y la Locura

La genealogía, en la pluma de Michel Foucault, no es una búsqueda de orígenes luminosos ni de verdades eternas. Es, más bien, una arqueología de las sombras: un método para mostrar cómo lo que hoy llamamos “locura” o “trastorno mental” es el resultado de múltiples desplazamientos históricos, de luchas discursivas y de decisiones políticas disfrazadas de neutralidad científica.

En *Historia de la locura en la época clásica* (1961/2006), Foucault reconstruyó el tránsito de la Edad Media al Renacimiento y, de ahí, a la modernidad, mostrando que la locura fue, en diferentes momentos, demonio, pecado, exilio, enfermedad, objeto de arte y de ciencia. Lo que nos parece hoy una categoría médica universal fue en realidad una serie de configuraciones históricas contingentes. El loco medieval, expulsado en barcos errantes (*stultifera navis*), no es el mismo que el enajenado internado en el Hospital General del siglo XVII, ni el paciente psiquiátrico del XIX.

La genealogía se centra en esas discontinuidades. Allí donde una historia tradicional narraría el progreso de la psiquiatría y del derecho hacia formas más humanas, Foucault ve rupturas violentas: el “gran encierro” de pobres, locos y delincuentes en el París del siglo XVII; la medicalización del comportamiento en el XIX; la asociación entre locura, peligrosidad y delito en el siglo XX. En cada giro, la sociedad redefine quién es racional y quién no, quién pertenece a la comunidad y quién debe ser apartado.

Genealogía Frente a Historia Lineal

La diferencia entre genealogía e historia lineal resulta crucial para este capítulo. La historia jurídica suele contar que la inimputabilidad penal es un avance civilizatorio: antes el loco era castigado, ahora es eximido de responsabilidad. La genealogía, en cambio, sospecha:

¿realmente el derecho exime o, más bien, transforma el castigo en otro tipo de encierro? ¿No es la medida de seguridad un castigo con otro nombre?

Foucault lo planteó en términos de saber/poder: cada discurso que define a la locura produce simultáneamente un campo de saber (psiquiatría, derecho, psicología) y un campo de poder (hospitales, cárceles, manicomios). De ahí que la locura no sea una simple “enfermedad”, sino una categoría atravesada por fuerzas que la exceden.

El Lugar de la Locura en la Razón Occidental

Para Foucault (1967/2006), la locura es el “otro” constitutivo de la razón. No existe como entidad pura, sino como aquello contra lo cual la razón se afirma. Como la sombra que da volumen a la luz, la locura es la condición de posibilidad de la racionalidad occidental. En la modernidad, ese vínculo se tradujo en instituciones concretas: hospitales psiquiátricos, códigos penales, manuales de diagnóstico.

Aquí la genealogía muestra su filo crítico: al desnudar la contingencia histórica de la locura, desestabiliza la pretensión de objetividad del derecho y de la medicina. ¿Qué es lo que se llama “trastorno mental”? ¿Qué saberes y poderes se juegan en esa definición? Y más aún: ¿qué implicaciones jurídicas y políticas tiene en sociedades como la colombiana, atravesadas por violencia, desigualdad y precariedad institucional?

Aplicar la genealogía a la figura de la inimputabilidad implica rastrear cómo el derecho colombiano ha oscilado entre distintas formas de concebir al sujeto loco. El artículo 33 del Código Penal de 2000 no surge de la nada: condensa siglos de discursos sobre el loco como irresponsable, como enfermo y como peligroso. La genealogía no pregunta si la norma es justa o injusta, sino qué operaciones de poder hace posible.

Como señala Montoya Román et al. (2016), el régimen penal colombiano actualiza esa tensión histórica: reconoce derechos a las personas con trastorno mental, pero a la vez las somete a medidas que reproducen su exclusión social. La genealogía, entonces, permite iluminar esa paradoja: el derecho se presenta como protector, pero opera como mecanismo de encierro.

Si el derecho busca clasificar y contener la locura, la literatura ha preferido exaltarla, representarla, e incluso convertirla en un vehículo de verdad. En la tradición cultural occidental, el loco no es únicamente un enfermo; es también un visionario, un bufón que dice lo que los demás callan, un espejo incómodo que refleja las grietas del orden social.

En su análisis sobre locura y literatura, Elvira Sánchez-Blake (2009) recuerda que desde la época clásica la figura del loco ha sido inseparable de la narrativa. Allí donde la razón calla o se autocensura, la locura habla. Los personajes locos en las obras de Shakespeare, Cervantes o Peri Rossi no son simples desvaríos: son la encarnación de verdades que no podrían ser dichas de otra manera. Como si la sociedad necesitara un espacio simbólico para pronunciar lo innombrable, y ese espacio fuese la voz delirante del loco.

Don Quijote de la Mancha es quizá el ejemplo más conocido. Para los cuerdos, su visión de gigantes y castillos es un error perceptivo; para el lector, en cambio, esa locura revela la capacidad de imaginar un mundo distinto. Sánchez-Blake (2009) subraya que en esa “visión alterna” se esconde la fuerza transformadora de la locura: un lente que fractura la realidad establecida y permite pensar otros horizontes.

La ironía es evidente: lo que los personajes dentro de la novela juzgan como insensatez, la historia literaria lo consagra como genialidad. Mientras el derecho mide y clasifica al loco, la

En el siglo XX, Cristina Peri Rossi retoma el motivo renacentista del *stultifera navis* en *La nave de los locos*. Sus personajes errantes, desarraigados y excluidos encarnan una crítica

feroz a los sistemas normativos que producen marginalidad. No se trata de un loco aislado en un manicomio, sino de una humanidad entera enajenada por la violencia, el sexismo y el exilio (Sánchez-Blake, 2009).

La nave es una metáfora inquietante: todos somos pasajeros de una locura colectiva, todos erramos en busca de un sentido que nunca se alcanza. La literatura, entonces, invierte la lógica jurídica: en lugar de señalar al loco como excepción, denuncia que la verdadera locura es la norma social.

Foucault (1967/2006) ya lo había señalado: en el Renacimiento, la locura fue un espejo donde la razón se miraba a sí misma. Obras como *El elogio de la locura* de Erasmo o *Hamlet* de Shakespeare colocaron en boca del loco una sabiduría prohibida. “El loco dice la verdad que el cuerdo no puede pronunciar”, escribe Foucault (p. 90).

Este juego entre razón y sinrazón revela una paradoja: mientras la ciencia médica y el derecho han querido domesticar la locura, la cultura la ha reivindicado como espacio de libertad. El bufón de la corte, el loco del pueblo, el personaje delirante en la novela cumple una función crítica: cuestionar la norma desde su aparente insensatez.

Un aspecto fundamental señalado por Sánchez-Blake (2009) es el vínculo entre locura y género. La tradición patriarcal clasificó como “locas” a aquellas mujeres que se atrevieron a escribir, a tomar la palabra, a desafiar la norma masculina. La “loca del ático” se convirtió en símbolo de resistencia femenina, denunciando que la etiqueta de “histeria” o “demencia” no era más que un mecanismo de censura social.

En este sentido, la locura literaria no solo cuestiona la razón abstracta, sino también los regímenes concretos de poder: el patriarcado, la moral religiosa, la disciplina social. Allí donde

el derecho silencia, la literatura grita; allí donde el expediente judicial marca un diagnóstico, la novela abre un horizonte de emancipación.

Antítesis entre derecho y literatura

La antítesis es clara:

En el derecho, la locura es incapacidad, falta de comprensión, inimputabilidad.

En la literatura, la locura es visión alternativa, lucidez crítica, potencia creativa.

Una busca confinar, la otra expandir. Una escribe sentencias, la otra fabula utopías. Esta tensión, como veremos en el siguiente apartado, resulta clave para entender cómo el derecho colombiano ha heredado —y transformado— estas representaciones culturales en su propio lenguaje normativo.

La Locura en el Derecho Colombiano: Antecedentes Históricos

Hablar de la locura en el derecho colombiano es necesariamente evocar herencias múltiples. El derecho nacional no nació en un vacío, sino que absorbió tradiciones jurídicas europeas, influencias religiosas coloniales y discursos científicos modernos. La genealogía foucaultiana obliga a ver que cada una de estas capas sedimentó en las formas actuales de tratar al “loco” en el proceso penal.

En el derecho romano ya se reconocía una diferencia entre quienes podían responder jurídicamente y quienes estaban excluidos de la imputabilidad. El “furiosus” era considerado incapaz de voluntad racional, y, por tanto, no responsable de sus actos (Montoya Román et al., 2016). Esta exclusión, que a primera vista parece protectora, llevaba implícita una marca: el loco no era un ciudadano pleno, sino alguien cuya palabra carecía de peso en la esfera pública.

En otras palabras, desde sus orígenes la locura fue una categoría ambivalente: liberaba del castigo, pero también despojaba de la condición de sujeto de derecho. Esa tensión atraviesa hasta hoy al derecho colombiano.

Durante la Colonia, el influjo de la Iglesia católica impregnó las concepciones jurídicas sobre la locura. El trastorno mental se confundía con posesión demoníaca o castigo divino, y los enfermos eran tratados con prácticas religiosas más que médicas: exorcismos, encierros en conventos, vigilancia espiritual (Quintero, 2008, citado en Montoya Román et al., 2016).

Aquí se visibiliza un giro foucaultiano: el loco no solo era un enfermo, sino un disidente moral y político. Quien salía de la norma era tratado como hereje o peligroso, equiparado a las brujas o blasfemos (León, 2005). La locura no distinguía entre error clínico y pecado social.

El Siglo XIX: De la Moral al Manicomio

Con la independencia y la construcción de la República, Colombia heredó los códigos penales europeos, en particular el modelo francés, atravesado por la psiquiatría naciente. Autores como Pinel y Esquirol habían defendido que los locos debían ser internados, no castigados, bajo la idea de un “tratamiento moral” que los distinguía de los delincuentes comunes.

No obstante, como señala León (2008), esa distinción no eliminó el estigma: en muchos casos, los locos fueron internados en los mismos espacios que los pobres y los criminales. El manicomio se convirtió en un “hospital-prisión”, reflejando lo que Foucault llamó el “gran encierro” del siglo XVII, ahora trasplantado a la modernidad latinoamericana.

En Colombia, las primeras instituciones psiquiátricas se fundaron a finales del siglo XIX, pero más que espacios terapéuticos, funcionaban como lugares de reclusión indefinida. La idea era limpiar la ciudad de la “escoria social”, bajo el mismo espíritu que movió a las leyes francesas a crear hospitales generales (León, 2005).

El Código Penal colombiano recogió formalmente la figura de la inimputabilidad. El artículo 33 de la Ley 599 de 2000 establece:

“Es inimputable quien en el momento de ejecutar la conducta típica y antijurídica no tuviere la capacidad de comprender su ilicitud o de determinarse de acuerdo con esa comprensión, por inmadurez psicológica, trastorno mental, diversidad sociocultural o estados similares” (Congreso de la República, 2000, citado en Montoya Román et al., 2016, p. 38).

El paso del “furiosus” romano al “inimputable” colombiano parece lineal, pero la genealogía revela su paradoja: bajo el ropaje científico de la psiquiatría y la psicología, persiste la exclusión medieval y colonial. El loco sigue siendo aquel que no comprende, aquel que debe ser apartado.

El repaso histórico muestra que la locura en el derecho colombiano no puede entenderse solo como una condición clínica. Es una categoría que ha servido para administrar la diferencia, gestionar la peligrosidad y legitimar prácticas de encierro. Como advierten Montoya Román et al. (2016), la declaración de inimputabilidad no se basa siempre en criterios clínicos claros, sino en discursos atravesados por moralismos y estigmas.

La genealogía nos recuerda que, en cada época, el loco encarnó un peligro distinto: en Roma, la incapacidad de razón; en la Colonia, la posesión demoníaca; en el siglo XIX, la amenaza al orden moral; en el XX, la enfermedad psiquiátrica. En el XXI, bajo el Código Penal colombiano, el loco es simultáneamente un enfermo y un sujeto “peligroso”, digno de medidas de seguridad que lo excluyen de la vida comunitaria.

En el actual ordenamiento jurídico colombiano, la figura de la inimputabilidad cristaliza siglos de tensiones sobre el estatuto del loco en el derecho. El artículo 33 del Código Penal (Ley 599 de 2000) establece que será inimputable quien, en el momento de ejecutar la conducta típica

y antijurídica, no tuviere la capacidad de comprender su ilicitud o de determinarse conforme a esa comprensión, ya sea por inmadurez psicológica, trastorno mental, diversidad sociocultural u otros estados similares (Congreso de la República, 2000, citado en Montoya Román et al., 2016).

La formulación parece técnica, casi aséptica, pero en realidad encierra una paradoja fundamental: si el inimputable no es responsable penalmente, ¿qué hacer con él?

Por un lado, la inimputabilidad exime de responsabilidad. El sujeto no es culpable, pues carecía de las capacidades mínimas de comprensión o autodeterminación. En teoría, esto representa un avance frente a épocas en que los locos eran castigados sin distinción.

Por otro lado, la inimputabilidad no equivale a libertad. El inimputable no es castigado con pena, pero es sometido a medidas de seguridad que, en muchos casos, implican internamiento en establecimientos psiquiátricos o carcelarios. En la práctica, la exoneración se transforma en encierro indefinido, una suerte de limbo jurídico donde el tiempo de reclusión depende más del criterio médico y judicial que de un plazo fijo (Montoya Román et al., 2016, p. 41).

La ironía es amarga: el loco es inocente, pero nunca libre.

El Código Penal colombiano contempla varias medidas de seguridad aplicables a inimputables, tales como internamiento en establecimientos psiquiátricos, tratamientos ambulatorios obligatorios o custodia especial. Según Montoya Román et al. (2016), estas medidas tienen una doble función: proteger al inimputable y proteger a la sociedad.

El problema es que, en la práctica, la segunda función suele prevalecer. La protección social se traduce en confinamiento, mientras que la atención médica resulta deficiente. No son pocas las veces en que los inimputables terminan en cárceles comunes, sin tratamiento adecuado, sometidos a la misma lógica punitiva que el sistema pretendía evitar.

Aquí resuena Foucault (1975/2002): lo que parece un dispositivo terapéutico es, en realidad, una forma de vigilancia y disciplina. El manicomio y la prisión se confunden, mostrando que la frontera entre cuidado y castigo es más porosa de lo que el derecho admite.

Un aspecto llamativo del artículo 33 es la exclusión del inimputable que hubiere “preordenado su trastorno mental”. Esta cláusula refleja la sospecha de que alguien podría fingir o inducirse un estado de locura para evadir la responsabilidad. En clave foucaultiana, se trata de un gesto revelador: el derecho siempre teme al loco, incluso cuando lo absuelve. La norma protege a la sociedad, pero al mismo tiempo vigila al individuo que pretende escapar del castigo bajo la máscara de la locura.

El artículo 33 introduce otra figura polémica: la diversidad sociocultural como causal de inimputabilidad. Esto significa que ciertos actos, cometidos por personas pertenecientes a comunidades con cosmovisiones distintas, pueden ser considerados no imputables si se demuestra que no comprendían la ilicitud según los parámetros dominantes. Aunque parece una apertura intercultural, en la práctica reproduce la misma lógica de exclusión: el “otro cultural” es tratado como incapaz, como alguien que no alcanza el estándar de racionalidad jurídica.

Una mirada crítica

El régimen penal colombiano, entonces, oscila entre dos polos:

Exonerar al loco de culpabilidad, bajo la idea de que carece de plena racionalidad.

Encerrarlo mediante medidas de seguridad, bajo la idea de que representa un peligro social.

Ambas operaciones, vistas desde la genealogía foucaultiana, reproducen una misma matriz: la construcción del loco como sujeto liminal, simultáneamente inocente y peligroso, dentro y fuera de la ley.

Como concluyen Montoya Román et al. (2016), la legislación colombiana ha intentado articular derechos y seguridad, pero en la práctica persiste un déficit estructural: la inimputabilidad se resuelve en medidas privativas de libertad sin un enfoque real de rehabilitación. Así, el derecho confirma su vieja función: encerrar, aislar, disciplinar.

Jurisprudencia de la Corte Constitucional y la Corte Suprema

El derecho escrito rara vez se basta a sí mismo. Sus normas necesitan ser interpretadas, aplicadas y, en ocasiones, limitadas por los jueces. En Colombia, la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia y de la Corte Constitucional ha jugado un papel decisivo en la configuración del concepto de locura en el ámbito penal. Estas decisiones, lejos de ser neutrales, revelan los dilemas no resueltos entre protección, exclusión y derechos fundamentales.

En varias sentencias, la Corte Suprema ha abordado la inimputabilidad con un enfoque técnico, centrado en la prueba pericial y en la determinación de la peligrosidad del sujeto.

Un ejemplo es la Sentencia de Casación No. 34867, en la cual la Corte reconoció que el inimputable no debe ser objeto de una pena propiamente dicha, pero enfatizó que las medidas de seguridad no son castigos, sino mecanismos de protección social (Montoya Román et al., 2016, p. 55). La distinción parece clara, aunque en la práctica, como ya se dijo, esas medidas suelen traducirse en encierros prolongados y sin un límite temporal definido.

En el Proceso No. 29118, la Corte reafirmó que la inimputabilidad solo puede declararse con base en pruebas periciales idóneas, realizadas por expertos calificados (Montoya Román et al., 2016, p. 58). La exigencia técnica, sin embargo, no disuelve la paradoja foucaultiana: es el saber médico el que legitima el poder judicial para privar de libertad a un individuo en nombre de la ciencia. El juez se apoya en el psiquiatra, y juntos forman el dispositivo de control.

Corte Constitucional: La Mirada de los Derechos Fundamentales

La Corte Constitucional ha sido más crítica frente a los riesgos de indefinición en el tratamiento de los inimputables.

En la Sentencia C-176 de 1993, la Corte analizó la constitucionalidad de las medidas de seguridad y advirtió que estas no pueden convertirse en sanciones perpetuas disfrazadas. Reiteró que deben ser proporcionales, revisables y orientadas a la rehabilitación. Aquí se vislumbra un esfuerzo por humanizar el régimen, aunque su aplicación práctica ha sido deficiente.

En la Sentencia T-750A de 2012, la Corte abordó un caso concreto de vulneración de derechos a una persona con enfermedad mental recluida en condiciones indignas. El tribunal ordenó al Estado garantizar atención médica adecuada y evitar la prolongación indefinida de la medida de seguridad. Esta decisión refleja un giro importante: reconocer al inimputable no solo como objeto de control, sino como sujeto de derechos.

La Sentencia T-401 de 1992 ya había planteado un principio similar: la locura no puede justificar tratamientos degradantes ni desproporcionados. El hecho de que alguien sea inimputable no autoriza al Estado a relegarlo al olvido institucional.

El análisis jurisprudencial confirma lo que la genealogía sospecha: el derecho colombiano oscila permanentemente entre discursos de protección y prácticas de exclusión. En el papel, las Cortes insisten en la dignidad humana, la proporcionalidad y la necesidad de atención médica adecuada. En la realidad, muchos inimputables permanecen recluidos en condiciones precarias, sin programas efectivos de rehabilitación.

El contraste entre el ideal y la práctica recuerda la metáfora literaria de *La nave de los locos*: todos embarcados en un viaje interminable hacia ninguna parte (Sánchez-Blake, 2009). El derecho promete salvación, pero sus barcos conducen al exilio del encierro.

La jurisprudencia revela, en clave foucaultiana, la persistencia de una lógica de poder-saber. El juez y el médico se refuerzan mutuamente: uno diagnostica, el otro sentencia; juntos definen la frontera entre razón y sinrazón. Y aunque la Corte Constitucional introduce el lenguaje de los derechos, no logra desactivar el dispositivo central: el inimputable sigue siendo, en esencia, un sujeto administrado, no un ciudadano pleno.

En suma, la jurisprudencia colombiana es un espejo de la ambivalencia histórica: el loco es simultáneamente vulnerable y peligroso, titular de derechos y objeto de vigilancia. Y mientras esa contradicción no se resuelva, la inimputabilidad seguirá siendo más un mecanismo de encierro que de inclusión.

El recorrido genealógico realizado a lo largo de este capítulo permite afirmar que la locura, lejos de ser una categoría clínica neutral, es un dispositivo de poder que ha moldeado profundamente el derecho colombiano. Desde el furiosus romano hasta el inimputable contemporáneo, la figura del loco ha servido para marcar los límites de la ciudadanía, definir la racionalidad dominante y justificar formas de encierro.

El análisis mostró tres grandes continuidades:

El loco como sujeto de excepción: siempre definido en contraposición a la razón normalizada, siempre situado en un margen donde su palabra pierde valor jurídico.

El encierro como respuesta social: bajo diferentes ropajes —manicomio, hospital psiquiátrico, establecimiento carcelario—, la solución recurrente ha sido apartar al loco, más que integrarlo.

La paradoja de la inimputabilidad: concebida como garantía, en la práctica deviene en marca de peligrosidad y en medida de control indefinido.

Pero también emergen rupturas significativas. La jurisprudencia constitucional, al menos en el plano discursivo, ha introducido el lenguaje de la dignidad humana y los derechos fundamentales. La literatura, por su parte, sigue recordándonos que la locura no es solo déficit, sino posibilidad de crítica, lucidez y creación.

La genealogía nos deja una lección incómoda: el derecho colombiano, en su afán de ser protector y racional, reproduce una lógica de exclusión que no difiere tanto de los exorcismos coloniales o de los encierros decimonónicos. Declara que libera, pero confina; afirma que reconoce, pero invisibiliza; proclama derechos, pero administra vidas como residuos sociales.

Frente a ello, la pregunta que queda abierta es ineludible: ¿es posible imaginar un derecho que no encierre a la locura, sino que dialogue con ella? ¿Un orden jurídico que no traduzca la diferencia en amenaza, sino en diversidad? ¿Un modelo de justicia que, en lugar de repetir el “gran encierro”, construya espacios de cuidado y reconocimiento?

Tal vez la respuesta no esté solo en los códigos ni en las sentencias, sino en un cambio cultural más profundo: aprender a mirar la locura no como un error a corregir, sino como un espejo que revela las fisuras de nuestra propia racionalidad.

En última instancia, la locura en el derecho colombiano no habla solo de los locos: habla de todos nosotros, de la manera en que una sociedad gestiona sus miedos, organiza sus exclusiones y define su noción de humanidad. Quizá, como sugería Foucault, lo verdaderamente insensato no es el delirio del loco, sino la racionalidad que, creyéndose justa, lo condena al silencio del encierro.

Religión, degeneración y derecho: genealogía de una alianza en la construcción jurídica de la locura en Colombia

Genealogía de una Alianza en la Construcción Jurídica de la Locura en Colombia

En la historia colombiana, la locura no ha sido definida por un solo saber ni administrada por una única institución. Más bien, ha sido un campo de disputa entre tres discursos hegemónicos que, lejos de contradecirse, han terminado reforzándose mutuamente: el religioso, el médico-científico y el jurídico. La genealogía foucaultiana resulta aquí particularmente útil porque permite ver cómo esos discursos no aparecen como verdades universales, sino como productos de luchas de poder, sedimentados en el tiempo, hasta parecer evidencias naturales.

Si Foucault (1967/2006) hablaba del gran encierro en Europa, en el caso colombiano deberíamos hablar de un encierro tripartito, sostenido en la alianza entre Iglesia, ciencia positivista y derecho. Cada uno de estos campos aportó su vocabulario y su legitimidad: la religión convirtió la locura en pecado, la medicina en degeneración y el derecho en incapacidad.

La ironía es contundente: lo que debía ser liberación terminó siendo cadena. La Iglesia decía salvar el alma del poseído, la psiquiatría regenerar al degenerado, el derecho proteger al inimputable; y, sin embargo, todos coincidían en un mismo gesto: confinar, excluir, administrar.

Este apartado, entonces, rastreará esa alianza en tres movimientos:

El derecho canónico, que configuró la locura como incapacidad jurídica para el consentimiento matrimonial.

El discurso religioso, que marcó los delirios de los enfermos y legitimó prácticas de control espiritual.

El discurso médico de la degeneración, que a finales del XIX dio un ropaje científico a la exclusión.

A través de ellos veremos que la locura en Colombia no fue simplemente una enfermedad, sino un síntoma social de cómo una nación construía su identidad frente a la diferencia.

El derecho canónico ocupa un lugar central en esta genealogía. Mucho antes de que existiera un Código Penal colombiano, ya la Iglesia Católica —principal administradora de justicia durante la Colonia— había definido la locura como un obstáculo jurídico fundamental: la incapacidad para dar consentimiento válido.

El canon 1095 del Código de Derecho Canónico (1983) establece que son incapaces de contraer matrimonio:

Quienes carecen de suficiente uso de razón;

Quienes padecen un grave defecto de discreción de juicio;

Quienes no pueden asumir las obligaciones esenciales del matrimonio por causas de naturaleza psíquica.

Aunque la redacción es moderna, su raíz es mucho más antigua. En el derecho romano, el furiosus era incapaz de contratar porque no se entendía dueño de sí mismo. La Iglesia heredó esa figura y, durante siglos, la consolidó con un lenguaje teológico: el “demente” o “furioso” no podía casarse porque carecía de razón, y sin razón no había libertad, y sin libertad no podía haber consentimiento.

Víctor Gómez (2005) recuerda que en la jurisprudencia canónica se hablaba incluso de “momentos lúcidos”, en los cuales un loco podía considerarse temporalmente capaz de contraer matrimonio. Esta idea muestra hasta qué punto el derecho eclesiástico concebía la locura no como un continuo de salud mental, sino como una ausencia total o parcial de razón que invalidaba actos jurídicos.

La genealogía foucaultiana revela aquí un punto clave: lo que en apariencia era protección (evitar que alguien incapaz quedara atado a un contrato indisoluble) también era exclusión. El loco no era sujeto de derecho, sino un ser sin voz en la comunidad matrimonial. La paradoja reaparece más tarde en el Código Penal colombiano: el inimputable es inocente, pero no ciudadano pleno.

El peso del discurso religioso en Colombia no se limitó al derecho canónico. Durante la Colonia y buena parte del siglo XIX, la locura fue interpretada en clave espiritual: posesión demoníaca, castigo divino, pérdida del alma. Esta concepción marcó profundamente tanto las prácticas sociales como los propios delirios de los enfermos.

Un estudio contemporáneo sobre la influencia del discurso religioso en las alucinaciones muestra cómo muchos pacientes psicóticos, incluso hoy, presentan delirios de carácter místico: sentirse enviados de Dios, perseguidos por el demonio, poseídos por fuerzas sobrenaturales (Aguirre Suárez, 2024). Esto no es casualidad: los delirios son, en parte, productos culturales. La religiosidad católica en Colombia funcionó como un guion simbólico que dio forma a la experiencia de la locura.

Durante siglos, los sacerdotes fueron los primeros “psiquiatras”: administraban confesiones, exorcismos, penitencias. Lo que más tarde sería diagnosticado como esquizofrenia era, entonces, posesión o tentación diabólica. Y la respuesta no era tratamiento, sino disciplina espiritual.

La genealogía muestra cómo esta matriz religiosa no desaparece, sino que se transforma: lo que ayer fue exorcismo, hoy es diagnóstico; lo que ayer fue pecado, hoy es trastorno; lo que ayer fue confesión, hoy es peritaje psiquiátrico. El gesto de controlar la diferencia, sin embargo, permanece intacto.

El Discurso Médico-Jurídico de la Degeneración

A finales del siglo XIX y comienzos del XX, Colombia importó con entusiasmo las teorías de la degeneración elaboradas en Europa. Desde Francia e Italia llegaron las ideas de Bénédict Morel, Cesare Lombroso y Max Nordau, que concebían la locura no solo como enfermedad individual, sino como signo de decadencia biológica, racial y moral de pueblos enteros.

El loco ya no era únicamente un pecador que debía ser exorcizado ni un incapaz que no podía consentir: era un degenerado que amenazaba la salud de la nación. La genealogía muestra aquí un desplazamiento significativo: la religión que culpaba al demonio cedió el lugar a la ciencia que culpaba a la herencia y la biología.

Un estudio sobre los estigmas de degeneración atribuidos a la locura en Colombia a finales del XIX y principios del XX muestra cómo médicos y juristas locales adoptaron esa mirada positivista para legitimar nuevas prácticas de exclusión. El discurso médico-jurídico decía perseguir la objetividad científica, pero en realidad sirvió para reproducir viejas jerarquías sociales y raciales.

En los tratados médicos de la época, los pueblos indígenas, afrodescendientes y mestizos pobres eran considerados especialmente propensos a la locura degenerativa. Se afirmaba que la mezcla racial producía taras biológicas que se manifestaban en alcoholismo, criminalidad y enfermedad mental. El diagnóstico se mezclaba con el prejuicio social: la locura se convirtió en etiqueta para justificar políticas de control de poblaciones marginadas. El símil era biológico: así como una planta enferma debía podarse para salvar el jardín, el loco degenerado debía ser aislado para proteger la sociedad. El discurso médico introdujo la metáfora de la higiene social: la locura era suciedad que contaminaba el cuerpo de la nación.

En este contexto, los manicomios colombianos de finales del XIX y comienzos del XX se convirtieron en laboratorios sociales. No solo encerraban a los locos, sino que producían estadísticas, informes médicos y clasificaciones. El enfermo mental era contado, medido, fotografiado: convertido en dato científico.

Lo irónico es que, bajo la apariencia de ciencia, el encierro continuaba siendo la respuesta principal. Si en la Colonia el exorcismo aislaba al poseído, ahora el diagnóstico científico legitimaba el mismo gesto: apartar al loco de la comunidad, aunque esta vez en nombre del progreso y la civilización.

La influencia del positivismo criminológico italiano (Lombroso) fue decisiva. El delincuente loco era visto como un “criminal nato”, incapaz de rehabilitación. El derecho penal colombiano comenzó a incorporar la idea de que ciertos sujetos no podían ser responsabilizados porque estaban biológicamente determinados por su degeneración.

Así, la inimputabilidad dejó de ser solo incapacidad de comprender y se convirtió en marcador de peligrosidad hereditaria. El loco era inocente, pero su inocencia no significaba libertad, sino mayor vigilancia. La medicina y el derecho coincidían en la misma conclusión: el loco debía ser encerrado, no tanto para curarse, sino para que no contaminara a la sociedad.

A primera vista, la adopción del discurso de la degeneración parecía un avance científico frente a la visión religiosa medieval. Sin embargo, la genealogía revela la ironía: lo que cambió fue el vocabulario, no la práctica. Se pasó de hablar de demonios a hablar de taras hereditarias, de almas perdidas a cerebros degenerados, de exorcismos a internamientos médicos. Pero en todos los casos, el resultado fue el mismo: el encierro como solución privilegiada.

En Colombia, el positivismo médico-jurídico convivió con el catolicismo dominante, generando una doble legitimación: el loco era, a la vez, un peligro espiritual y una amenaza

biológica. Esa alianza de discursos fortaleció la idea de que la locura debía ser administrada, nunca escuchada.

La genealogía foucaultiana nos obliga a observar que, aunque los vocabularios cambien, los gestos de exclusión permanecen. En el caso colombiano, la tríada religión-ciencia-derecho construyó un dispositivo de poder que, con distintos matices, siempre condujo al mismo destino: el encierro del loco. Durante la Colonia, la locura era pecado o posesión demoníaca. La cura era espiritual: exorcismos, penitencias, encierros en conventos. A finales del XIX, la modernidad médica reconfiguró esa mirada: lo que antes era posesión se convirtió en degeneración biológica, y el exorcismo cedió paso al manicomio.

La diferencia es solo de lenguaje. En ambos casos, el loco no era escuchado como sujeto de derechos, sino administrado como objeto de control. Lo que en el siglo XVII era un alma desviada, en el XIX era un cerebro degenerado, y en el XXI es un inimputable sometido a medidas de seguridad.

El Código Penal colombiano, inspirado en las doctrinas positivistas, consolidó la figura de la inimputabilidad. El artículo 33 de la Ley 599 de 2000 aún conserva la huella de esos discursos: declara inimputable a quien no pueda comprender la ilicitud de su acto por trastorno mental o inmadurez psicológica.

Lo paradójico es que, mientras se proclama la protección de la dignidad del inimputable, en la práctica se reproducen lógicas de exclusión. Como señalan Montoya Román et al. (2016), las medidas de seguridad suelen convertirse en encierros prolongados, muchas veces en establecimientos carcelarios sin condiciones terapéuticas. La genealogía nos revela que el vocabulario de los derechos humanos coexiste con prácticas disciplinarias heredadas del manicomio y la prisión.

Aunque el discurso médico ha ganado hegemonía, lo religioso no ha desaparecido. Persisten creencias sociales que vinculan la locura con posesión, castigo divino o maldición familiar. Los delirios religiosos siguen siendo frecuentes en pacientes psicóticos (Aguirre Suárez, 2024), mostrando que el imaginario cultural todavía moldea la experiencia subjetiva de la locura.

Al mismo tiempo, los viejos discursos de la degeneración reaparecen bajo nuevos ropajes: hoy se habla de predisposición genética, vulnerabilidad biológica o riesgo hereditario. La metáfora de la “taras” se actualiza en la idea de “trastornos del neurodesarrollo”, que a menudo funcionan como etiquetas de exclusión más que como puertas de acceso a derechos.

La genealogía colombiana de la locura se caracteriza por una constante: la confusión entre cuidado y castigo. La religión decía salvar el alma, pero aislaba al poseído. La medicina decía curar al degenerado, pero lo encerraba en manicomios. El derecho dice proteger al inimputable, pero lo recluye en medidas de seguridad indefinidas.

La antítesis es brutal: lo que se anuncia como cuidado se practica como neutralización; lo que se presenta como protección opera como exclusión. Así, la historia de la locura en Colombia parece un círculo vicioso: cada época inventa un nuevo lenguaje para justificar el mismo gesto de encierro.

Toda sociedad necesita definir sus fronteras: quién pertenece a la comunidad de los racionales y quién será arrojado a la periferia de lo irracional. Colombia no ha sido excepción. Pero lo peculiar —y a la vez inquietante— es que esa frontera nunca ha sido establecida únicamente por criterios médicos, como si la locura fuera una condición natural y universal. No: en nuestro caso, ha sido el resultado de una compleja alianza entre religión, ciencia y derecho, cada una aportando sus categorías, sus rituales y sus instituciones.

La genealogía foucaultiana ofrece la herramienta adecuada para examinar esta trama. Frente a las historias lineales que hablan de un progreso en la humanización del tratamiento de los “locos”, la genealogía recuerda que lo que solemos llamar “avances” no son otra cosa que transformaciones de las mismas prácticas de exclusión. El exorcismo colonial, el diagnóstico de degeneración positivista y la inimputabilidad penal contemporánea comparten un gesto idéntico: encerrar, neutralizar, administrar.

La tesis que defenderé en este ensayo es clara:

En Colombia, el concepto jurídico de locura no puede entenderse como mera categoría clínica, sino como producto de una alianza histórica entre religión, ciencia y derecho que, bajo la promesa de protección, ha reproducido prácticas de exclusión y encierro.

Para sostener esta tesis, desarrollaré cuatro argumentos principales:

La religión como matriz originaria de exclusión. Durante la Colonia, la Iglesia definió la locura como pecado o posesión demoníaca. El derecho canónico, heredero del derecho romano, configuró al “furioso” como incapaz de consentir, privándolo de plena ciudadanía incluso en el matrimonio (canon 1095).

La ciencia de la degeneración como legitimación moderna. A finales del siglo XIX, el positivismo médico-jurídico importado de Europa convirtió al loco en “degenerado”, justificando su encierro en manicomios con el lenguaje de la higiene social. Lo que antes era demonio ahora era biología defectuosa, pero la consecuencia era idéntica: exclusión.

El derecho penal contemporáneo como heredero. El artículo 33 del Código Penal (Ley 599 de 2000) declara inimputable al loco, liberándolo del castigo, pero sometiéndolo a medidas de seguridad indefinidas. La jurisprudencia insiste en la dignidad humana, pero en la práctica los

inimputables terminan en cárceles o hospitales-prisión. La paradoja es evidente: inocentes, pero nunca libres.

La literatura y la cultura como contrarrelato. Frente a estos discursos disciplinarios, la literatura ha hecho de la locura un lugar de crítica y lucidez: Don Quijote como visionario, la Nave de los locos de Peri Rossi como metáfora de la humanidad errante. Mientras el derecho silencia, el arte amplifica.

La conclusión que se desprenderá es que la locura en Colombia no es un problema de individuos enfermos, sino un espejo que refleja los temores, prejuicios y contradicciones de nuestra racionalidad colectiva. El derecho, lejos de ser neutral, ha operado como engranaje de un dispositivo de poder que combina exorcismo, diagnóstico y sentencia en un mismo acto de exclusión.

El desafío, por tanto, es filosófico y político: imaginar un derecho que no traduzca la diferencia en incapacidad, que no confunda cuidado con castigo, que no tema a la locura como amenaza, sino que la reconozca como una forma legítima de habitar la diferencia.

Si algo distingue la experiencia colonial de la locura en Colombia es que no fue concebida, en primera instancia, como una enfermedad natural. Fue entendida como un desorden espiritual. Quien deliraba o tenía visiones no era diagnosticado como esquizofrénico, sino señalado como poseído por fuerzas demoníacas. La Iglesia, mediadora absoluta entre lo humano y lo divino, se erigió en árbitro de lo que debía considerarse cordura o locura.

En este contexto, la locura no era un fenómeno neutral: era una transgresión moral. El loco era simultáneamente víctima y culpable. Víctima porque había sido atacado por el demonio; culpable porque ese ataque se entendía como castigo por pecados propios o familiares. En ambos casos, el tratamiento era religioso: penitencias, exorcismos, aislamiento en conventos.

Aquí se vislumbra la primera ironía genealógica: lo que se presentaba como cuidado del alma era, en realidad, un mecanismo de control social. El loco era aislado no porque se buscará comprender su sufrimiento, sino porque encarnaba un desorden que amenazaba el orden moral y político de la comunidad.

El derecho canónico formalizó esta visión espiritual en categorías jurídicas. El canon 1095 del Código de Derecho Canónico establece que son incapaces de contraer matrimonio quienes carezcan de suficiente uso de razón, quienes sufran un grave defecto de discreción de juicio o quienes no puedan asumir las obligaciones esenciales del matrimonio por causas psíquicas.

Aunque esta redacción es moderna, su raíz es antiquísima. Desde el derecho romano, el furiosus fue considerado incapaz de celebrar contratos porque no era “dueño de sí”. La Iglesia heredó esta noción y la tradujo en clave teológica: sin razón, no hay libertad; sin libertad, no hay consentimiento válido.

En consecuencia, el loco no podía casarse, no podía comprometerse en alianza sagrada, no podía ser parte plena de la comunidad sacramental. Se le reconocía la humanidad suficiente para recibir sacramentos como el bautismo o la extremaunción, pero no la dignidad para ser esposo o esposa en igualdad de condiciones.

El acto jurídico por excelencia —el consentimiento matrimonial— le era vedado. No porque fuera peligroso, sino porque carecía de la racionalidad mínima para comprometerse. Esta exclusión muestra un patrón que se repetirá en la historia colombiana: el loco es inocente, pero también incapaz; protegido, pero despojado de agencia.

El discurso religioso no solo definió al loco como incapaz, sino que moldeó la forma misma en que se expresaba su locura. Estudios contemporáneos muestran cómo muchos

pacientes psicóticos en Colombia presentan alucinaciones y delirios de contenido religioso: creen ser enviados de Dios, víctimas del demonio o encarnaciones de santos (Aguirre Suárez, 2024).

Este fenómeno revela la fuerza del imaginario cultural: el loco hablaba en los códigos que la religión le ofrecía. Pero esa voz delirante nunca fue reconocida como testimonio legítimo, sino como confirmación de su posesión. Así, la locura se convertía en autorrefuerzo del poder religioso: cuanto más deliraba el paciente en términos religiosos, más necesitaba la intervención de la Iglesia.

Foucault (1967/2006) lo planteó con crudeza: la locura no habla por sí misma, sino a través de los discursos que la encierran. En Colombia, durante siglos, ese discurso fue el teológico.

En la lógica colonial, el loco ocupaba un lugar liminal. No era plenamente ciudadano, pero tampoco completamente excluido. Se le reconocía como criatura de Dios, pero su capacidad jurídica y espiritual era siempre sospechosa. En los juicios de nulidad matrimonial, por ejemplo, la categoría de “furioso” servía para invalidar un contrato, incluso si el loco había dado su consentimiento en un “momento lúcido”.

El loco era, pues, un sujeto de excepción: ni totalmente dentro ni totalmente fuera. La genealogía muestra que esta ambigüedad será heredada por el derecho penal colombiano, donde el inimputable es simultáneamente irresponsable y peligroso, inocente y objeto de medidas de seguridad.

¿Qué significa, filosóficamente, que el loco haya sido definido como incapaz? En términos foucaultianos, significa que la locura no fue reconocida como una forma distinta de razón, sino como su negación absoluta. El derecho canónico operó bajo una ontología binaria: o se tiene razón y se es sujeto, o se carece de ella y se es incapaz.

Esta lógica niega la posibilidad de pensar en la locura como otro modo de racionalidad. Al reducirla a ausencia, clausura el espacio para cualquier diálogo. El loco no puede consentir porque no comprende; no comprende porque no razona; no razona porque está poseído. Todo el círculo se cierra, y la exclusión queda justificada.

Si durante la Colonia el loco fue visto como un poseso o un pecador, a finales del siglo XIX la naciente república adoptó un nuevo lenguaje para referirse a la misma diferencia: el de la ciencia positivista. Los médicos colombianos, formados en Europa o inspirados en manuales franceses e italianos, comenzaron a interpretar la locura no como castigo divino, sino como signo de degeneración biológica y racial.

El cambio parece radical: de demonios a neuronas, de exorcismos a diagnósticos. Pero la genealogía foucaultiana nos recuerda que, en realidad, se trató de un desplazamiento en la superficie discursiva. El gesto de exclusión persistió intacto. El loco siguió siendo objeto de encierro, solo que ahora en nombre de la higiene social y el progreso científico.

El discurso de la degeneración llegó a Colombia de la mano de autores como Bénédict Morel y Cesare Lombroso. Según ellos, la locura no era solo una enfermedad individual, sino el síntoma de una herencia corrupta, un defecto transmitido de generación en generación. El criminal, el alcohólico, el epiléptico y el loco eran vistos como parte de una misma constelación de taras biológicas.

En Colombia, este discurso encontró terreno fértil. A finales del XIX, la élite ilustrada estaba obsesionada con la construcción de una “nación civilizada” que pudiera medirse con Europa. Y para esa élite, los pueblos indígenas, afrodescendientes y mestizos pobres eran percibidos como obstáculo para la modernidad. El positivismo médico-jurídico ofreció un

vocabulario perfecto para disfrazar el prejuicio racial de diagnóstico científico: los “otros” eran degenerados, biológicamente inclinados a la locura, la criminalidad y el atraso.

Locura, Raza y Clase

Los tratados médicos y jurídicos colombianos de finales del XIX y principios del XX muestran un patrón inquietante: la locura se racializó y se socializó. Los diagnósticos de degeneración no recaían de manera uniforme sobre toda la población, sino especialmente sobre los sectores marginados: indígenas, afrodescendientes, campesinos pobres, mujeres rebeldes.

La ironía era evidente: los locos “peligrosos” eran casi siempre los pobres; los locos “dóciles” eran los de familias acomodadas, tratados con mayor indulgencia. El manicomio y el hospital psiquiátrico se convirtieron así en dispositivos de control social, donde la biología servía como coartada para disciplinar la diferencia cultural y económica.

En este sentido, la locura en Colombia no se entendía solo como enfermedad, sino como metáfora del atraso social. Ser loco equivalía, muchas veces, a no encajar en el modelo de ciudadano racional, blanco y urbano que las élites querían construir.

Instituciones como el Hospital San Juan de Dios en Bogotá y otros asilos provinciales se transformaron en espacios de encierro masivo. Allí no solo se recluía a enfermos mentales, sino también a alcohólicos, vagabundos, prostitutas, mendigos y, en general, a cualquiera que desafiara el orden social.

Estos manicomios funcionaban como verdaderos laboratorios: clasificaban a los internos, producían estadísticas, elaboraban informes médicos que luego alimentaban debates legales. El loco dejaba de ser una persona con voz propia para convertirse en dato científico, un número en las tablas de la degeneración nacional. La paradoja era que, bajo la retórica del progreso y la

modernidad, se repetía el mismo gesto colonial: encerrar al diferente, silenciarlo, convertirlo en objeto de estudio más que en sujeto de derechos.

El derecho penal colombiano de principios del siglo XX comenzó a reflejar esta visión médica. Inspirado en la criminología positivista de Lombroso, veía al delincuente loco como un “criminal nato”, incapaz de rehabilitación. El Código Penal y la jurisprudencia empezaron a incorporar la noción de peligrosidad: no bastaba con juzgar los actos cometidos; había que considerar la predisposición biológica del sujeto. De este modo, el loco era declarado inimputable, pero no por compasión, sino por ser incorregible. Su encierro se justificaba como protección social más que como terapia.

En Colombia, esta idea se tradujo en una política ambivalente: al mismo tiempo que se declaraba inocente al loco por falta de razón, se lo trataba como un riesgo permanente que debía ser aislado. Una vez más, la exoneración jurídica se convertía en condena social.

Desde un punto de vista filosófico, la importación de la teoría de la degeneración muestra la forma en que Colombia internalizó una visión profundamente ambigua de la modernidad. La ciencia positivista prometía progreso, pero lo hacía sobre la base de la exclusión. La locura, racializada y clasista, se convirtió en un signo de lo que debía ser corregido o eliminado para que la nación avanzara.

Aquí se vislumbra una antítesis poderosa: mientras Europa usaba la degeneración para justificar la higiene social en sociedades industrializadas, en Colombia esa teoría se aplicó a una república fragmentada, donde el estigma recaía sobre los sectores que encarnaban la diversidad étnica y cultural. El resultado fue doblemente violento: se patologizó la diferencia y se naturalizó la exclusión.

Si durante la Colonia el loco fue visto como un poseso o un pecador, a finales del siglo XIX la naciente república adoptó un nuevo lenguaje para referirse a la misma diferencia: el de la ciencia positivista. Los médicos colombianos, formados en Europa o inspirados en manuales franceses e italianos, comenzaron a interpretar la locura no como castigo divino, sino como signo de degeneración biológica y racial.

El cambio parece radical: de demonios a neuronas, de exorcismos a diagnósticos. Pero la genealogía foucaultiana nos recuerda que, en realidad, se trató de un desplazamiento en la superficie discursiva. El gesto de exclusión persistió intacto. El loco siguió siendo objeto de encierro, solo que ahora en nombre de la higiene social y el progreso científico.

El discurso de la degeneración llegó a Colombia de la mano de autores como Bénédict Morel y Cesare Lombroso. Según ellos, la locura no era solo una enfermedad individual, sino el síntoma de una herencia corrupta, un defecto transmitido de generación en generación. El criminal, el alcohólico, el epiléptico y el loco eran vistos como parte de una misma constelación de taras biológicas.

En Colombia, este discurso encontró terreno fértil. A finales del XIX, la élite ilustrada estaba obsesionada con la construcción de una “nación civilizada” que pudiera medirse con Europa. Y para esa élite, los pueblos indígenas, afrodescendientes y mestizos pobres eran percibidos como obstáculo para la modernidad. El positivismo médico-jurídico ofreció un vocabulario perfecto para disfrazar el prejuicio racial de diagnóstico científico: los “otros” eran degenerados, biológicamente inclinados a la locura, la criminalidad y el atraso.

Los tratados médicos y jurídicos colombianos de finales del XIX y principios del XX muestran un patrón inquietante: la locura se racializó y se socializó. Los diagnósticos de

degeneración no recaían de manera uniforme sobre toda la población, sino especialmente sobre los sectores marginados: indígenas, afrodescendientes, campesinos pobres, mujeres rebeldes.

La ironía era evidente: los locos “peligrosos” eran casi siempre los pobres; los locos “dóciles” eran los de familias acomodadas, tratados con mayor indulgencia. El manicomio y el hospital psiquiátrico se convirtieron así en dispositivos de control social, donde la biología servía como coartada para disciplinar la diferencia cultural y económica.

En este sentido, la locura en Colombia no se entendía solo como enfermedad, sino como metáfora del atraso social. Ser loco equivalía, muchas veces, a no encajar en el modelo de ciudadano racional, blanco y urbano que las élites querían construir.

Instituciones como el Hospital San Juan de Dios en Bogotá y otros asilos provinciales se transformaron en espacios de encierro masivo. Allí no solo se recluía a enfermos mentales, sino también a alcohólicos, vagabundos, prostitutas, mendigos y, en general, a cualquiera que desafiara el orden social.

Estos manicomios funcionaban como verdaderos laboratorios: clasificaban a los internos, producían estadísticas, elaboraban informes médicos que luego alimentaban debates legales. El loco dejaba de ser una persona con voz propia para convertirse en dato científico, un número en las tablas de la degeneración nacional.

La paradoja era que, bajo la retórica del progreso y la modernidad, se repetía el mismo gesto colonial: encerrar al diferente, silenciarlo, convertirlo en objeto de estudio más que en sujeto de derechos.

El derecho penal colombiano de principios del siglo XX comenzó a reflejar esta visión médica. Inspirado en la criminología positivista de Lombroso, veía al delincuente loco como un “criminal nato”, incapaz de rehabilitación.

El Código Penal y la jurisprudencia empezaron a incorporar la noción de peligrosidad: no bastaba con juzgar los actos cometidos; había que considerar la predisposición biológica del sujeto. De este modo, el loco era declarado inimputable, pero no por compasión, sino por ser incorregible. Su encierro se justificaba como protección social más que como terapia.

En Colombia, esta idea se tradujo en una política ambivalente: al mismo tiempo que se declaraba inocente al loco por falta de razón, se lo trataba como un riesgo permanente que debía ser aislado. Una vez más, la exoneración jurídica se convertía en condena social.

Desde un punto de vista filosófico, la importación de la teoría de la degeneración muestra la forma en que Colombia internalizó una visión profundamente ambigua de la modernidad. La ciencia positivista prometía progreso, pero lo hacía sobre la base de la exclusión. La locura, racializada y clasista, se convirtió en un signo de lo que debía ser corregido o eliminado para que la nación avanzara.

Aquí se vislumbra una antítesis poderosa: mientras Europa usaba la degeneración para justificar la higiene social en sociedades industrializadas, en Colombia esa teoría se aplicó a una república fragmentada, donde el estigma recaía sobre los sectores que encarnaban la diversidad étnica y cultural. El resultado fue doblemente violento: se patologizó la diferencia y se naturalizó la exclusión.

Si en la Colonia el loco fue incapaz espiritual y en el siglo XIX degenerado biológico, en el siglo XX y XXI el derecho penal colombiano lo convirtió en inimputable. Esta figura jurídica parece, en apariencia, un avance: ya no se castiga al enfermo mental, sino que se lo exime de responsabilidad. Pero la genealogía nos enseña a sospechar de los discursos que se presentan como progresistas: la inimputabilidad no es liberación, sino otra forma de exclusión.

El artículo 33 del Código Penal colombiano (Ley 599 de 2000) establece que es inimputable quien, por inmadurez psicológica o trastorno mental, no pueda comprender la ilicitud de su conducta o determinarse de acuerdo con esa comprensión. La norma parece protectora, pero encierra una paradoja: el inimputable no es culpable, pero tampoco libre. Se le aplican medidas de seguridad que, en la práctica, equivalen a un castigo indefinido.

El discurso oficial insiste en que las medidas de seguridad no son penas, sino tratamientos. Sin embargo, en la realidad colombiana, estas medidas suelen cumplirse en cárceles o instituciones psiquiátricas sin condiciones terapéuticas (Montoya Román et al., 2016).

El resultado es un oxímoron jurídico: el inimputable es inocente, pero tratado como delincuente; es protegido, pero encerrado; es declarado sujeto de derechos, pero privado de libertad por tiempo indefinido.

La ironía es evidente: lo que se proclama como humanización del derecho penal se convierte en una sofisticada forma de neutralización. La inocencia no libera; condena.

La lógica subyacente a la inimputabilidad es la noción de peligrosidad. El loco no es castigado por lo que hizo, sino encerrado por lo que podría hacer. El derecho penal colombiano, influenciado por el positivismo criminológico, asume que el inimputable es un riesgo latente para la sociedad.

Esto supone un giro radical en la filosofía del castigo: mientras el derecho clásico castigaba actos, el derecho contemporáneo encierra sujetos por su condición. No se sanciona la acción, sino la existencia. El inimputable, como antes el poseso o el degenerado, encarna una amenaza abstracta que justifica su confinamiento. La Corte Constitucional colombiana ha intentado matizar esta situación. En varias sentencias, ha recordado que las medidas de seguridad deben tener carácter terapéutico y respetar la dignidad humana. Sin embargo, en la práctica, estas

declaraciones se topan con la precariedad institucional: falta de infraestructura, ausencia de programas de reintegración, carencia de personal especializado.

La genealogía revela aquí una tensión estructural: el discurso de los derechos humanos coexiste con prácticas disciplinarias heredadas del manicomio y la cárcel. La Corte puede proclamar la dignidad del inimputable, pero mientras el sistema lo recluya en hospitales-prisión sin tratamiento real, la exclusión seguirá intacta. La figura del inimputable ilustra con nitidez el concepto foucaultiano de sujeto de excepción. El inimputable está dentro del derecho —es mencionado, regulado, clasificado—, pero al mismo tiempo está fuera de él: no es plenamente responsable, no goza de las mismas garantías que los demás ciudadanos, no tiene control sobre su destino procesal.

El derecho colombiano lo reconoce para excluirlo. Le otorga un lugar en el código, pero ese lugar es el de la marginalidad controlada. Así, la inimputabilidad se convierte en el eslabón más reciente de una cadena que va del exorcismo colonial al diagnóstico positivista.

Filosóficamente, la figura de la inimputabilidad encarna la contradicción central del derecho colombiano frente a la locura: oscila entre la compasión y el miedo. Declara no castigar al enfermo, pero lo encierra por temor a su peligrosidad. Se proclama protector, pero actúa como neutralizador.

La genealogía foucaultiana obliga a reconocer esta ironía: el derecho penal, en su afán de ser racional y humanista, termina reproduciendo la misma irracionalidad que atribuye al loco. Proclama que encierra por cuidado, pero lo hace por miedo; declara que protege, pero abandona; afirma que libera, pero neutraliza.

La Construcción Genealógica en la Historia de Colombia de la Salud Mental como Tabú

Hablar de salud mental en Colombia es entrar en un territorio plagado de silencios, metáforas y eufemismos. La sociedad la nombra como si se tratara de un asunto técnico, clínico o jurídico; sin embargo, en la práctica, permanece como un tabú: algo de lo que se habla sin querer escucharlo, algo que se regula para no integrarlo. En ese sentido, la salud mental se asemeja a lo que Michel Foucault llamaba un “límite de la razón”, es decir, aquello que la cultura necesita excluir para sostener su propia normalidad (Foucault, 2006).

Este tabú no surge de un vacío. Es el producto de un largo proceso histórico de transformaciones y discontinuidades que han marcado la forma en que concebimos la locura, el desorden y la enfermedad mental. Siguiendo la metodología genealógica, lo que interesa no es encontrar un origen puro, sino reconstruir las capas de poder y saber que han convertido a la salud mental en un terreno prohibido. En palabras de Foucault (2002), la genealogía “no busca la verdad de los comienzos, sino las condiciones de posibilidad de lo que somos hoy”.

Así, el propósito de este capítulo es mostrar cómo en Colombia la salud mental se construyó como tabú a través de tres matrices discursivas: la religiosa, que entendió la locura como posesión o pecado; la científica, que la clasificó como degeneración o anormalidad biológica; y la jurídica, que la convirtió en incapacidad y en riesgo penal. Cada uno de estos regímenes no eliminó al anterior, sino que lo rearticuló en nuevas formas de exclusión. El resultado es un entramado en el que la salud mental se presenta como cuidado, pero funciona como frontera.

La pregunta, entonces, no es solo histórica, sino filosófica: ¿qué revela este tabú sobre nosotros como sociedad? ¿Por qué seguimos necesitando encerrar, silenciar o tutelar a quienes encarnan el límite de nuestra racionalidad? Esta genealogía intentará responder mostrando que el

tabú no habla de los locos, sino de la racionalidad misma que, en su afán de protegerse, produce sus propias zonas de sombra.

La Colonia: Pecado, Posesión y Exorcismo

En la genealogía de la salud mental en Colombia, el primer momento está marcado por el dominio del discurso religioso, donde la locura fue interpretada como pecado o como posesión demoníaca (Foucault, 2006). En esta época, la enfermedad mental no se concebía como un fenómeno clínico, sino como una señal espiritual de desviación, lo cual justificaba rituales de exclusión como el exorcismo o el confinamiento en conventos (Foucault, 2013). El tabú se construía en la medida en que el loco no podía hablar en primera persona, pues su voz era entendida como la del demonio que hablaba a través de él (Foucault, 2005).

El derecho canónico reforzó esta exclusión al establecer categorías jurídicas de incapacidad, donde el “furiosus” no podía consentir ni participar plenamente en actos civiles o sacramentales (Código de Derecho Canónico, 1983/2015). De este modo, la locura no era reconocida como una diferencia válida, sino como un límite espiritual y jurídico que debía ser tutelado, lo que consolida un tabú fundacional de la salud mental en el contexto colonial (Foucault, 2006).

En *Los anormales*, Foucault (2007) explica cómo en Europa los discursos religiosos y jurídicos se articularon para producir la figura del “monstruo” y del “anormal”, que en el caso colombiano fue traducida en el lenguaje del pecado y la incapacidad. El mismo gesto genealógico muestra que estos dispositivos no solo aislaban al loco, sino que lo convertían en objeto de administración institucional, negándole agencia y reduciéndolo a “cuerpo poseído” (Foucault, 2005).

En El nacimiento de la clínica, Foucault (2001) subraya que la mirada médica moderna aún no existía en este periodo, pero sí se estaban sentando las bases para que el cuerpo del loco pudiera ser observado y clasificado en el futuro. Así, el tabú religioso no fue eliminado, sino que dejó huellas en la forma en que luego la medicina y el derecho leerían la locura, siempre como signo de diferencia peligrosa (Foucault, 2001).

Por tanto, el primer eslabón del tabú de la salud mental en Colombia está en este entramado religioso-jurídico: un sistema que, bajo la retórica de la salvación y la tutela, instauró la exclusión como cuidado y el silencio como protección (Foucault, 2006).

En el siglo XIX, la salud mental en Colombia dejó de hablarse en términos de pecado y posesión, pero no perdió su condición de tabú, pues fue resignificada bajo el discurso científico positivista que introdujo la noción de degeneración hereditaria (Foucault, 2001). La psiquiatría francesa y la criminología italiana sostuvieron que la locura no era obra del demonio, sino el signo biológico de un linaje defectuoso, lo que trasladó la exclusión del ámbito espiritual al terreno médico-científico (Foucault, 2007).

Este cambio no significó una emancipación, sino un refinamiento del control. Como explica Foucault en Historia de la locura, la medicina del siglo XIX reorganizó el encierro y lo dotó de un nuevo ropaje, convirtiendo al manicomio en una institución de observación, clasificación y segregación (Foucault, 2006). En Colombia, esta lógica se materializó en hospitales psiquiátricos como el San Juan de Dios, que funcionaron como laboratorios sociales donde los pacientes eran reducidos a estadísticas y observaciones clínicas (Martínez & López, 2019).

La ciencia positivista añadió un componente racial y social al tabú. Gutiérrez (2017) muestra que médicos e intelectuales colombianos asociaron la locura con poblaciones indígenas,

afrodescendientes y mestizas, a quienes se describía como biológicamente propensas a la degeneración. En esta clave, la salud mental no se pensaba como un asunto individual, sino como metáfora del “atraso” nacional, reforzando la idea de que ciertos cuerpos eran naturalmente peligrosos (Foucault, 2005).

En *Los anormales*, Foucault (2007) señala que el discurso científico no elimina la figura del monstruo, sino que lo traduce en términos de “anormalidad”. El loco ya no era poseso, sino degenerado; pero seguía siendo el mismo sujeto sobre el que recaía el tabú: alguien que no podía participar de la ciudadanía plena porque encarnaba el riesgo de contaminación biológica y social.

El nacimiento de la clínica, como describe Foucault (2001), consolidó esta mirada objetiva: el loco pasó a ser un cuerpo que debía ser examinado, registrado y clasificado. En Colombia, este procedimiento se convirtió en la legitimación de un encierro con fines “curativos”, que en realidad prolongaba la exclusión bajo el sello de la ciencia (Gutiérrez, 2017).

En este contexto, el tabú de la salud mental adoptó la forma de un saber experto que, lejos de liberar al sujeto, lo volvió más prisionero de categorías médicas y raciales. Así, lo que parecía un avance científico fue, en realidad, una sofisticación del silencio impuesto a la locura (Foucault, 2006).

Para comprender la génesis del tabú jurídico en torno a la locura en Colombia, es necesario retroceder a la Colonia y reconocer que la primera alianza no fue entre derecho y ciencia, sino entre derecho y religión. El derecho canónico, al fundirse con las instituciones civiles, constituyó un entramado en el cual la locura era interpretada como desviación moral, signo de posesión demoníaca o castigo divino. La anormalidad mental no se trataba entonces como enfermedad, sino como amenaza espiritual que debía ser vigilada, exorcizada o, en última instancia, excluida del cuerpo social.

Foucault (2006) señaló que en Europa la “gran internación” del siglo XVII implicó una decisión de orden moral y político: confinar a los locos junto a vagabundos, libertinos y pobres, bajo la categoría de los “indeseables”. En la Nueva Granada, esta lógica encontró eco en la práctica colonial: los conventos funcionaron como proto-manicomios, pero con un añadido particular, el de la redención religiosa. La locura debía ser corregida a través del sufrimiento y la penitencia, lo cual justificaba su ocultamiento dentro de la vida familiar y su entrega a la disciplina clerical.

La paradoja es evidente: lo que se presentaba como cuidado pastoral operaba, en la práctica, como un dispositivo de exclusión. No se trataba de proteger al sujeto, sino de preservar el orden moral y social. La familia, por temor al estigma, reproducía el silencio; el derecho, en su forma canónica, legitimaba la incapacidad civil del “poseído”; y la Iglesia, en nombre de la salvación, instauraba las primeras prácticas de encierro.

Desde un punto de vista filosófico, este primer momento revela lo que Foucault (1992) llamaría la dimensión “genealógica” del tabú: la locura no es un hecho bruto, sino el efecto de una serie de luchas discursivas. Aquí la lucha no era entre médicos y jueces, sino entre lo divino y lo humano, entre el orden de Dios y la fragilidad del hombre. En ese cruce se instaló la primera capa del tabú colombiano, una capa que, aunque disfrazada de compasión, instauraba la exclusión como regla.

El siglo XIX introduce un giro decisivo: la ciencia médica se convierte en un nuevo régimen de verdad que reconfigura la manera en que se entiende la locura. Si en la Colonia el lenguaje dominante era el del pecado y la posesión, con la modernidad liberal y republicana comienza a imponerse el discurso del alienismo, nutrido por las teorías de degeneración y las políticas higienistas que circulaban desde Europa (Morel, 1857/1976; Lombroso, 1876/2006).

En Colombia, este tránsito no significó una ruptura radical con la matriz religiosa, sino más bien una sedimentación de discursos. Los médicos republicanos no abolieron el estigma espiritual, sino que lo recubrieron con un nuevo ropaje técnico: lo que antes era demonio se transformó en “degeneración hereditaria”; lo que antes era pecado, en “anormalidad patológica”. Como bien advierte Foucault (2006), la medicina moderna no tanto libera a la locura de su carga moral cuanto la reinscribe en un nuevo dispositivo de control, esta vez legitimado por la objetividad científica.

El manicomio se convirtió en el laboratorio de esta nueva racionalidad. No era sólo un espacio terapéutico, sino un observatorio social. Allí, a través de historias clínicas, clasificaciones y diagnósticos, se fabricaba al “loco” como sujeto de conocimiento y como objeto de control. La ciencia, en alianza con el derecho, ofrecía una solución “moderna” a un problema ancestral: ya no se trataba de expulsar al poseído, sino de institucionalizar al enfermo. Sin embargo, la lógica era la misma: exclusión bajo la apariencia de cuidado.

Desde un punto de vista filosófico, esta irrupción de la ciencia muestra la continuidad paradójica entre teología y biología. Ambos discursos, aunque aparentemente opuestos, convergen en la función de normalizar: lo que se sale del orden debe ser corregido, neutralizado o recluido. El derecho colombiano, que en el siglo XIX se nutría de ambas fuentes, incorporó esta racionalidad al codificar la incapacidad civil y al preparar el terreno para la inimputabilidad penal del siglo XX.

De este modo, el tabú de la locura en Colombia no se debilita con la modernidad científica: al contrario, se fortalece. La exclusión se hace más sofisticada, más burocrática, más “racional”. La ciencia, lejos de abrir un espacio de libertad, contribuye a perfeccionar el dispositivo de control iniciado por la religión y ahora legitimado por el derecho.

Si la religión proveyó la primera matriz de sentido y la ciencia médica introdujo el lenguaje de la patología, fue el derecho el que consolidó ambas narrativas en forma normativa. En Colombia, los códigos civiles y penales del siglo XIX y XX asumieron como natural la incapacidad de las personas diagnosticadas con “locura”, traduciéndola en pérdida de derechos civiles y en inimputabilidad penal.

La genealogía permite entender que esta traducción jurídica no fue neutra. No se trató de reconocer una condición médica, sino de inscribir en la legalidad la desconfianza social hacia la diferencia. El artículo 33 del Código Penal, por ejemplo, consagra la inimputabilidad de quienes padecen trastornos mentales, pero simultáneamente abre la puerta a medidas de seguridad que equivalen, en la práctica, a un encierro indefinido (Montoya Román, Umaña Celeita, Flórez Guzmán & Correa Garzón, 2016). Bajo la retórica de la protección, se consagra una suspensión de la libertad sin horizonte temporal.

La ironía foucaultiana es evidente: el derecho, que se presenta como garante de la dignidad humana, reproduce en realidad el gesto excluyente heredado de la religión y la ciencia. La incapacidad civil convierte al “loco” en menor de edad perpetuo; la inimputabilidad penal lo transforma en sujeto peligroso a neutralizar. Así, el derecho no sólo refleja el tabú social, sino que lo potencia al otorgarle fuerza coercitiva.

Este punto es crucial desde la filosofía política: el derecho, en lugar de corregir la estigmatización, se convierte en uno de sus principales dispositivos. Lo que podría haber sido un espacio de emancipación —el reconocimiento jurídico de derechos— deviene, por una torsión histórica, un mecanismo de exclusión. Tal es la paradoja colombiana: la ley protege excluyendo, ampara confinando, absuelve castigando.

Al incorporar los discursos religiosos y científicos, el derecho colombiano produce lo que Foucault (2002) llamaría una tecnología de poder: un conjunto de prácticas que no se limitan a prohibir, sino que fabrican subjetividades. El “inimputable” no es sólo un individuo diagnosticado: es una categoría jurídica que marca vidas, restringe trayectorias y perpetúa silencios.

El derecho colombiano, en su tratamiento de la locura, revela una de las paradojas más incisivas de la modernidad jurídica: la protección se convierte en forma de encierro. Al declarar inimputable al sujeto con trastorno mental, el Estado afirma que no puede responsabilizarlo penalmente; sin embargo, en el mismo gesto, lo somete a una privación de libertad que suele prolongarse indefinidamente bajo el nombre de “medida de seguridad”.

Foucault (2006) nos invita a leer esta paradoja como parte de una lógica más amplia: los dispositivos de poder no operan sólo reprimiendo, sino produciendo realidades. En este caso, el discurso protector no elimina la exclusión, sino que la perfecciona, al envolverla en una retórica humanitaria. El encierro del inimputable no se presenta como castigo, sino como cuidado; no como prisión, sino como hospital. Sin embargo, las condiciones materiales de muchos establecimientos psiquiátricos y carcelarios en Colombia desmienten esa retórica, mostrando que la frontera entre protección y castigo es, en realidad, ilusoria (Martínez & López, 2019).

La ironía histórica es amarga: el sujeto que debería ser más protegido —porque el derecho lo declara vulnerable— termina siendo uno de los más privados de agencia y libertad. En nombre de su incapacidad, se le priva de la voz; en nombre de su dignidad, se le encierra; en nombre de su inocencia, se le condena a una existencia entre rejas médicas o judiciales. La genealogía revela aquí el núcleo del tabú: la locura se convierte en algo de lo que no se habla en primera persona, porque se le niega al “loco” el derecho a narrarse.

Desde la filosofía, este punto exige una reflexión más amplia sobre el estatuto de la vulnerabilidad. ¿Es la vulnerabilidad una condición que justifica tutela absoluta, o debe pensarse como base para ampliar derechos? El modelo colombiano parece optar por la primera vía, con lo cual perpetúa la infantilización y la invisibilización. La genealogía foucaultiana nos permite invertir esa perspectiva: lo que aparece como cuidado paternalista debe ser desenmascarado como técnica de control.

El análisis foucaultiano de la biopolítica ofrece un marco indispensable para comprender el modo en que la locura es tratada en Colombia. A partir del siglo XVIII, recuerda Foucault (2007), el poder ya no se limita a castigar o prohibir, sino que se orienta a administrar la vida, regular la salud, controlar los riesgos y garantizar la productividad de la población. La locura, bajo esta óptica, no aparece como simple anomalía individual, sino como una amenaza para el cuerpo social que debe ser gestionada.

En este sentido, el tabú no se reduce a un problema cultural de estigmatización: es, ante todo, una tecnología de gobierno. El inimputable no es visto como persona con un padecimiento específico, sino como un factor de riesgo que debe ser neutralizado. De ahí que las medidas de seguridad se diseñen menos como espacios de terapia que como mecanismos de contención. El “loco” se convierte en un número en las estadísticas de peligrosidad, en un caso clínico que legitima la existencia de instituciones de encierro.

La biopolítica, sin embargo, introduce una paradoja: al mismo tiempo que pretende proteger la vida, produce exclusiones radicales. El “cuidado” se traduce en vigilancia, y la “protección” en confinamiento. Como advierte Esposito (2009), la lógica inmunitaria de la modernidad implica sacrificar ciertas vidas en nombre de la preservación del conjunto. En

Colombia, la locura ha sido tratada como esa “vida sacrificable”: se le otorgan garantías jurídicas en el discurso, pero se le confina en la práctica.

Este punto resulta crucial desde la filosofía política: la locura no es sólo un objeto médico, sino un campo de ejercicio de soberanía y biopolítica. El Estado, al declarar inimputable al sujeto, no sólo suspende su responsabilidad, sino que administra su existencia. Decide dónde vive, cómo recibe tratamiento, cuándo —si alguna vez— puede recuperar la libertad. La genealogía muestra que detrás del tabú hay una economía política de la vida que convierte al sujeto en recurso gestionable.

Si la religión, la ciencia y el derecho construyeron la arquitectura del tabú, los medios de comunicación se encargaron de darle carne y sangre en la imaginación colectiva. En Colombia, los periódicos, noticieros y hasta telenovelas han retratado la locura de dos formas recurrentes: como espectáculo y como amenaza. Estas representaciones, más que simples anécdotas culturales, forman parte de lo que Foucault (1980) llamaría un régimen de verdad: un conjunto de prácticas discursivas que determinan qué puede decirse y creerse sobre la locura.

Las noticias policiales, por ejemplo, suelen enfatizar la peligrosidad del “enfermo mental” cuando aparece vinculado a un delito, reforzando la percepción social de que la locura es sinónimo de violencia. De igual modo, los programas de entretenimiento tienden a caricaturizarla, reduciéndola a gestos extravagantes o a personajes excéntricos. En ambos casos, se produce una antítesis brutal: la locura es o un peligro latente, o un espectáculo risible. Lo que queda fuera de escena es la experiencia real del sufrimiento psíquico y la humanidad concreta de quienes lo padecen.

La genealogía permite ver que este discurso mediático no es accidental, sino funcional. Al reforzar el miedo social, legitima las políticas de encierro; al banalizar la diferencia, oculta la

necesidad de políticas de inclusión. El medio no sólo refleja prejuicios, sino que los produce activamente. Como bien advierte Martín-Barbero (2003), en América Latina los medios son mediadores privilegiados de la cultura política: más que informar, moldean las percepciones colectivas.

En consecuencia, el tabú colombiano sobre la locura no se mantiene únicamente por normas jurídicas o diagnósticos médicos, sino también por imágenes, titulares y narrativas que circulan cotidianamente. El resultado es un círculo vicioso: el miedo social justifica el encierro, el encierro confirma el estigma, y el estigma vuelve a alimentar el miedo. La filosofía crítica, en este punto, debe preguntarse: ¿qué posibilidades de ruptura existen cuando la cultura misma se convierte en vehículo del tabú?

Si la Iglesia, la ciencia, el derecho y los medios construyen la arquitectura pública del tabú, la familia se encarga de reproducirlo en lo íntimo, en lo cotidiano. En Colombia, el “loco” rara vez es exhibido: se le oculta, se le silencia, se le envía lejos “para no dar qué hablar”. El hogar, que debería ser refugio, se convierte con frecuencia en celda invisible.

Desde la perspectiva foucaultiana, la familia es un micro dispositivo de poder: no sólo transmite afecto, sino también normas, prohibiciones y silencios. Foucault (2002) ya había mostrado cómo en la modernidad la familia se convierte en un engranaje fundamental en la disciplina de los cuerpos y las conductas. En el caso colombiano, el tabú sobre la locura encuentra aquí un terreno fértil: el miedo al estigma social lleva a las familias a ocultar la enfermedad mental, perpetuando así el silencio colectivo.

La ironía es devastadora: el círculo más cercano, aquel que debería sostener, muchas veces se transforma en reproductor del estigma. No lo hace por maldad explícita, sino por miedo: miedo al qué dirán, miedo a la exclusión social, miedo a la vergüenza pública. Así, la familia

participa en la administración biopolítica de la locura, no como institución estatal, sino como extensión cultural de los dispositivos de poder.

El filósofo Paul Ricoeur (2000) sugiere que el olvido puede ser activo: se decide no recordar, no nombrar. En el caso de la locura, el silencio familiar funciona como un olvido activo que busca proteger el honor, pero que termina borrando la subjetividad del enfermo. Lo no dicho se convierte en condena. La genealogía revela aquí una nueva capa del tabú: la exclusión no se impone sólo desde las instituciones, sino también desde la intimidad del hogar.

Esta dimensión muestra que el tabú no es únicamente jurídico o médico, sino cultural en el sentido más profundo: afecta las redes de parentesco, las narrativas familiares, los ritos de sociabilidad. Derribarlo, entonces, no requiere únicamente reformas legales, sino transformaciones en la manera en que entendemos la dignidad en lo cotidiano.

La figura jurídica del inimputable condensa, como en un prisma, todas las capas históricas que han configurado el tabú colombiano sobre la locura. En ella se cruzan la teología de la culpa, la psiquiatría de la patología, el derecho de la incapacidad y la cultura del miedo. Declarar a alguien inimputable no es, en sentido estricto, un acto de compasión: es, más bien, el modo en que el derecho se apropia de la locura para convertirla en categoría normativa.

El artículo 33 del Código Penal colombiano sostiene que quien comete un delito en estado de trastorno mental no es responsable penalmente. A primera vista, este reconocimiento parece un avance humanitario: el enfermo no puede ser tratado como culpable. Sin embargo, el reverso de esta disposición es la imposición de medidas de seguridad que, en la práctica, equivalen a encierro indefinido (Montoya Román, Umaña Celeita, Flórez Guzmán & Correa Garzón, 2016). La inimputabilidad, en consecuencia, funciona como una antítesis: inocencia proclamada, pero libertad negada.

Desde la genealogía foucaultiana, esta figura revela el modo en que el derecho no se limita a reflejar la ciencia o la religión, sino que las articula en una tecnología de poder. El inimputable no es sujeto pleno, sino “cuerpo gestionado”: alguien cuya existencia es administrada por jueces, médicos y burócratas. Su voz, como diría Foucault (2006), queda subsumida bajo el archivo: historia clínica, expediente judicial, acta de audiencia.

La ironía es que la sociedad proclama estar protegiendo al vulnerable, pero lo que realmente protege es a sí misma del contacto con la diferencia. El inimputable se convierte en una figura de sacrificio: absuelto del castigo penal, pero condenado a un tiempo suspendido, fuera de la historia y de la ciudadanía. La filosofía crítica debe leer aquí no una excepción, sino un síntoma: el modo en que Colombia ha administrado la locura es, en realidad, un espejo de su incapacidad para lidiar con la diferencia.

En las últimas décadas, la Corte Constitucional colombiana ha intentado corregir las tensiones derivadas de la inimputabilidad. Sentencias como la T-760 de 2008, centrada en el derecho a la salud, y decisiones específicas sobre medidas de seguridad en casos de enfermedad mental, han proclamado que las personas con trastornos psíquicos son titulares plenos de derechos fundamentales (Corte Constitucional, 2008). El lenguaje de la jurisprudencia es inclusivo, garantista, casi emancipador.

Sin embargo, al descender de la letra a la práctica, se observa un fenómeno inquietante: las medidas que se ordenan siguen siendo predominantemente de encierro. El juez habla de “tratamiento adecuado”, pero el hospital psiquiátrico se convierte en prisión de facto; la sentencia invoca la “dignidad humana”, pero el sujeto permanece bajo tutela indefinida. La ironía foucaultiana vuelve a hacerse presente: el discurso de los derechos, en lugar de desarticular el tabú, lo reproduce bajo un ropaje más sofisticado.

La genealogía permite entender por qué: los jueces, aun cuando buscan ser garantistas, operan dentro de un horizonte cultural marcado por siglos de estigmatización. Así, incluso la Corte, que debería ser contrapeso crítico, se convierte en prolongación de la misma lógica que pretendía superar. En palabras de Foucault (1992), el poder no se concentra en un lugar específico, sino que circula en redes: por ello, no basta con un cambio en el discurso jurídico si las prácticas sociales, médicas y familiares siguen reproduciendo el mismo dispositivo.

Desde la filosofía del derecho, este punto exige una reflexión radical: ¿es posible realmente proteger al inimputable desde el marco jurídico existente, o es necesario repensar desde cero la relación entre locura, responsabilidad y libertad? Mientras no se desmonte el dispositivo genealógico que asocia locura con incapacidad, cualquier reforma se verá atrapada en la misma paradoja: proteger excluyendo.

Con la promulgación de la Ley 1616 de 2013, Colombia buscó inaugurar una nueva etapa en el tratamiento de la salud mental. La norma proclama la atención integral, la desestigmatización y la integración de la salud mental en el sistema de salud pública. Sobre el papel, parece una ruptura con siglos de ocultamiento y exclusión. Sin embargo, la genealogía nos enseña a desconfiar de los discursos oficiales: lo importante no es lo que se dice, sino cómo se practica.

En efecto, la implementación de la ley ha estado marcada por déficits presupuestales, falta de personal capacitado y la persistencia de imaginarios sociales que siguen asociando la locura con peligro. En muchos casos, la atención comunitaria prometida por la ley termina reemplazada por estrategias de control institucional: hospitales psiquiátricos que funcionan como lugares de contención más que de rehabilitación (Rojas-Bernal, Castaño-Pérez & Restrepo-Bernal, 2018).

La ironía es clara: la ley, que proclama inclusión, reproduce la exclusión. La lógica del tabú no desaparece con la reforma legislativa, porque ésta opera en un terreno cultural y político donde el estigma está profundamente enraizado. Como diría Foucault (2007), el biopoder no se desmantela con un decreto: se reconfigura, adaptándose a los nuevos lenguajes de derechos y garantías.

Desde la filosofía, esta situación plantea una pregunta crucial: ¿qué significa legislar en un campo donde la norma choca con los dispositivos históricos? La respuesta no puede ser ingenua. La ley 1616 no fracasa simplemente por falta de recursos; fracasa porque se enuncia en un terreno minado por genealogías que asocian locura con peligro, incapacidad y vergüenza. Mientras ese terreno no sea removido, cualquier avance normativo corre el riesgo de convertirse en un nuevo disfraz del mismo tabú.

Aunque la Ley 1616 de 2013 ofreció un marco general, fueron los municipios y departamentos los encargados de traducir sus principios en programas concretos. Aquí la genealogía muestra su fuerza crítica: lo que aparece como descentralización democrática se convierte, en la práctica, en un mosaico desigual de iniciativas, muchas veces frágiles y discontinuas.

En ciudades como Bogotá y Medellín se han impulsado programas comunitarios de salud mental con cierto alcance, mientras que en regiones periféricas la atención se limita a campañas esporádicas o a la derivación de pacientes hacia hospitales psiquiátricos saturados (Gutiérrez, 2020). La brecha no es sólo presupuestal: es cultural y política. En comunidades rurales, la locura sigue nombrándose en clave de brujería, maldición o castigo, lo cual refuerza la tendencia al ocultamiento familiar antes que a la búsqueda de atención profesional.

La paradoja es que estas políticas, que en teoría promueven inclusión, muchas veces terminan funcionando como dispositivos de control. Los programas comunitarios, en lugar de abrir espacios de autonomía, reproducen lógicas paternalistas: talleres de “sensibilización” que no cuestionan los prejuicios estructurales, diagnósticos colectivos que etiquetan sin transformar, campañas que muestran la enfermedad como amenaza social a gestionar más que como condición humana a comprender.

Foucault (1992) advertía que el poder no se ejerce únicamente desde arriba, sino que circula en microprácticas, en dispositivos capilares. Las políticas locales encarnan esta lógica: no necesitan ser abiertamente represivas para reforzar el tabú. Basta con que, bajo la retórica de la inclusión, mantengan la figura del “otro peligroso” al que hay que vigilar.

Desde una perspectiva filosófica, esta situación pone en evidencia la insuficiencia de los discursos normativos. No basta con proclamar derechos; es necesario desmontar los dispositivos culturales y sociales que sostienen la exclusión. De lo contrario, la brecha entre discurso y realidad seguirá siendo el terreno fértil donde el tabú se perpetúa.

Uno de los aspectos menos atendidos en la discusión sobre la locura en Colombia es la tensión entre diversidad cultural y uniformidad institucional. El relato oficial habla de un tránsito “progresivo” desde los asilos caritativos del siglo XIX hacia los hospitales psiquiátricos del siglo XX, como si se tratara de un proceso lineal de modernización. Sin embargo, la genealogía muestra que esta narrativa de progreso es profundamente problemática.

Castrillón-Valderrutén (2020) demuestra que en Colombia la sustitución del modelo asilar por el hospitalario no implicó una ruptura, sino una reconfiguración. Los asilos, regidos por la lógica de la caridad religiosa, fueron transformados en hospitales donde predominaba el lenguaje de la psiquiatría científica, pero la función de control social permaneció intacta. La locura dejó

de ser gestionada como “pecado” para convertirse en “patología”, sin abandonar nunca su condición de anomalía que debía ser contenida.

Este tránsito ilustra lo que Foucault (2006) describió como el paso del encierro moral al encierro médico: la continuidad del dispositivo disciplinario bajo nuevas formas de legitimidad. En Colombia, esa continuidad se complejiza con la diversidad cultural. Mientras las élites urbanas abrazaban el discurso de la higiene mental, muchas comunidades rurales e indígenas seguían interpretando la locura en clave espiritual, vinculándola con brujería, castigo ancestral o desequilibrio cósmico. La homogeneización hospitalaria, en este sentido, operó como una forma de colonización cultural: imponía un régimen médico occidental sobre realidades plurales.

La paradoja es clara: lo que se presentaba como modernización de la salud pública funcionaba también como exclusión cultural. El hospital no sólo recluía cuerpos, sino que silenció otras formas de comprensión y cuidado de la locura. En lugar de abrir espacios de diálogo intercultural, reforzó el tabú al estigmatizar lo que no cabía en el discurso médico-jurídico.

La genealogía revela entonces un doble movimiento: continuidad en la función de exclusión y ruptura en los lenguajes de legitimación. El asilo hablaba en nombre de la caridad; el hospital, en nombre de la ciencia; ambos, sin embargo, producían el mismo efecto: ocultar, vigilar, neutralizar. La filosofía crítica debe leer aquí un gesto colonial persistente: administrar la diferencia bajo la máscara del cuidado.

La transformación de los asilos en hospitales psiquiátricos no fue un proceso aislado en la historia colombiana: estuvo íntimamente ligado al desarrollo del derecho penal. A medida que el discurso médico ganaba autoridad, el legislador encontró en él un aliado para justificar figuras

como la inimputabilidad y las medidas de seguridad. Así, el hospital psiquiátrico se convirtió en prolongación del aparato judicial, y la frontera entre sanidad y castigo se volvió porosa.

Castrillón-Valderrutén (2020) muestra cómo la transición al modelo hospitalario reforzó la medicalización del desvío social. Lo que antes era caridad clerical se transformó en una institucionalización médica-jurídica: los enfermos mentales eran enviados a hospitales no tanto para recibir terapia, sino para cumplir una función de contención que el derecho exigía. En este sentido, el hospital psiquiátrico fue la concreción material de la alianza entre saber y poder que Foucault (2002) describió en *Vigilar y castigar*.

El inimputable, entonces, aparece como figura bisagra: desde el punto de vista médico, es paciente; desde el punto de vista jurídico, es incapaz penal; desde el punto de vista social, es amenaza. Esta triple categorización justifica su encierro bajo la apariencia de cuidado. En palabras foucaultianas, se trata de una tecnología de poder que produce sujetos administrables: ni plenamente enfermos, ni plenamente ciudadanos, sino habitantes de un territorio ambiguo entre clínica y prisión.

La ironía es que, al unir hospital y derecho, Colombia pretendió avanzar hacia la modernidad humanitaria, pero en la práctica consolidó un régimen dual de exclusión. Los manicomios judiciales y las salas de inimputables en hospitales psiquiátricos se convirtieron en lugares donde se suspenden simultáneamente la libertad y la voz del sujeto. El resultado es un tabú reforzado: la locura no se discute públicamente porque el sistema ya tiene un lugar para depositarla —el hospital-prisión.

Desde la filosofía crítica, este punto revela que el problema de fondo no es meramente jurídico o médico, sino ontológico y político: ¿qué tipo de ser humano produce un sistema que, en nombre de la ciencia y del derecho, condena a ciertos individuos a una ciudadanía

suspendida? La genealogía no ofrece respuestas definitivas, pero sí deja claro que esta figura del inimputable es una construcción histórica contingente, no una necesidad natural.

La consolidación del hospital psiquiátrico como prolongación del derecho penal no solo configuró instituciones, sino también representaciones sociales. En Colombia, la locura comenzó a percibirse de manera ambivalente: como amenaza para la seguridad y como motivo de vergüenza para la familia. Esta doble cara —peligro público y secreto privado— reforzó el tabú en el imaginario colectivo.

Castrillón-Valderrutén (2020) subraya que la medicalización de la locura no eliminó el estigma, sino que lo reformuló. El “poseído” colonial se transformó en “paciente mental”, pero en ambos casos la figura operaba como signo de anormalidad que debía ser apartado. En la práctica, el hospital psiquiátrico, aunque presentando un discurso científico, cumplía una función similar a la del asilo: mantener a los “otros” fuera de la vista social.

Los medios de comunicación, como hemos señalado antes, colaboraron en esta construcción, alimentando la idea del “loco peligroso”. Cada titular que vinculaba enfermedad mental con violencia reafirmaba la percepción de que la locura era un riesgo para el orden social. La familia, por su parte, asumía el papel de guardiana del silencio: ocultar al pariente enfermo para evitar el escarnio público. Así, se entrelazaban los discursos institucionales con las prácticas domésticas en una cadena que perpetuaba el tabú.

Foucault (1980) advertía que el poder circula en múltiples niveles, desde las macroinstituciones hasta los microespacios. En el caso colombiano, el tabú sobre la locura no se sostiene únicamente en leyes o diagnósticos, sino también en chistes, rumores y silencios cotidianos. La filosofía crítica debe atender a estas formas de reproducción cultural del estigma,

porque es allí donde se sedimenta el dispositivo: en la vergüenza que calla, en el miedo que justifica, en el prejuicio que naturaliza.

El resultado es un imaginario colectivo en el que la locura aparece como una línea roja: un límite que define lo normal, pero que nadie quiere cruzar ni siquiera nombrar. El tabú, en última instancia, no es solo jurídico ni médico, sino simbólico. Y es precisamente este carácter simbólico el que lo hace tan resistente a las reformas legales o a las políticas públicas: porque se incrusta en la vida cotidiana, en la cultura, en la memoria.

La genealogía foucaultiana permite comprender que el tabú de la locura no es un mero residuo cultural, sino una estrategia activa de gobierno. En Colombia, el miedo social hacia el “loco peligroso” ha funcionado como un instrumento biopolítico: una forma de gestionar la población a través de la construcción de amenazas simbólicas.

Foucault (2007) explicaba que la biopolítica se centra en la administración de la vida y en el control de los riesgos colectivos. En este sentido, la locura es enmarcada no tanto como experiencia singular de sufrimiento, sino como factor de riesgo para la seguridad social. Cada titular periodístico que asocia enfermedad mental con crimen, cada sentencia judicial que prolonga medidas de seguridad “por prevención”, cada política pública que privilegia el encierro sobre la atención comunitaria refuerza la idea de que la locura es un peligro a neutralizar.

Este uso del miedo tiene un doble efecto. Por un lado, legitima la existencia de instituciones psiquiátricas y carcelarias, presentándolas como barreras protectoras frente a un riesgo difuso. Por otro, disciplina a la sociedad al trazar una frontera clara entre lo normal y lo patológico: la amenaza del “otro loco” refuerza la necesidad de comportarse de manera “sana”, productiva y adaptada. El tabú, así, no sólo excluye al enfermo, sino que regula a los “normales”.

La ironía filosófica es amarga: en nombre de la protección de la vida, se sacrifica la vida concreta de aquellos que padecen sufrimiento psíquico. Como señala Esposito (2009), la lógica inmunitaria de la modernidad consiste en excluir ciertas vidas para preservar el cuerpo social. En Colombia, la figura del inimputable encarna esa lógica: absuelto como individuo, pero confinado como riesgo colectivo.

De este modo, la locura se convierte en dispositivo de gobierno: se la utiliza para administrar miedos, justificar políticas y reforzar jerarquías sociales. El tabú, lejos de ser un vestigio arcaico, es una pieza funcional en la maquinaria biopolítica contemporánea.

Toda genealogía corre el riesgo de quedarse en el análisis de discursos dominantes — leyes, sentencias, diagnósticos médicos, manuales psiquiátricos— y olvidar que detrás del tabú existen vidas concretas. El caso colombiano no es la excepción. La figura del inimputable, el hospital psiquiátrico, la familia silenciosa: todos son dispositivos que hablan sobre la locura, pero rara vez permiten que hable desde la locura.

Foucault (2006) insistía en que el archivo —ese conjunto de saberes que clasifican y registran— siempre se construye al precio de silenciar. En Colombia, la historia de la locura se ha contado con expedientes judiciales y clínicas psiquiátricas, pero pocas veces con testimonios de quienes han atravesado esas instituciones. El sujeto es transformado en caso, en diagnóstico, en número, perdiendo la posibilidad de narrarse.

Sin embargo, cuando emergen estas voces, el tabú se resquebraja. Testimonios recogidos por asociaciones de usuarios de servicios de salud mental en Bogotá y Medellín muestran la violencia cotidiana de los encierros prolongados, la pérdida de vínculos familiares, la imposibilidad de reinsertarse laboralmente después de un diagnóstico. Estas narraciones

desmienten la retórica protectora: revelan que la medida de seguridad se vive más como condena que como cuidado (Rojas-Bernal, Castaño-Pérez & Restrepo-Bernal, 2018).

La ironía filosófica aquí es contundente: el derecho, que se presenta como garante de la voz ciudadana, enmudece al sujeto al convertirlo en incapaz; la medicina, que proclama curar, impone diagnósticos que clausuran posibilidades de autonomía; la familia, que debería escuchar, opta por el silencio. El tabú se sostiene precisamente porque estas voces permanecen marginadas.

La tarea de la genealogía crítica no es, entonces, sustituir unas voces por otras, sino crear el espacio para que aparezca lo que ha sido callado. Como diría Butler (2004), la vulnerabilidad no debe ser pretexto de tutela, sino condición para la interdependencia y el reconocimiento. En el caso colombiano, escuchar a quienes viven la locura es el primer paso para desarticular el dispositivo que la ha convertido en tabú.

El análisis genealógico revela una de las paradojas más dolorosas de la historia colombiana: el contraste entre discursos de compasión y prácticas de exclusión. La legislación, los programas de salud y hasta las declaraciones políticas suelen invocar la protección de las personas con sufrimiento psíquico. Sin embargo, en la realidad, estas mismas poblaciones son empujadas a la marginalidad, convertidas en cifras, sospechosas o, en el peor de los casos, culpables de su propia desgracia.

Un ejemplo ilustrativo lo ofrece el estigma que pesa sobre las víctimas del conflicto armado en situación de desplazamiento. Campo-Arias y Herazo (2014) muestran que estas personas no solo enfrentaron la violencia del desarraigo, sino también la discriminación sistemática: fueron percibidas como responsables de su condición, señaladas como “colaboradoras” de grupos armados o como “indeseables” en los nuevos asentamientos. Y

cuando a este estigma se sumaba el diagnóstico de un trastorno mental, la carga era doble: la víctima se convertía en doblemente sospechosa, doblemente marginada.

Aquí la antítesis se vuelve evidente: en un país que proclama la dignidad humana como principio constitucional, la vulnerabilidad se traduce en exclusión. La retórica humanitaria convive con la práctica del abandono, la compasión oficial con el silencio social. El tabú de la locura se entrelaza con otros estigmas —pobreza, desplazamiento, etnicidad—, formando un nudo difícil de desatar.

Foucault (1992) insistía en que la genealogía debía revelar estas contradicciones: mostrar cómo las promesas de cuidado se convierten en técnicas de control. En el caso colombiano, el discurso de protección de las víctimas, lejos de eliminar el tabú, lo refuerza, porque lo hace más difícil de cuestionar: ¿quién podría criticar un sistema que, en apariencia, solo busca proteger? Y, sin embargo, la realidad es que estas medidas mantienen a las personas en una posición de tutela permanente, privadas de voz y agencia.

La locura en Colombia no puede entenderse en aislamiento. El estigma que pesa sobre ella se entrecruza con otros marcadores de exclusión: pobreza, género, etnicidad, desplazamiento. Lo que emerge de este cruce es un “tabú ampliado”, una red de discriminaciones que se refuerzan mutuamente y que convierten la vulnerabilidad en destino social.

Campo-Arias y Herazo (2014) han mostrado que las víctimas del conflicto armado en situación de desplazamiento no solo cargan con el trauma del desarraigo, sino también con el estigma de la sospecha: se las percibe como invasoras en las ciudades receptoras, como potenciales colaboradoras de grupos armados, como cuerpos incómodos. Si a esto se suma un diagnóstico psiquiátrico, la exclusión se intensifica hasta el punto de convertirse en invisibilidad.

El sujeto se convierte en un no-sujeto, atrapado entre categorías que lo neutralizan:

“desplazado”, “enfermo”, “dependiente”.

La genealogía foucaultiana revela que estos entrecruzamientos no son accidentales, sino funcionales a la lógica del poder. Al multiplicar los estigmas, se refuerza la legitimidad de las instituciones de control: el hospital psiquiátrico, la oficina de asistencia humanitaria, el juzgado de medidas de seguridad. Cada institución se presenta como protectora, pero juntas producen un entramado de exclusión donde el sujeto queda atrapado.

Aquí la antítesis se hace más nítida: lo que debería ser un sistema de derechos se convierte en un sistema de tutelas; lo que debería restituir ciudadanía la suspende; lo que debería reconocer dignidad la fragmenta. La ironía, siguiendo a Foucault (2007), es que la biopolítica, que proclama administrar la vida, termina fabricando zonas de muerte civil: existencias a medias, vidas que cuentan menos.

Este tabú ampliado muestra que la locura en Colombia es síntoma de algo más profundo: la dificultad estructural de una sociedad para reconocer a sus sujetos más frágiles como interlocutores plenos. El problema no es sólo médico ni jurídico, sino político en el sentido más radical: ¿quién merece ser contado como ciudadano?, ¿quién merece voz en el espacio público?, ¿qué vidas son dignas de ser vividas?

El tabú ampliado de la locura no sólo habla de instituciones médicas o jurídicas: habla, sobre todo, de la fragilidad de la democracia colombiana. Una democracia no se mide únicamente por la celebración periódica de elecciones, sino por su capacidad de incluir a quienes se encuentran en los márgenes. En ese sentido, la pregunta por la locura es también una pregunta por la calidad del pacto social.

Si las personas con sufrimiento psíquico permanecen encerradas en hospitales-prisión, si las víctimas del conflicto con diagnósticos psiquiátricos cargan con un doble estigma, si las familias optan por el silencio antes que, por la solidaridad, entonces lo que se revela es un déficit estructural: la ciudadanía no se distribuye de manera equitativa, sino que se administra jerárquicamente. Hay ciudadanos plenos, hay ciudadanos condicionales y hay ciudadanos suspendidos. Los “locos” pertenecen a esta última categoría.

Foucault (1992) advertía que toda genealogía debía mostrar las discontinuidades en la constitución de los sujetos políticos. En Colombia, la exclusión de la locura no es un accidente histórico, sino un síntoma persistente de un orden social que teme la diferencia. El “inimputable” es la figura jurídica de esa fragilidad democrática: alguien reconocido como humano, pero no como ciudadano; protegido en el discurso, pero excluido en la práctica.

Aquí la ironía se vuelve filosóficamente contundente: el país que proclama la dignidad como valor supremo en su Constitución de 1991 es el mismo que mantiene a miles de personas en condiciones indignas dentro de instituciones psiquiátricas. La democracia se presenta como proyecto universal, pero se sostiene sobre exclusiones silenciosas.

La locura, entonces, no es sólo un problema médico ni un tabú cultural: es un espejo que revela la incapacidad de la democracia colombiana para cumplir su promesa de igualdad. Y quizá sea en ese espejo incómodo donde se encuentra la verdadera oportunidad crítica: reconocer que no habrá ciudadanía plena mientras la locura siga siendo sinónimo de silencio y confinamiento.

Si las instituciones jurídicas y médicas han consolidado el tabú de la locura, la literatura y el arte en Colombia han abierto, en cambio, grietas para cuestionarlo. A diferencia del expediente judicial o de la historia clínica, la novela, el poema y la pintura han permitido que la locura se

expresarse no como patología, sino como experiencia humana compleja, cargada de dolor, pero también de lucidez.

La genealogía foucaultiana nos enseña que el poder nunca es absoluto: allí donde opera un dispositivo, emergen resistencias. La escritura y el arte pueden leerse como esas resistencias simbólicas. En novelas como *El divino* de Gustavo Álvarez Gardeazábal o en los relatos de José Asunción Silva, la locura aparece como desborde de sensibilidad, como ruptura con las normas de una sociedad hipócrita. Más recientemente, obras plásticas como las de la artista Doris Salcedo evocan el trauma y el silencio de las víctimas del conflicto armado, muchas de ellas marcadas por el sufrimiento psíquico.

Estos contrarrelatos muestran lo que el discurso médico y jurídico niega: que la locura no es sólo déficit o incapacidad, sino también una forma radical de estar en el mundo. Lejos de glorificar el padecimiento, estas obras rescatan su dimensión humana, devolviéndole voz a quienes han sido reducidos a diagnósticos o a categorías legales. Como señala Foucault (2006), la literatura puede capturar la experiencia de la sinrazón de un modo que ninguna clínica ni tribunal pueden registrar.

La ironía cultural es que, mientras los expedientes judiciales callan, la poesía habla; mientras la sentencia reduce al sujeto a “inimputable”, la novela lo convierte en protagonista. Allí donde el derecho protege excluyendo, el arte incluye narrando. Este contraste constituye un recordatorio filosófico: desmontar el tabú no es sólo tarea de médicos y jueces, sino también de narradores, artistas y creadores que devuelven humanidad a lo que ha sido silenciado.

De este modo, la locura en la literatura y el arte colombianos no funciona como objeto de burla ni como amenaza, sino como espejo crítico. Un espejo que incomoda, pero que, al hacerlo, obliga a preguntarnos qué significa ser sujeto en una sociedad que teme tanto a la diferencia.

La genealogía foucaultiana no se limita a describir cómo se forman los dispositivos de poder; también permite identificar los puntos en los que estos se resquebrajan. En Colombia, esos puntos de fuga han sido, en gran medida, simbólicos: espacios donde el arte y la literatura han minado el dispositivo del tabú desde dentro de la cultura.

El poder, recuerda Foucault (1992), no es unívoco: allí donde se impone una normalización, surgen resistencias. La locura, reducida a diagnóstico en el hospital y a incapacidad en el tribunal, encuentra en la poesía, la narrativa y el teatro una forma de reaparecer con voz propia. Obras como *La tejedora de coronas* de Germán Espinosa o la poesía de Raúl Gómez Jattin muestran personajes atravesados por la fragilidad psíquica, pero presentados como sujetos plenos, complejos y contradictorios. Lejos de reforzar el estigma, estas narrativas lo ponen en crisis.

El arte visual también ha desempeñado un papel clave. Las instalaciones de Doris Salcedo, con su evocación del duelo y la ausencia, sugieren que el trauma psíquico colectivo no es un problema privado, sino una herida política. De este modo, el arte traslada la locura del ámbito de lo íntimo —donde suele ser tabú— al espacio público, obligando a la sociedad a mirar lo que prefiere ocultar.

La ironía es que aquello que la psiquiatría y el derecho intentan borrar —la subjetividad de la locura— reaparece multiplicada en estas obras. Mientras el dispositivo institucional busca neutralizar, el arte vuelve incontrolable la memoria del sufrimiento. Allí radica su potencia filosófica: el arte no cura ni legisla, pero abre un campo de visibilidad en el que el tabú pierde parte de su eficacia.

Así, la resistencia simbólica no destruye de inmediato el dispositivo, pero lo erosiona. Cada poema, cada obra, cada relato que devuelve voz al “loco” mina la aparente naturalidad del

estigma. Y en esa erosión se vislumbra la posibilidad de otra relación con la locura: no como amenaza a neutralizar, sino como diferencia a escuchar.

La literatura y el arte abren grietas en el dispositivo del tabú, pero para que estas fisuras se conviertan en transformaciones efectivas necesitan dialogar con movimientos sociales y jurídicos. La genealogía foucaultiana enseña que el poder circula en redes y, por tanto, la resistencia también debe articularse en múltiples niveles: cultural, político, comunitario.

En Colombia han surgido colectivos de usuarios de servicios de salud mental que buscan precisamente esta articulación. Inspirados en experiencias internacionales del movimiento de mad pride o mental health users, reclaman un lugar en el debate público, no como objetos de tratamiento, sino como sujetos de derecho. Estas asociaciones ponen en práctica lo que Butler (2004) denomina una política de la vulnerabilidad: reconocer la fragilidad no como déficit, sino como base de interdependencia y agencia.

El arte y la literatura, al visibilizar la experiencia de la locura, ofrecen un terreno de legitimidad simbólica para estas luchas. Cuando un poema o una novela coloca en el centro a un personaje con sufrimiento psíquico, prepara al lector para escuchar las demandas de quienes, en la esfera pública, exigen dignidad y voz. El paso de la página al tribunal no es automático, pero la genealogía muestra que sin este tipo de contrarrelatos culturales, las demandas sociales suelen ser desoídas.

La ironía se revela en el terreno jurídico: el mismo derecho que históricamente ha sido cómplice del tabú —declarando incapacidad, imponiendo medidas de seguridad— es también el espacio desde el cual pueden conquistarse nuevas formas de ciudadanía. Sentencias que reconocen el derecho a la salud mental, políticas que hablan de inclusión comunitaria, tratados

internacionales ratificados por Colombia: todos estos instrumentos muestran que la resistencia cultural puede traducirse, con esfuerzo, en transformación normativa.

Sin embargo, la genealogía obliga a no caer en triunfalismos. Cada avance legal convive con la persistencia del estigma social y con la inercia institucional. El reto filosófico y político consiste en sostener este diálogo entre resistencia simbólica y acción jurídica, evitando que la cultura de la compasión vuelva a disfrazar prácticas de exclusión.

Una de las contradicciones más persistentes en la historia colombiana de la locura es la tensión entre el avance normativo y la permanencia cultural del tabú. Sobre el papel, el país cuenta con un marco robusto: la Constitución de 1991, la Ley 1616 de 2013 sobre salud mental, tratados internacionales de derechos humanos, jurisprudencia garantista de la Corte Constitucional. Sin embargo, en la práctica cotidiana, la estigmatización sigue marcando la vida de quienes padecen sufrimiento psíquico.

Esta antítesis puede formularse así: el derecho promete inclusión, pero la cultura social mantiene la exclusión. El caso de las víctimas del conflicto armado con diagnósticos psiquiátricos es paradigmático: reconocidas jurídicamente como sujetos de especial protección, son a la vez marginadas en comunidades receptoras y percibidas como amenaza o carga (Campo-Arias & Herazo, 2014). La norma avanza en la dirección del reconocimiento, mientras la práctica social retrocede hacia el silencio y la sospecha.

Foucault (2007) nos recuerda que los dispositivos de poder no desaparecen con decretos: se transforman y se adaptan. En este sentido, el tabú de la locura no ha sido abolido por la legislación, sino recodificado. Ahora se habla de inclusión, pero se practica el aislamiento; se invoca la dignidad, pero se administra la tutela. La forma cambia, la función persiste.

La ironía filosófica es que Colombia puede exhibir ante la comunidad internacional un marco legal progresista en materia de salud mental, mientras en la vida cotidiana el “loco” sigue siendo objeto de burla, miedo o compasión paternalista. La democracia constitucional convive, sin rubor, con prácticas sociales heredadas de la Colonia.

De esta manera, la genealogía revela que la gran antítesis no es accidental, sino estructural: entre un derecho que se presenta como emancipador y una cultura que insiste en la exclusión. Y quizás, en esa tensión irresuelta, se juegue la posibilidad de transformación: reconocer que el tabú no se vence con leyes aisladas, sino con una revisión crítica de las prácticas sociales que lo sostienen.

El análisis genealógico de la locura en Colombia muestra con claridad la existencia de un doble discurso. Por un lado, un discurso emancipador que habla de derechos, inclusión y dignidad. Por otro, un discurso práctico que se traduce en encierro, tutela y silencio. Ambos discursos no son contradictorios en el sentido clásico, sino complementarios: el primero otorga legitimidad al segundo, disimulando su violencia.

Un ejemplo claro es el régimen de medidas de seguridad para inimputables. La ley afirma que estas medidas no son castigo, sino tratamiento. Pero en la práctica funcionan como reclusión prolongada, muchas veces indefinida, en condiciones que poco tienen de terapéuticas (Montoya Román, Umaña Celeita, Flórez Guzmán & Correa Garzón, 2016). La retórica emancipadora (“tratamiento”) legitima el control práctico (“encierro”).

Foucault (2002) describió este mecanismo con precisión: el poder moderno se caracteriza no tanto por prohibir abiertamente, sino por producir categorías que justifican la intervención. El “inimputable” es precisamente esa categoría: un sujeto que no puede ser castigado, pero que

debe ser gestionado. Así, el discurso emancipador (no hay culpa) se convierte en condición del control práctico (hay tutela).

La ironía es que cuanto más se habla de dignidad y derechos, más sofisticadas se vuelven las técnicas de control. La democracia constitucional ha multiplicado los discursos de reconocimiento, pero sin desarticular las prácticas históricas de exclusión. El tabú se vuelve más difícil de detectar porque ya no se expresa en formas burdas de castigo, sino en lenguajes humanitarios que, sin embargo, producen el mismo efecto: silencio y confinamiento.

Desde la filosofía crítica, este doble discurso exige una actitud vigilante. No basta con aplaudir el lenguaje de los derechos; es necesario interrogar sus efectos reales. ¿Qué significa “tratamiento” cuando equivale a reclusión? ¿Qué significa “protección” cuando produce dependencia? ¿Qué significa “inclusión” cuando perpetúa la diferencia como marca de inferioridad? La genealogía nos recuerda que estas palabras no son inocentes: son parte del dispositivo que sostiene el tabú.

La Ciudadanía Suspendida: Vivir Entre el Derecho y su Negación

El doble discurso sobre la locura produce un efecto político devastador: una forma de ciudadanía suspendida. Quien ha sido diagnosticado con un trastorno mental en Colombia no deja de ser ciudadano en el sentido formal —figura en el registro civil, puede votar, es titular de derechos—, pero su ciudadanía se ve neutralizada en la práctica. La paradoja es que se le reconoce como sujeto de derechos mientras se le priva de las condiciones efectivas para ejercerlos.

El inimputable encarna esta suspensión. Jurídicamente, se le exime de responsabilidad penal en nombre de su vulnerabilidad. Pero esa misma vulnerabilidad lo coloca en un estado de tutela permanente. No puede decidir sobre su tratamiento, no puede elegir salir del hospital, no

puede defenderse de la etiqueta que lo marca como peligroso. Su vida está atravesada por un régimen de excepciones que lo coloca en una zona gris entre la ciudadanía y la exclusión.

Foucault (2007) explicaba que la biopolítica no elimina a los sujetos, sino que los administra. La ciudadanía suspendida es, en este sentido, una forma de administración de la vida: se mantiene la ficción del derecho, pero se niega su ejercicio. El sujeto permanece atrapado en lo que Giorgio Agamben (1998) denomina nuda vida: existencia reconocida jurídicamente, pero despojada de agencia política.

La ironía es que esta suspensión se produce precisamente en nombre de la protección. Se exime al loco de la pena, pero se le condena a un tiempo indefinido en un hospital-prisión. Se proclama su dignidad, pero se le silencia. Se lo incluye en el marco de los derechos, pero se lo margina de la vida pública. Esta ciudadanía suspendida es el corazón del tabú colombiano: reconocer formalmente para excluir materialmente.

Desde la filosofía política, este fenómeno plantea un desafío radical: ¿puede hablarse de democracia plena mientras existan grupos sometidos a esta suspensión? La genealogía invita a responder negativamente: no hay ciudadanía sin agencia, y no hay agencia mientras el tabú reduzca al loco a objeto de tutela.

La figura del inimputable y la ciudadanía suspendida no son una anomalía aislada: reflejan un patrón más amplio de exclusiones en la historia colombiana. La genealogía muestra que distintos grupos han sido reconocidos formalmente como ciudadanos, pero excluidos en la práctica. Indígenas, afrodescendientes, campesinos desplazados: todos han habitado, en distintos momentos, esa zona ambigua entre inclusión legal y marginalidad real.

El caso indígena es ilustrativo. Tras la Constitución de 1991, los pueblos originarios fueron reconocidos como sujetos colectivos de derecho, con autonomía sobre sus territorios. Sin

embargo, la violencia armada, la explotación minera y la indiferencia estatal han convertido ese reconocimiento en una promesa incumplida. Su ciudadanía es formal, pero sigue siendo precaria y condicionada.

Algo similar ocurre con las comunidades afrodescendientes: protegidas por la Ley 70 de 1993, pero sometidas a discriminación estructural y a un racismo cotidiano que limita sus oportunidades de vida. Y lo mismo puede decirse de los desplazados forzados por el conflicto armado: reconocidos como víctimas con derecho a reparación, pero frecuentemente tratados como intrusos en las ciudades receptoras (Campo-Arias & Herazo, 2014).

La locura se inscribe en esta misma lógica de ciudadanía suspendida. Al igual que los otros grupos, las personas diagnosticadas con trastornos mentales son reconocidas en los textos normativos, pero neutralizadas en la práctica social. La diferencia es que, en su caso, la suspensión se justifica en nombre de la protección médica y jurídica, lo cual la hace aún más difícil de cuestionar.

Foucault (1992) recordaba que la genealogía debe revelar las conexiones entre diferentes formas de exclusión, mostrando cómo responden a una misma racionalidad. En Colombia, esa racionalidad parece ser la de una democracia que reconoce formalmente la diferencia, pero la administra desde el control y la tutela. La ciudadanía suspendida de la locura, entonces, no es excepción, sino espejo: refleja la fragilidad de un proyecto político que aún no logra reconciliar su lenguaje de derechos con su práctica de exclusión.

Conclusiones Críticas: Desmontar la Idea de Progreso Lineal

La genealogía de la locura en Colombia desmonta, de manera implacable, la narrativa del progreso lineal. No hubo una transición armónica desde la superstición religiosa hacia la ciencia ilustrada, ni de allí hacia un derecho emancipador. Lo que hubo fue una sedimentación de capas

discursivas —religiosas, médicas, jurídicas, culturales— que, en lugar de eliminarse entre sí, se reforzaron. El resultado es un tabú persistente que se ha transformado sin desaparecer.

Foucault (2006) ya había advertido que la historia de la locura en Occidente no es la de un creciente reconocimiento, sino la de una exclusión refinada. Colombia confirma esa intuición: el exorcismo se convirtió en diagnóstico, el asilo en hospital, la posesión en inimputabilidad. Cada transformación fue presentada como avance, pero cada una reprodujo, bajo nuevos lenguajes, la misma práctica de fondo: proteger excluyendo.

El caso colombiano, además, muestra que el tabú no se limita a la locura, sino que se articula con otras formas de exclusión: indígenas reconocidos pero marginados, afrodescendientes protegidos por la ley, pero discriminados, víctimas reparadas en el papel pero invisibles en la práctica. La locura, en este sentido, es un espejo que refleja la estructura misma de la democracia colombiana: inclusiva en los textos, excluyente en la vida cotidiana.

La ironía es amarga: cuanto más se habla de dignidad y derechos, más sofisticados se vuelven los mecanismos de control. El tabú de la locura no sobrevive a pesar de la modernidad jurídica, sino gracias a ella. La retórica de la protección, lejos de desmontarlo, lo consolida bajo un lenguaje más difícil de cuestionar.

La conclusión filosófica es clara: la locura en Colombia no puede entenderse como un simple déficit médico ni como un problema aislado. Es un dispositivo cultural y político que organiza la diferencia, produce exclusión y revela los límites de la democracia. El desafío no consiste en proclamar más derechos, sino en desmontar el dispositivo mismo: reconocer que el tabú no es natural ni inevitable, sino histórico, contingente y, por lo tanto, transformable.

Hacia un Derecho que no Confunda Cuidado con Castigo

Si la genealogía nos muestra cómo el derecho colombiano ha consolidado el tabú de la locura al confundir sistemáticamente protección con exclusión, el reto filosófico es imaginar un derecho distinto: un derecho que no convierta el cuidado en encierro, ni la dignidad en tutela perpetua.

La primera tarea es reconocer el límite de la figura del inimputable. Esta categoría, aunque fundada en la idea de humanidad, suspende en la práctica la ciudadanía del sujeto. Una alternativa crítica debería partir del principio de agencia: en lugar de declarar incapacidad total, debería garantizar mecanismos flexibles que reconozcan la variabilidad de las trayectorias psíquicas. Como sugiere Amartya Sen (1999), la justicia no consiste en tratar a todos por igual, sino en ampliar las capacidades reales de cada persona para elegir y actuar.

En segundo lugar, es necesario desplazar el eje institucional. El hospital-prisión no puede seguir siendo la respuesta automática al sufrimiento psíquico. La atención comunitaria, con redes de apoyo barriales y familiares, ofrece una vía para sustituir el encierro por integración. Esto no significa ausencia de cuidado, sino cuidado situado, que parte de la vida cotidiana y no de la segregación.

En tercer lugar, la filosofía política debe insistir en la escucha. El derecho no puede seguir legislando sobre la locura sin incluir a quienes la viven. La participación de colectivos de usuarios y familiares en el diseño de políticas no es un gesto decorativo, sino condición para desmontar el tabú. Butler (2004) lo recuerda con claridad: la vulnerabilidad compartida es el terreno desde el cual se construyen formas más justas de reconocimiento.

La ironía sería pretender que bastan nuevas leyes para resolver un problema tan arraigado. La genealogía enseña lo contrario: sin transformación cultural y política, la norma

corre el riesgo de convertirse en un nuevo disfraz del mismo dispositivo. Por eso, más que un nuevo artículo en el Código Penal, lo que se necesita es un nuevo modo de entender la locura: no como peligro a neutralizar, sino como diferencia a acompañar.

La genealogía foucaultiana nos ha conducido, página a página, a reconocer que la locura en Colombia no es un hecho natural ni una categoría meramente clínica, sino un dispositivo histórico. Religión, ciencia, derecho, medios, familia: todos han participado en la producción de un tabú que protege excluyendo, que nombra silenciando, que incluye marginando.

Pero si el tabú es histórico, también es contingente. Lo que fue construido puede ser desmontado. La pregunta filosófica que queda abierta es, entonces: ¿qué sociedad queremos ser? Una que siga confundiendo cuidado con encierro, o una que se atreva a escuchar lo que hasta ahora ha callado.

Foucault (1992) nos advertía que la genealogía no ofrece soluciones definitivas, sino que revela la precariedad de lo que parecía necesario. En ese sentido, este trabajo no concluye con un programa acabado, sino con una invitación: a pensar un derecho que no convierta la diferencia en sospecha; una medicina que no reduzca al sujeto a diagnóstico; una cultura que no transforme la vulnerabilidad en vergüenza.

El tabú de la locura es, en el fondo, un espejo. Nos muestra lo que tememos ver de nosotros mismos: la fragilidad, el desorden, la irracionalidad que también nos habita. Tal vez la tarea de una filosofía crítica en Colombia consista en aceptar ese espejo, no para romperlo, sino para sostener la mirada. Porque en la medida en que aprendamos a escuchar a la locura —no sólo a hablar de ella— estaremos más cerca de una democracia que no sea formal, sino vivida; no retórica, sino real.

El epílogo, entonces, no es un cierre, sino un comienzo. Desmontar el tabú exige abrir la escucha. Y abrir la escucha es, quizás, el gesto más radical de justicia que una sociedad puede ensayar.

La Locura en el Discurso Mediático y Cultural en Colombia

La forma como los medios de comunicación colombianos retratan la salud mental y la locura tiene efectos concretos sobre el estigma social, las expectativas normativas de conducta y la invisibilización de formas de sufrimiento psíquico que no se ajustan al modelo clínico-patológico. De acuerdo con una encuesta reciente del Ministerio de Salud, el 66,3 % de los colombianos declara haber enfrentado en algún momento un problema de salud mental, pero simultáneamente casi el 70,9 % afirma que “casi nunca” les preguntan sobre su salud mental en servicios médicos o de enfermería (Ministerio de Salud y Protección Social, 2025). Esta discrepancia entre la presencia masiva del sufrimiento psíquico y su invisibilidad institucional se refleja también en los discursos noticiosos, que privilegian lo excepcional, lo violento o lo dramático, y dejan de lado la cotidianidad del dolor, el duelo, la ansiedad o la depresión leve. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2025).

En los medios digitales, particularmente redes sociales, blogs, y espacios de opinión, existe una creciente conversación sobre salud mental en Colombia, pero muchas veces dominada por narrativas de responsabilidad individual, de “superación” personal o de “volver a la normalidad”. Un estudio de la Universidad Javeriana sobre la población Gen Z encontró que los jóvenes perciben una tensión fuerte entre expresar sus emociones y evitar ser juzgados; la exposición al uso de redes sociales incrementa la ansiedad y la autoexigencia, especialmente cuando los contenidos consumidos refuerzan estándares ideales de bienestar mental o físico (Manrique Molina & Ramírez Rojas, 2024).

El discurso mediático convencional (prensa escrita, televisión, radio) suele enfatizar sucesos extremos: crímenes, suicidios, brotes psicóticos, casos psiquiátricos vinculados a violencia. Estas representaciones tienen al menos dos efectos: construyen la locura como

excepción y alarma, y contribuyen a la idea de que las personas con enfermedad mental son peligrosas, inestables o impredecibles. Tal estereotipo limita la posibilidad de que se reconozcan formas menos visibles de afectación psíquica como parte del espectro de salud mental, y amplifica la exclusión social. Observatorios académicos han registrado que la cobertura informativa de temas de salud mental rara vez incluye las voces de usuarios, los matices clínicos, ni los contextos sociales o estructurales que producen el sufrimiento psíquico.

El espacio mediático también se configura mediante ausencias silenciosas: temas como salud mental infantil, salud mental en comunidades indígenas o rurales, efectos del desplazamiento forzado y trauma colectivo, suelen quedar relegados o cubiertos solo cuando emergen en contexto de crisis mediáticas (conflicto armado, desastres naturales, epidemias). Por ejemplo, el comunicado de UNICEF en 2024 señala que el 44,7 % de niños, niñas y adolescentes en Colombia presentan indicios de afectaciones en salud mental, pero llama la atención que muchos medios cubren este tipo de informes como datos alarmantes, más que como oportunidad para reflexión de políticas, prevención y cuidado comunitario (UNICEF, 2024).

Al analizar los discursos audiovisuales (telenovelas, series, cine), se observa una tendencia a reproducir personajes estereotipados del “loco excéntrico”, la persona recluida en instituciones psiquiátricas, el “loco violento”, o arquetipos humorísticos. Estas representaciones, al ser internalizadas por el público, generan expectativas culturales sobre cómo debe comportarse quien tiene diagnóstico, y cómo debe ser tratado socialmente (aislamiento, temor, rechazo). Aunque algunos productos culturales recientes han empezado a explorar la locura desde enfoques introspectivos, subjetivos o simbólicos, su alcance masivo es menor comparado con los formatos comerciales convencionales.

Además, los medios mediáticos tienen una poderosa función de veridicción: legitimación de ciertos saberes sobre la locura (psiquiátricos, policiales, judiciales) en detrimento de otros (saberes populares, comunitarios, subjetivos). En esta lógica, los médicos, los especialistas en salud mental, los jueces, policías adquieren autoridad para definir quién está “loco”, qué comportamientos son patologizados, qué tratamientos son válidos, y qué intervenciones deben priorizarse. Las voces de los usuarios, el testimonio autobiográfico, las prácticas culturales de cuidado alternativo, muchas veces son presentadas como excepcionales, anecdóticas, o incluso como curiosidades, más que como parte integral del problema social de la salud mental.

Este capítulo propone también un análisis metodológico de las prácticas mediáticas: no solo qué se dice, sino cómo se dice, quién lo dice, con qué frecuencia, por qué formatos, para qué públicos y bajo qué intereses institucionales o comerciales. Es decir, hay que estudiar títulos, imágenes, “clickbait”, modos sensacionalistas, fuentes utilizadas, tiempos dedicados al tema, emplazamiento editorial y también la configuración de agendas mediáticas (qué noticias de salud mental suben al tope, cuáles quedan de segundo plano).

Finalmente, incorporar estudios de caso mediáticos específicos (por ejemplo, reportajes destacados, documentales, series que han generado debate, piezas virales en redes sociales) permitirá ilustrar cómo ciertos discursos logran permear en la cultura popular, validar ciertas verdades sobre la locura, y cómo otros discursos críticos logran abrir espacios de reflexión o disenso. Este enfoque aditivo no solo fortalece el diagnóstico del capítulo, sino que permite llevar nexos entre discurso mediático, poder/saber y efectos sociales concretos en identidades, políticas públicas, estigmas y derechos.

Un análisis realizado por la Universidad del Rosario sobre discursos de prensa y redes sociales concluyó que la salud mental en Colombia es narrada en términos de “crisis” y

“alarma”, mientras que los enfoques estructurales —como pobreza, violencia o desigualdad— casi nunca aparecen como causas en las notas periodísticas (Universidad del Rosario, 2022). En esa investigación se señala que palabras como “suicidio”, “adicción” o “trastorno” aparecen recurrentemente en titulares, pero sin contextualización en políticas públicas, determinantes sociales o alternativas comunitarias. Este énfasis en lo individual y patologizante refuerza lo que Foucault llamaría una tecnología disciplinaria: centrar la mirada en el individuo “anormal” mientras se silencian las condiciones sociales que producen sufrimiento.

El noticiero de televisión, en tanto medio masivo, también ha jugado un papel central en la configuración cultural de la locura. Estudios del Observatorio de Medios de la Universidad Javeriana muestran que la cobertura televisiva de sucesos violentos muchas veces enfatiza si el victimario “sufría problemas mentales” o “tenía antecedentes psiquiátricos”, lo que refuerza la asociación automática entre enfermedad mental y peligrosidad (Observatorio de Medios, 2021). En estos relatos, la persona con sufrimiento psíquico se convierte en un sujeto doblemente estigmatizado: por la violencia que protagonizó o sufrió, y por la condición diagnóstica que los medios remarcan como explicación causal.

El papel de la radio comunitaria y medios alternativos ofrece, en contraste, un espacio donde la salud mental puede narrarse desde perspectivas más humanas y menos patologizantes. En departamentos como Cauca, Antioquia y Putumayo, emisoras locales han producido programas radiales sobre duelo, violencia sexual y trauma colectivo, narrados por líderes comunitarios y sobrevivientes del conflicto armado (ACNUR, 2020). Estas experiencias demuestran que los medios no son homogéneos: también existen prácticas discursivas que resisten al encuadre dominante y generan representaciones más dignas de la locura y la vulnerabilidad.

La cultura popular y la literatura colombiana han representado la locura en múltiples claves. Autores como José Asunción Silva o Fernando Vallejo incluyen personajes “excéntricos” o perturbados, pero su función narrativa oscila entre la compasión, la ironía y la denuncia social. Estas obras literarias permiten ver cómo la locura también es un lugar simbólico para hablar del dolor social y de la imposibilidad de encajar en normas culturales rígidas. Un análisis foucaultiano de estas obras sugeriría que la literatura funciona como un archivo complementario de discursos: un espacio donde se condensan resistencias, miedos colectivos y posibilidades de subjetivación distintas a las de la psiquiatría o la prensa.

La prensa digital contemporánea en Colombia, especialmente durante la pandemia de COVID-19, ha puesto en el centro temas de ansiedad, depresión y estrés, pero bajo un marco de autoayuda y consejos prácticos (“10 formas de cuidar tu salud mental en cuarentena”). Si bien este giro reconoce la importancia del tema, también individualiza la responsabilidad y desplaza el problema del ámbito estructural (sistema de salud, condiciones laborales) al plano personal (respirar, meditar, dormir mejor). Desde la genealogía foucaultiana, estas prácticas discursivas son formas de gubernamentalidad: tecnologías de autogobierno que buscan que el sujeto administre su propio sufrimiento de acuerdo con normas de productividad y resiliencia.

De igual forma, los discursos humorísticos en medios y redes sociales normalizan chistes sobre “locos” o “manicomios”, reforzando estereotipos que degradan la experiencia de quienes viven con trastornos mentales. En redes sociales circulan memes que ridiculizan las terapias, los medicamentos o las hospitalizaciones, lo cual, aunque puede tener un efecto catártico, también consolida prejuicios. Un análisis semiótico de estos contenidos digitales permite observar cómo los imaginarios de exclusión se actualizan en códigos humorísticos, y cómo circulan sin regulación, amplificando el estigma en nuevas generaciones de usuarios de plataformas digitales.

En clave foucaultiana, el discurso mediático-cultural no debe leerse como un espejo pasivo de la sociedad, sino como un campo de fuerzas donde se producen “régimenes de verdad” sobre la locura. Los medios son dispositivos que seleccionan qué se ve, qué se oculta, qué se dramatiza y qué se minimiza. Así, legitiman ciertas prácticas (medicalización, judicialización, encierro) mientras invisibilizan otras (acompañamiento comunitario, cuidado mutuo, derechos humanos). Incluir este análisis en la monografía no solo amplía el corpus de discursos estudiados, sino que también permite conectar la genealogía de la exclusión con la contemporaneidad de la cultura digital y mediática.

Un caso ilustrativo es la cobertura mediática del suicidio en jóvenes universitarios. En ciudades como Medellín y Bogotá, cuando se registran episodios de suicidio en campus o residencias estudiantiles, los titulares suelen enfatizar el acto fatal sin contexto preventivo ni información sobre rutas de ayuda. Investigaciones de la Universidad de Antioquia muestran que la mayoría de las notas periodísticas sobre suicidio en Colombia no cumplen con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para un cubrimiento responsable, como evitar detalles explícitos o proporcionar información de líneas de atención (Universidad de Antioquia, 2020). Esto convierte a los medios en dispositivos de amplificación del morbo más que en actores de cuidado, contribuyendo a lo que Foucault llamaría un régimen de visibilidad donde la muerte se exhibe, pero el sufrimiento se silencia.

En la televisión nacional, producciones como *El Capo* o *Rosario Tijeras* han representado personajes con trastornos mentales asociados a violencia y criminalidad, reforzando la narrativa del “enfermo peligroso”. Estas imágenes alcanzan audiencias masivas y tienen un poder performativo: moldean la manera en que los televidentes interpretan la locura en la vida real. Estudios de recepción cultural realizados por la Universidad Nacional sugieren que las

audiencias asocian los trastornos mentales con inestabilidad emocional, violencia impredecible y peligrosidad social cuando estas narrativas son frecuentes (Universidad Nacional, 2019). Aquí los medios ejercen un poder disciplinario al difundir modelos normativos de cordura y anormalidad.

Por otra parte, algunos intentos de contrarrestar el estigma se han dado a través de campañas estatales y no gubernamentales. Por ejemplo, la campaña “De salud mental sí hablamos” de UNICEF y el Ministerio de Salud en 2024 buscó abrir una conversación pública sobre el bienestar psicosocial de niños y adolescentes, difundiendo mensajes en televisión, radio y plataformas digitales (UNICEF, 2024). Sin embargo, el impacto mediático fue limitado, en parte porque los grandes noticieros y diarios priorizaron la cobertura de violencia y corrupción sobre el seguimiento a dicha campaña. Esto muestra cómo las iniciativas de sensibilización entran en tensión con las lógicas de mercado y rating que privilegian contenidos sensacionalistas.

Los casos de violencia extrema vinculados a enfermedad mental también han marcado la agenda. El asesinato cometido en 2016 por un joven diagnosticado con esquizofrenia en Bogotá fue ampliamente cubierto en noticieros, donde se subrayaba su “locura” como explicación del crimen. Sin embargo, organizaciones de derechos humanos señalaron que el joven no había recibido atención integral ni seguimiento adecuado, y que el sistema de salud mental lo había dejado en abandono (Human Rights Watch, 2017). La genealogía crítica permite ver en este ejemplo cómo el discurso mediático legitima la narrativa de peligrosidad individual, mientras invisibiliza los fallos estructurales del sistema.

Otro ámbito relevante es el de la música popular y el humor. Canciones de despecho y reguetón incluyen expresiones que trivializan el dolor psíquico (“me estoy volviendo loco por ti”) y normalizan la idea de la locura como pérdida de control asociada al amor o la pasión. Los

programas humorísticos, por su parte, han mantenido por décadas personajes caricaturescos de “locos” en hospitales psiquiátricos. Estos discursos cotidianos, aunque ligeros o cómicos, contribuyen a sedimentar en el lenguaje común la noción de que la locura es ridícula o risible, impidiendo un debate serio sobre el sufrimiento psíquico.

Cabe destacar que las redes sociales han abierto espacios de resistencia y autorrepresentación. Colectivos juveniles y de usuarios en salud mental producen contenido en Instagram, YouTube y TikTok para hablar de ansiedad, depresión y trastorno bipolar desde la primera persona. Estos relatos cuestionan el monopolio de los medios tradicionales sobre la verdad de la locura, y aunque carecen del alcance de los noticieros, constituyen prácticas de contra discurso que democratizan la narrativa de la salud mental. Foucault plantearía que aquí se evidencia la emergencia de nuevas subjetividades que se producen y difunden al margen de los dispositivos hegemónicos de poder/saber.

Para comprender de manera más rigurosa el papel de los medios en la construcción cultural de la locura en Colombia, es necesario aplicar metodologías de análisis sistemático. El análisis de contenido permite cuantificar la frecuencia con que aparecen términos asociados a salud mental en periódicos nacionales y regionales, identificar los marcos narrativos dominantes (peligrosidad, sufrimiento, autoayuda, violencia) y evaluar la presencia de fuentes expertas o testimoniales. Estudios realizados por la Fundación Saldarriaga Concha sugieren que este tipo de análisis revela un patrón claro: la salud mental aparece en prensa principalmente vinculada a hechos noticiosos extremos, más que a procesos de prevención, cuidado comunitario o derechos humanos (Saldarriaga Concha, 2021). Desde una mirada foucaultiana, esta selección discursiva evidencia cómo los medios delimitan el campo de lo decible y lo pensable respecto a la locura.

La semiótica mediática constituye otra vía de aproximación. Analizar titulares, fotografías y recursos audiovisuales permite rastrear cómo se codifica visualmente la idea de locura: imágenes de hospitales psiquiátricos antiguos, rejas, personas encadenadas o en crisis se utilizan para ilustrar noticias actuales, reproduciendo una estética de encierro y peligrosidad que cristaliza imaginarios sociales. Este uso reiterado de signos refuerza la asociación entre locura y amenaza, operando como un dispositivo pedagógico cultural: enseñar a la audiencia cómo debe imaginar la enfermedad mental. Foucault denominaría a este proceso una “microfísica del poder”, donde las imágenes circulantes disciplinan sensibilidades y percepciones colectivas.

El análisis de recepción, por su parte, permite comprender cómo distintos públicos interpretan y resignifican estos discursos. Investigaciones etnográficas en jóvenes universitarios y colectivos de usuarios de servicios de salud mental han mostrado que algunos consumidores mediáticos interiorizan el estigma, sintiéndose representados como peligrosos o defectuosos, mientras que otros resignifican los contenidos, ironizando sobre los estereotipos o utilizándolos para visibilizar sus experiencias (Martínez & Castaño, 2022). Estas prácticas de recepción muestran que el discurso mediático no es unívoco: circula en relaciones de poder donde también emergen resistencias, reapropiaciones y disputas por el sentido.

Un balance crítico del papel de los medios en la salud mental en Colombia debe reconocer, además, la falta de políticas públicas específicas para el cubrimiento periodístico responsable. Aunque existen guías internacionales (OMS, 2017), no hay en el país un protocolo consolidado y obligatorio que regule cómo informar sobre suicidio, depresión o esquizofrenia. Esta ausencia normativa contribuye a la dispersión de prácticas: algunos periodistas recurren a enfoques sensacionalistas, mientras que otros experimentan con narrativas sensibles y centradas en derechos. Este vacío institucional puede interpretarse, en términos foucaultianos, como un

campo abierto de lucha discursiva, donde distintos actores disputan la producción de verdad sobre la locura.

En conclusión, el discurso mediático y cultural en Colombia constituye un engranaje clave en la genealogía de la exclusión de la locura: selecciona, dramatiza, patologiza y a la vez invisibiliza, contribuyendo a sedimentar el estigma y a orientar políticas reactivas más que preventivas. Sin embargo, también es un espacio de posibilidad: colectivos de usuarios, periodistas sensibles y medios alternativos están generando contra discursos que abren horizontes de dignidad y cuidado. Incluir este análisis en la monografía permite no solo mapear los regímenes de verdad que han operado en el país, sino también reconocer las fisuras y resistencias que podrían dar lugar a una cultura mediática distinta, más justa y emancipadora.

La Política Pública y la Biopolítica de la Salud Mental en Colombia

La salud mental en Colombia comenzó a ser reconocida como un tema prioritario de política pública a partir de la década de 1990, cuando la Constitución de 1991 estableció la salud como un derecho fundamental y abrió paso a la Ley 100 de 1993, que transformó el sistema hacia un modelo de aseguramiento mixto. Sin embargo, la salud mental permaneció por años en un plano secundario hasta la expedición de la Ley 1616 de 2013, conocida como la “Ley de Salud Mental”, que la reconoció formalmente como un derecho fundamental autónomo (República de Colombia, 2013). Este marco legal establece que toda persona tiene derecho a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación integral en salud mental, y mandata al Estado a garantizarlo a través de políticas públicas intersectoriales. Aunque constituye un avance normativo significativo, su implementación práctica ha enfrentado barreras estructurales en financiación, recursos humanos y articulación territorial.

Posteriormente, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 4886 de 2018, mediante la cual adoptó la Política Nacional de Salud Mental. Este documento plantea estrategias para reducir el estigma, fortalecer los servicios comunitarios, promover el enfoque diferencial (género, ciclo vital, pertenencia étnica) y articular sectores como educación, justicia y trabajo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). En la práctica, sin embargo, múltiples informes de seguimiento han mostrado que persiste una brecha entre el diseño normativo y la implementación: muchos municipios carecen de programas locales, y en zonas rurales la cobertura de servicios especializados es mínima. Así, la política pública se convierte en un dispositivo que produce derechos “en el papel” pero que, en términos foucaultianos, también configura poblaciones excluidas en el terreno.

La biopolítica, como categoría analítica de Michel Foucault, resulta central para interpretar estas dinámicas. Desde esta perspectiva, las políticas de salud mental no se limitan a proveer servicios, sino que buscan administrar poblaciones: definir grupos de riesgo, vigilar comportamientos, promover estilos de vida saludables y normalizar prácticas de autocuidado. La Ley 1616 y la Resolución 4886, en tanto dispositivos biopolíticos, categorizan sujetos (niños, adolescentes, mujeres víctimas de violencia, trabajadores estresados) y diseñan tecnologías de intervención específicas para cada grupo. Así, la política pública no solo responde a necesidades sanitarias, sino que también produce nuevas subjetividades, delimitando qué significa estar “sano” o “enfermo” mentalmente en la sociedad colombiana.

Un ejemplo concreto de esta racionalidad biopolítica es el énfasis en la promoción del autocuidado y la resiliencia. La Política Nacional de Salud Mental de 2018 incluye dentro de sus estrategias la capacitación de comunidades en “habilidades para la vida” y en el fortalecimiento de factores protectores individuales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). Aunque estas medidas pueden ser valiosas, también desplazan la responsabilidad hacia los individuos y colectivos, sin transformar las condiciones estructurales de violencia, inequidad y precariedad laboral que inciden en la salud mental. En términos foucaultianos, estas tecnologías de autogobierno constituyen formas de gubernamentalidad que buscan moldear sujetos responsables de su propia estabilidad emocional, reduciendo la carga al Estado y al sistema de salud.

Finalmente, conviene señalar que la política pública en salud mental en Colombia está atravesada por tensiones con la lógica de mercado propia del modelo de aseguramiento. Si bien la Ley 1616 establece la salud mental como un derecho, en la práctica el acceso depende de la red de prestadores y de las autorizaciones de las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Informes de la Defensoría del Pueblo y la Contraloría General han documentado quejas recurrentes por

demoras en la entrega de medicamentos, falta de especialistas y barreras administrativas (Defensoría del Pueblo, 2021). Estas limitaciones evidencian que la política pública, más allá de su formulación normativa, opera dentro de un campo de fuerzas donde interactúan biopolítica estatal y racionalidad económica neoliberal, produciendo exclusiones materiales que afectan a los usuarios más vulnerables.

La implementación territorial de la política pública en salud mental ha mostrado profundas desigualdades. Mientras en ciudades principales como Bogotá, Medellín o Cali se han creado programas específicos de promoción y prevención, en municipios rurales y regiones apartadas el acceso a servicios especializados es casi inexistente. Informes del Observatorio Nacional de Salud Mental señalan que en departamentos como Vaupés, Guainía o Chocó hay menos de un psiquiatra por cada 100.000 habitantes, lo que refleja una brecha estructural en la capacidad de atención (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022). Esta disparidad territorial se traduce en una ciudadanía fragmentada: quienes viven en grandes urbes pueden ejercer su derecho a la salud mental de manera parcial, mientras que en zonas periféricas dicho derecho permanece meramente declarativo.

Las cifras de prevalencia de problemas de salud mental también evidencian la magnitud del reto. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015, cerca del 10 % de la población colombiana presentaba algún trastorno mental diagnosticable, siendo la depresión y los trastornos de ansiedad los más frecuentes (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015). Estudios posteriores del DANE y el Instituto Nacional de Salud han mostrado un aumento en síntomas de ansiedad y depresión durante la pandemia de COVID-19, especialmente entre mujeres y jóvenes (DANE, 2021). Estos datos sugieren que la demanda de servicios supera

ampliamente la oferta, y que la brecha entre derecho reconocido y atención efectiva tiende a ampliarse en contextos de crisis social.

La política pública también participa en la construcción de categorías poblacionales que orientan las intervenciones. La Resolución 4886 de 2018 establece que grupos como adolescentes, mujeres víctimas de violencia, población LGBTIQ+, migrantes y víctimas del conflicto armado son considerados prioritarios para programas de salud mental (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). Desde la perspectiva foucaultiana, esta focalización constituye una práctica de biopoder: clasificar poblaciones, medir riesgos, definir vulnerabilidades y asignar recursos diferenciados. Aunque estas medidas buscan reducir inequidades, también producen identidades políticas que pueden estigmatizar o esencializar a ciertos grupos, transformando sus experiencias de sufrimiento en categorías administrativas.

Un ejemplo ilustrativo es el tratamiento de la salud mental en víctimas del conflicto armado. El Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI) fue diseñado para brindar acompañamiento a quienes sufrieron violencia, desplazamiento y trauma colectivo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013). Sin embargo, evaluaciones académicas han mostrado que muchas veces la atención se limita a talleres de corta duración o a sesiones individuales sin continuidad, lo que genera frustración y una percepción de revictimización (Gómez & Riaño, 2019). Así, la política pública, aunque reconoce a las víctimas como sujetos de derechos, también las administra como poblaciones “dañadas” que deben ser rehabilitadas para reincorporarse al orden social.

Desde una mirada foucaultiana, estas prácticas de clasificación y focalización responden a una racionalidad biopolítica que busca gestionar riesgos poblacionales más que garantizar cuidados universales. La salud mental se convierte en un campo de intervención donde el Estado

mide, categoriza y regula, produciendo sujetos que deben aprender a autogobernarse bajo las normas del bienestar emocional, la productividad y la resiliencia. El resultado es un entramado de políticas que, más que transformar las condiciones estructurales de inequidad y violencia, terminan reforzando un ideal normativo de “ciudadano sano” que cada individuo debe encarnar para ser reconocido plenamente como sujeto de derechos.

Las Entidades Promotoras de Salud (EPS), creadas bajo la Ley 100 de 1993, son actores centrales en la prestación de servicios de salud mental en Colombia. En teoría, su función es garantizar el acceso universal a la atención, pero en la práctica han sido señaladas por crear múltiples barreras administrativas que limitan la oportunidad y la calidad del servicio. Informes de la Defensoría del Pueblo documentan quejas frecuentes relacionadas con demoras en autorizaciones, negación de medicamentos psiquiátricos de alto costo, escasez de especialistas y falta de continuidad en los tratamientos (Defensoría del Pueblo, 2021). Estas prácticas reflejan un modelo en el que la lógica financiera prima sobre la garantía de derechos, subordinando el bienestar psíquico de los usuarios a criterios de costo-beneficio.

Desde la perspectiva foucaultiana, las EPS funcionan como dispositivos de gubernamentalidad neoliberal que gestionan poblaciones a través de procedimientos burocráticos y económicos. El acceso a la salud mental se convierte en un proceso de selección: quienes tienen capacidad de insistir, recurrir a tutelas o pagar consultas particulares logran acceder, mientras que los más vulnerables quedan excluidos. De esta manera, el régimen de verdad sobre la salud mental se redefine: no basta con ser reconocido como sujeto de derechos por la Ley 1616, sino que se debe demostrar capacidad de navegar un sistema diseñado para filtrar y controlar la demanda. El poder se ejerce no de forma represiva, sino mediante trámites, autorizaciones y tiempos de espera que producen exclusión de facto.

Los fallos de la Corte Constitucional han intentado corregir algunas de estas prácticas, ordenando a las EPS garantizar el suministro inmediato de medicamentos, autorizar terapias psicológicas y prestar atención integral en salud mental (Sentencia T-760 de 2008; T-273 de 2016). Sin embargo, la judicialización de la salud mental revela una paradoja: el derecho que debería ser universal y automático solo se materializa a través de la acción legal individual. Esta situación convierte al litigio en un mecanismo de acceso, reforzando desigualdades entre quienes pueden recurrir a la justicia y quienes no tienen información o recursos para hacerlo. Así, el campo jurídico se entrelaza con el económico en la producción de subjetividades desiguales frente al derecho a la salud mental.

Las barreras también son simbólicas. Muchos usuarios reportan sentirse estigmatizados por el trato en las EPS, donde la salud mental es considerada secundaria frente a la salud física. Investigaciones cualitativas en Bogotá muestran que pacientes con depresión o ansiedad sienten que sus síntomas son minimizados por médicos generales y que las derivaciones a especialistas suelen ser demoradas o negadas (Cortés & Pardo, 2020). Estas experiencias reproducen un régimen de verdad en el que la enfermedad mental es vista como menos urgente o menos legítima, reforzando la exclusión cultural desde las instituciones de salud.

Las EPS actúan como nodos donde se cruzan biopolítica estatal y racionalidad de mercado. Por un lado, cumplen con la función de administrar poblaciones y garantizar un mínimo de atención en nombre del Estado; por otro, operan bajo criterios empresariales que priorizan la sostenibilidad financiera. Este doble papel las convierte en dispositivos híbridos de poder/saber: productores de subjetividades que, al tiempo que reconocen a los usuarios como sujetos de derecho, los interpelan como consumidores que deben adaptarse a reglas contractuales y económicas. En este sentido, la genealogía foucaultiana revela que la salud mental en

Colombia no se gestiona únicamente como un derecho, sino también como una mercancía administrada en clave neoliberal.

La política pública en salud mental en Colombia no puede entenderse de forma aislada: está profundamente influenciada por marcos internacionales, recomendaciones técnicas y lineamientos de organismos multilaterales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han sido actores claves en la definición de lo que significa la “salud mental” y de las estrategias válidas para abordarla. Documentos como el “Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020” de la OMS establecieron metas globales de promoción, prevención y atención, instando a los países miembros, incluido Colombia, a adoptar planes nacionales alineados con estos objetivos (OMS, 2013). En consecuencia, la Resolución 4886 de 2018 y la Política Nacional de Salud Mental retoman de manera explícita estas directrices, mostrando un claro proceso de traducción de discursos globales en políticas locales.

Desde la perspectiva foucaultiana, este fenómeno constituye una manifestación de biopolítica global: los organismos internacionales no solo producen conocimientos técnicos, sino que generan marcos de verdad que los Estados deben adoptar para ser considerados legítimos en la comunidad internacional. La noción de “trastornos mentales como problema de salud pública prioritario” o la idea de “factores protectores psicosociales” no surgen únicamente del contexto colombiano, sino que son importadas y adaptadas desde discursos globales. Esta circulación transnacional de conceptos muestra cómo el poder/saber no se limita a instituciones locales, sino que opera en redes internacionales que configuran poblaciones a escala planetaria.

Un ejemplo concreto de esta influencia es la integración de indicadores estandarizados en la medición de la salud mental. La OMS promueve el uso de instrumentos como la Carga Global de Enfermedad (GBD), que calcula la pérdida de años de vida saludable por trastornos como

depresión, ansiedad o esquizofrenia (GBD, 2019). El Ministerio de Salud colombiano ha incorporado estas métricas en sus informes, adoptando un lenguaje técnico que permite comparaciones internacionales. Sin embargo, esta estandarización también borra especificidades locales, como el impacto del conflicto armado o del desplazamiento forzado en la salud mental, que no siempre se reflejan en indicadores globales. Aquí se evidencia un efecto de normalización global: medir a todas las poblaciones bajo parámetros homogéneos que pueden invisibilizar experiencias singulares.

Asimismo, los organismos internacionales han promovido un enfoque comunitario y de desinstitucionalización, instando a los Estados a reducir la dependencia de hospitales psiquiátricos y a fortalecer redes comunitarias de cuidado. En Colombia, este discurso se ha incorporado en la Política Nacional de Salud Mental y en proyectos piloto en ciudades como Bogotá y Medellín. No obstante, la falta de recursos y la lógica del aseguramiento dificultan la materialización de este ideal. El resultado es un híbrido: discursos progresistas de inclusión y derechos humanos en el plano normativo, y prácticas de medicalización y encierro en el terreno (OPS, 2019). En términos foucaultianos, esto muestra la coexistencia de múltiples racionalidades de gobierno, a veces contradictorias, que producen tensiones en el ejercicio del poder sobre los cuerpos y las poblaciones.

Es necesario señalar que la inserción de Colombia en redes internacionales también responde a lógicas de legitimación política. La adhesión a planes de acción globales y la producción de políticas alineadas con la OMS no solo buscan mejorar la salud de la población, sino también posicionar al Estado como un actor moderno, responsable y capaz de cumplir con estándares internacionales. Esta dinámica revela cómo la política pública en salud mental opera simultáneamente en dos niveles: como dispositivo de control interno sobre poblaciones

nacionales y como dispositivo de reconocimiento externo en la comunidad internacional. Esta doble función refuerza la idea foucaultiana de la biopolítica como un entramado complejo de saberes y poderes que atraviesan escalas locales, nacionales y globales.

El balance crítico de la política pública de salud mental en Colombia muestra un campo marcado por avances normativos importantes, pero también por contradicciones estructurales. La Ley 1616 de 2013 y la Resolución 4886 de 2018 han representado un hito al reconocer la salud mental como un derecho fundamental y al establecer planes nacionales de acción. Sin embargo, los vacíos de implementación territorial, la falta de recursos suficientes y las barreras administrativas impuestas por el sistema de aseguramiento hacen que el ejercicio efectivo de ese derecho siga siendo desigual y limitado (Defensoría del Pueblo, 2021). En clave foucaultiana, esto muestra cómo el poder opera no solo mediante la proclamación de derechos, sino también a través de los mecanismos cotidianos que los restringen o los diferencian según la posición social, económica y geográfica de los sujetos.

Desde la biopolítica, la política pública en salud mental se presenta como una estrategia de administración de la vida y de los cuerpos. A través de categorías como “población vulnerable”, “grupos de riesgo” o “factores protectores”, el Estado clasifica a la ciudadanía y diseña tecnologías de intervención que buscan moldear conductas y prevenir desórdenes. Esta racionalidad produce subjetividades normativas: el sujeto “resiliente”, “productivo” y “emocionalmente competente” se erige como el ideal ciudadano. No obstante, estas categorías invisibilizan las condiciones estructurales de violencia, desigualdad y precariedad que inciden en el sufrimiento psíquico, desplazando la responsabilidad del Estado hacia el individuo.

En este contexto, las resistencias sociales y jurídicas adquieren una relevancia crucial. Los colectivos de usuarios, familiares y profesionales de la salud han denunciado la falta de

acceso y han exigido la implementación real de la Ley 1616 mediante movilizaciones, campañas y acciones legales. Del mismo modo, la Corte Constitucional, a través de sentencias emblemáticas como la T-760 de 2008, ha recordado al Estado que los derechos en salud no son concesiones, sino obligaciones exigibles (Corte Constitucional, 2008). Estas resistencias configuran lo que Foucault denominaría *contra conductas*: prácticas que desafían el poder gubernamental y que buscan transformar los regímenes de verdad dominantes en torno a la salud mental.

Un reto central para el futuro de la política pública en salud mental en Colombia es superar la tensión entre el discurso internacional de derechos humanos y las limitaciones estructurales del sistema de salud. Mientras la OMS y la OPS promueven paradigmas inclusivos y comunitarios, la realidad colombiana está marcada por la fragmentación institucional, la dependencia del mercado y la persistencia del estigma cultural. La genealogía crítica permite mostrar que esta contradicción no es accidental, sino constitutiva del campo: la política pública se debate entre la producción de discursos emancipatorios y la reproducción de prácticas excluyentes.

En conclusión, la política pública en salud mental en Colombia debe ser leída como un dispositivo biopolítico complejo, atravesado por tensiones entre lo normativo y lo práctico, lo nacional y lo global, lo estatal y lo comunitario. Reconocer estas tensiones no implica negar los avances alcanzados, sino problematizar las formas en que el poder se ejerce y se resiste en este campo. Solo así será posible construir políticas que no se limiten a administrar poblaciones bajo criterios de riesgo, sino que promuevan la dignidad, la inclusión y el cuidado integral de todas las personas como sujetos plenos de derechos.

Economía, Neoliberalismo y Salud Mental: La Lógica del Mercado en la Atención

La configuración del sistema de salud colombiano bajo la Ley 100 de 1993 introdujo una lógica de aseguramiento que transformó la atención en salud, incluida la salud mental, en un campo atravesado por relaciones de mercado. En este modelo, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) actúan como intermediarias entre el Estado, los prestadores y los usuarios, gestionando los recursos bajo criterios de eficiencia financiera. Aunque la Ley 1616 de 2013 reconoció la salud mental como derecho fundamental, en la práctica su provisión depende de autorizaciones, contratos y balances presupuestales de las EPS (República de Colombia, 2013). Así, el derecho se convierte en un bien condicionado por procesos administrativos que responden más a la sostenibilidad financiera que a las necesidades de los pacientes, un rasgo típico de la racionalidad neoliberal.

Desde una mirada foucaultiana, este sistema puede leerse como una tecnología de gobierno neoliberal que desplaza la responsabilidad de la salud desde el Estado hacia los individuos y las familias. Se promueve la idea de que cada sujeto debe ser un “emprendedor de sí mismo”, capaz de gestionar su bienestar emocional a través de autocuidado, disciplina y consumo de servicios privados cuando los públicos fallan (Foucault, 2008). Esta gubernamentalidad produce una subjetividad autorregulada, donde el fracaso en mantener la estabilidad emocional no se entiende como un problema estructural, sino como una falla personal. En el campo de la salud mental, esta narrativa se expresa en el auge de terapias breves, programas de coaching y proliferación de discursos motivacionales que responsabilizan al individuo de su resiliencia.

Los efectos de esta lógica de mercado son visibles en las estadísticas de acceso. Informes de la Contraloría General de la República y de la Defensoría del Pueblo han señalado que miles

de tutelas interpuestas cada año corresponden a reclamaciones en salud mental: negación de terapias psicológicas, suspensión de tratamientos y barreras para el suministro de medicamentos psiquiátricos de alto costo (Defensoría del Pueblo, 2021). Este recurso a la vía judicial muestra que el acceso a un derecho fundamental se encuentra mediado por la capacidad de los individuos de litigar contra las instituciones, lo que reproduce desigualdades sociales. La judicialización de la salud se convierte así en un síntoma de la precariedad del modelo neoliberal, donde los ciudadanos deben convertirse en “sujetos jurídicos activos” para reclamar lo que debería ser garantizado automáticamente.

Además, la lógica empresarial del sistema promueve intervenciones de bajo costo y rápida resolución, priorizando tratamientos farmacológicos frente a terapias de largo plazo o programas comunitarios. Investigaciones de la Universidad Nacional de Colombia señalan que la cobertura de psicoterapia es mínima en comparación con el acceso a psicofármacos, lo que genera una dependencia médica que responde a criterios de costo-eficiencia más que a evidencia clínica integral (Restrepo & Pineda, 2019). En términos foucaultianos, esta priorización configura un régimen de verdad donde lo que cuenta como “tratamiento válido” es aquello que puede cuantificarse y financiarse con rapidez, reduciendo la complejidad del sufrimiento psíquico a parámetros técnicos y económicos.

Por último, el mercado de aseguramiento en salud mental genera dinámicas de exclusión geográfica y social. Mientras en las grandes ciudades existen clínicas privadas con amplia oferta de servicios, en zonas rurales y municipios periféricos los usuarios dependen casi exclusivamente de hospitales públicos con recursos limitados. Esta brecha territorial refuerza desigualdades históricas y muestra cómo la lógica neoliberal distribuye el acceso a la salud mental en función de la capacidad de pago, la ubicación y el capital social de los usuarios. El

resultado es un campo profundamente desigual, donde la promesa de universalidad se ve minada por las reglas del mercado.

La precariedad laboral en Colombia constituye uno de los factores más relevantes en la configuración neoliberal de la salud mental. Según cifras del DANE, en 2022 cerca del 58 % de la población ocupada se encontraba en condiciones de informalidad laboral, lo que implica ausencia de estabilidad, protección social y acceso efectivo a servicios de salud (DANE, 2022). Esta realidad incide directamente en el bienestar psíquico, pues la incertidumbre económica, la falta de ingresos estables y la imposibilidad de planear a futuro generan elevados niveles de ansiedad y estrés. Desde una lectura foucaultiana, estas condiciones son expresión de una gubernamentalidad que administra poblaciones a través de la inseguridad y la competencia constante, produciendo subjetividades frágiles que internalizan la responsabilidad de su propia vulnerabilidad.

La pandemia de COVID-19 exacerbó estos problemas. Estudios de la Universidad de los Andes y del Observatorio Nacional de Salud Mental muestran un aumento significativo en síntomas de depresión, ansiedad e insomnio durante los años 2020 y 2021, especialmente entre mujeres, jóvenes y trabajadores informales (Rodríguez & Álvarez, 2021). Sin embargo, la oferta de servicios de salud mental no se expandió al mismo ritmo, y gran parte de la atención se limitó a líneas telefónicas de orientación que, aunque útiles, resultaron insuficientes frente a la magnitud del problema. Esta brecha ilustra cómo el modelo neoliberal tiende a responder con soluciones mínimas y de bajo costo, priorizando la gestión simbólica de la crisis sobre la transformación real de las condiciones estructurales que generan sufrimiento.

La dimensión económica de la salud mental también se expresa en la medicalización del malestar. El mercado farmacéutico, estrechamente vinculado a la lógica de las EPS, fomenta la

prescripción de psicofármacos como respuesta inmediata y rentable a problemas complejos de origen social, laboral o político. Datos de la Asociación Colombiana de Psiquiatría indican que entre 2010 y 2020 el consumo de ansiolíticos y antidepresivos aumentó de forma sostenida, mientras que la cobertura de psicoterapia apenas creció marginalmente (ACP, 2021). Esta tendencia refuerza la idea de que el malestar psíquico debe resolverse en el cuerpo individual, a través de la química, y no en el cuerpo social, a través de políticas de justicia, equidad y bienestar.

Otro aspecto clave es el impacto de la deuda y el endeudamiento en la salud mental. Investigaciones recientes muestran que el sobreendeudamiento de hogares colombianos, agravado por el uso extendido de tarjetas de crédito y créditos de consumo, está asociado a mayores niveles de ansiedad, depresión y desesperanza (Banco de la República, 2022). En un contexto neoliberal, la deuda se convierte en un mecanismo de control biopolítico que disciplina a los sujetos, obligándolos a mantener conductas productivas y a internalizar la culpa por no poder cumplir con los pagos. Así, la economía financiera no solo regula mercados, sino que también moldea emociones, produciendo sujetos gobernados por la angustia del incumplimiento.

La conjunción de precariedad laboral, pandemia, medicalización y endeudamiento demuestra que la salud mental en Colombia no puede entenderse únicamente en términos clínicos. Se trata de un fenómeno profundamente atravesado por lógicas económicas que, al inscribirse en los cuerpos y subjetividades, reproducen un régimen de verdad neoliberal: el individuo debe ser resiliente, productivo y autosuficiente, incluso en medio de condiciones estructurales adversas. La genealogía foucaultiana permite desnaturalizar este régimen y mostrar cómo el sufrimiento psíquico es gobernado a través de tecnologías económicas que moldean la vida cotidiana de millones de colombianos.

La lógica del mercado en el sistema de salud colombiano convierte la atención en salud mental en una mercancía, administrada bajo criterios de rentabilidad y eficiencia. En este modelo, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) compiten por contratos, optimizan recursos y priorizan servicios que generen menor costo y mayor retorno financiero. Como resultado, la atención psicológica y psiquiátrica se fragmenta en consultas breves, terapias limitadas y procedimientos sujetos a autorizaciones. Según la Defensoría del Pueblo, la mayoría de las quejas relacionadas con salud mental en 2021 se referían a la negación de terapias y a la falta de acceso oportuno a especialistas, evidenciando un patrón de racionamiento estructural (Defensoría del Pueblo, 2021). Así, el derecho a la salud mental se convierte en un bien regulado por la lógica del consumo.

En las grandes ciudades, el mercado ha generado una proliferación de clínicas privadas y centros de terapia que ofrecen servicios especializados de alta calidad, pero con tarifas inaccesibles para la mayoría de la población. Este fenómeno produce una segmentación social: quienes tienen capacidad de pago acceden a tratamientos integrales y personalizados, mientras que los sectores populares deben conformarse con la oferta limitada del sistema público o con intervenciones de bajo costo promovidas por las EPS. Investigaciones de la Universidad del Valle han señalado que esta brecha se traduce en desigualdades en resultados de salud mental, ya que la continuidad y la calidad del tratamiento dependen directamente de la posición socioeconómica (Mejía & Cañón, 2020). En clave foucaultiana, esto constituye un ejemplo de biopolítica diferencial, donde las poblaciones son gobernadas de acuerdo con su capital económico.

El acceso territorial también está condicionado por la lógica mercantil. En departamentos periféricos como Vichada, Guaviare o La Guajira, la oferta de psiquiatras y psicólogos clínicos

es casi inexistente, y los usuarios dependen de brigadas temporales o tele consultas ocasionales. La Asociación Colombiana de Psiquiatría ha advertido que más del 70 % de los psiquiatras del país se concentran en Bogotá, Medellín y Cali, dejando al resto de regiones con una cobertura insuficiente (ACP, 2021). Este desequilibrio territorial refuerza la idea de que el mercado no distribuye los recursos de manera equitativa, sino en función de la concentración de demanda y capacidad de pago. El resultado es una exclusión sistemática de comunidades rurales e indígenas, cuyas necesidades quedan subordinadas a los intereses del mercado urbano.

El lenguaje empresarial que domina el sector salud también influye en la forma en que se concibe la atención. Conceptos como “cartera”, “siniestralidad”, “usuarios frecuentes” o “riesgo financiero” circulan en los informes de EPS y ARL, desplazando el sentido de la salud mental como derecho hacia el de la salud mental como riesgo económico. En este marco discursivo, los pacientes se convierten en “costos” que deben ser gestionados y contenidos, y no en sujetos con dignidad. Foucault advertía que el neoliberalismo transforma la relación entre el Estado y los individuos en una relación empresarial: los ciudadanos son interpelados como clientes y los derechos como servicios sujetos a contratos. La salud mental en Colombia encarna este paradigma con claridad.

La mercantilización de la salud mental tiene efectos culturales. El auge de servicios privados de coaching, terapias alternativas pagas y aplicaciones digitales de bienestar refleja una tendencia a concebir la estabilidad emocional como un bien de consumo. Estas ofertas, orientadas a sectores medios y altos, promueven un modelo de subjetividad centrado en el autocontrol, la productividad y la resiliencia individual. Si bien pueden brindar beneficios, también refuerzan la idea de que la salud mental es una responsabilidad personal que debe financiarse en el mercado, reforzando la exclusión de quienes no tienen recursos para pagar.

Desde la genealogía foucaultiana, este fenómeno puede leerse como una extensión de la gubernamentalidad neoliberal hacia el terreno más íntimo de la vida emocional.

El modelo colombiano de salud mental también está condicionado por la economía global y por las recomendaciones de organismos multilaterales que promueven reformas orientadas al mercado. Desde la década de 1990, con la implementación de la Ley 100 de 1993, el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional recomendaron a Colombia sistemas de aseguramiento mixtos y descentralización administrativa como parte de las políticas de ajuste estructural (Banco Mundial, 1994). Estas orientaciones no fueron neutrales: respondieron a una lógica de liberalización económica que concebía la salud como un sector susceptible de ser administrado bajo criterios de eficiencia y competencia. Así, la atención en salud mental quedó subordinada a las dinámicas del mercado global y a la presión por reducir el gasto público.

En este contexto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) promovieron planes de acción en salud mental con énfasis en la desinstitucionalización y en la atención comunitaria (OMS, 2013). Si bien estos lineamientos introdujeron un enfoque de derechos y de inclusión, también llevaron a la adopción de indicadores estandarizados que buscaban medir la efectividad de los sistemas en términos de cobertura y costo. En Colombia, la Política Nacional de Salud Mental de 2018 adoptó estas recomendaciones, planteando metas de reducción de hospitalizaciones prolongadas y fortalecimiento de redes comunitarias (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). Sin embargo, la ausencia de recursos suficientes y el predominio de la lógica financiera de las EPS han impedido cumplir plenamente con estos objetivos.

La deuda externa y los compromisos fiscales del Estado colombiano también han influido en la priorización presupuestal en salud. Durante las últimas décadas, el pago de intereses de la

deuda ha limitado la capacidad de inversión en políticas sociales, incluyendo la salud mental (CEPAL, 2020). Este fenómeno puede leerse, en clave foucaultiana, como una forma de biopolítica global: las decisiones sobre el cuidado de los cuerpos y las subjetividades se subordinan a los dictados de la economía internacional y a las exigencias de estabilidad macroeconómica. La salud mental, en este escenario, no aparece como prioridad estructural, sino como un componente accesorio de los compromisos financieros del Estado.

El proceso de estandarización internacional también tiene un efecto cultural. Al adoptar manuales diagnósticos globales como el DSM-5 o la CIE-11, Colombia inscribe su sistema de salud mental en un régimen de verdad universal que clasifica y categoriza el sufrimiento psíquico de acuerdo con parámetros homogéneos. Aunque esto permite comparaciones internacionales y facilita el acceso a tratamientos farmacológicos aprobados globalmente, también corre el riesgo de invisibilizar las particularidades locales, como el trauma derivado del conflicto armado, el desplazamiento forzado o las violencias estructurales. Desde una perspectiva foucaultiana, esta adopción de categorías externas constituye una forma de colonización epistemológica, donde los saberes locales quedan subordinados a verdades globales legitimadas por organismos internacionales.

La economía global y los organismos multilaterales han configurado la salud mental en Colombia no solo como un campo técnico, sino también como un espacio de gobernanza transnacional. El Estado, al adherirse a estos lineamientos, busca legitimidad internacional y acceso a financiamiento, pero en el proceso adapta sus políticas a marcos que priorizan eficiencia económica y medición estandarizada sobre las realidades sociales locales. Este entrecruce de racionalidades globales y nacionales refuerza el carácter neoliberal de la salud mental como

dispositivo biopolítico, donde el cuidado de la vida se somete a las reglas del mercado y de la economía mundial.

El balance crítico de la salud mental en Colombia bajo la lógica neoliberal muestra un sistema tensionado entre el reconocimiento formal del derecho y la mercantilización de su ejercicio. La Ley 1616 de 2013 garantiza la salud mental como derecho fundamental, pero la estructura heredada de la Ley 100 de 1993 y las prácticas empresariales de las EPS subordinan este derecho a la rentabilidad y a la eficiencia administrativa. El resultado es un campo desigual: algunos usuarios acceden a tratamientos de calidad en clínicas privadas, mientras que otros enfrentan barreras sistemáticas que los dejan excluidos o con atención fragmentada. En clave foucaultiana, esto puede leerse como una biopolítica neoliberal que produce subjetividades diferenciadas, donde la dignidad del sujeto se mide según su capacidad de consumo.

Sin embargo, frente a esta mercantilización, han surgido resistencias y alternativas. Experiencias comunitarias en ciudades como Medellín y Bogotá han promovido modelos de salud mental basados en redes de apoyo vecinal, grupos de ayuda mutua y acompañamiento psicosocial desde organizaciones no gubernamentales (Arango & Restrepo, 2020). Estos espacios buscan desplazar el foco del individuo aislado hacia el colectivo, rompiendo con la lógica de medicalización exclusiva y con el discurso de autocuidado impuesto por el mercado. Aunque muchas de estas iniciativas carecen de financiación estable, representan ejemplos concretos de lo que Foucault denominaba “contra conductas”: prácticas que desafían el régimen de verdad dominante y proponen nuevas formas de subjetividad.

Asimismo, la investigación académica y los movimientos sociales han planteado la necesidad de políticas públicas que reduzcan la dependencia de psicofármacos y que fortalezcan la psicoterapia, la atención comunitaria y la prevención estructural. Documentos de la Asociación

Colombiana de Psiquiatría y de universidades como la Nacional y los Andes insisten en que la salud mental debe abordarse desde determinantes sociales: pobreza, violencia, inequidad de género, precariedad laboral y discriminación (ACP, 2021; Rodríguez & Álvarez, 2021). Este giro implica reconocer que el sufrimiento psíquico no es solo un desorden individual, sino una expresión de contextos sociales y económicos que deben transformarse colectivamente.

Un reto fundamental es la financiación. La redistribución de recursos en el sistema de salud permitiría fortalecer servicios públicos de salud mental y reducir la desigualdad territorial. En lugar de priorizar el gasto en procedimientos de alta rentabilidad o en litigios judiciales, el Estado podría destinar recursos a programas comunitarios sostenidos, formación de profesionales en regiones apartadas y creación de centros de atención integral. Esta reorientación presupuestal constituye no solo una medida técnica, sino un acto político que redefine qué vidas se consideran dignas de cuidado.

La salud mental en Colombia, bajo la lógica neoliberal, se configura como un dispositivo de poder que administra poblaciones en función de criterios de mercado. No obstante, las experiencias comunitarias, los litigios ciudadanos y los discursos críticos abren posibilidades para pensar alternativas. La genealogía foucaultiana permite ver que no se trata únicamente de garantizar un derecho formal, sino de disputar el régimen de verdad que concibe la salud mental como mercancía. Solo al reconocer el sufrimiento psíquico como una cuestión de dignidad humana y de justicia social podrá emerger un modelo de cuidado que trascienda la lógica de mercado y promueva la vida en su sentido más pleno.

Subjetividades, Voces y Resistencias: Colectivos, Usuarios y Redes de Apoyo en Colombia

En Colombia, las experiencias de sufrimiento psíquico no se limitan al ámbito clínico ni a la relación entre paciente y sistema de salud. Por el contrario, múltiples colectivos, organizaciones sociales y redes de usuarios han emergido como actores que disputan las formas dominantes de entender y atender la salud mental. Estos grupos han cuestionado la medicalización excesiva, las barreras de acceso impuestas por las EPS y la invisibilización de los determinantes sociales, proponiendo alternativas basadas en la solidaridad, la comunidad y el reconocimiento de los derechos humanos. Investigaciones recientes señalan que el papel de estas organizaciones ha sido clave para visibilizar problemas como la estigmatización, la falta de cobertura en zonas rurales y la ausencia de políticas diferenciales para poblaciones históricamente vulneradas (Cifuentes & Álvarez, 2020).

La emergencia de estas resistencias puede entenderse desde una perspectiva foucaultiana como el surgimiento de “contra conductas”, es decir, prácticas que cuestionan y desafían los regímenes de verdad impuestos por las instituciones estatales y el mercado. Mientras la política pública y el sistema de salud tienden a clasificar a los individuos en categorías diagnósticas y a ofrecer respuestas estandarizadas, los colectivos ciudadanos reivindican la singularidad de las experiencias y el derecho a ser escuchados. Este desplazamiento del foco desde el discurso experto hacia las voces de los usuarios revela una disputa por el poder/saber en el campo de la salud mental, donde los sujetos buscan reapropiarse de sus narrativas y resistir a la homogenización biomédica.

Un ejemplo significativo lo constituye la Red Colombiana de Salud Mental Comunitaria, integrada por profesionales, usuarios y organizaciones sociales que promueven un enfoque alternativo basado en la construcción colectiva de bienestar. Esta red plantea que la salud mental

debe entenderse más allá del diagnóstico clínico y que es necesario fortalecer el tejido social, el acceso a la cultura y la participación comunitaria como factores de cuidado (Red Colombiana de Salud Mental Comunitaria, 2019). Al hacerlo, cuestiona la hegemonía del modelo biomédico y propone una concepción ampliada que incorpora los determinantes sociales, económicos y culturales.

Asimismo, colectivos de víctimas del conflicto armado han reivindicado el derecho a una atención psicosocial que reconozca la memoria histórica y la reparación simbólica, y no solo la estabilización clínica. Programas como el PAPSIVI, aunque importantes, han sido señalados como insuficientes por limitarse a intervenciones breves que no abordan el dolor colectivo ni las demandas de justicia (Gómez & Riaño, 2019). En respuesta, comunidades organizadas han creado espacios de duelo colectivo, acompañamiento espiritual y construcción de memoria que resignifican el sufrimiento y lo transforman en acción política. Estos procesos pueden leerse como resistencias al dispositivo estatal que busca “normalizar” a las víctimas para reincorporarlas rápidamente al orden social, invisibilizando las raíces estructurales de la violencia.

Desde esta perspectiva, las subjetividades que emergen en Colombia en torno a la salud mental no son pasivas ni meramente receptoras. Son subjetividades activas que disputan el campo del saber y que buscan producir nuevas formas de vivir el malestar, resistiendo a la medicalización y a la mercantilización. Este movimiento abre un horizonte de esperanza: pensar la salud mental no solo como un problema técnico, sino como un campo de luchas políticas y culturales donde los sujetos reclaman su derecho a definir qué significa estar bien y cómo quieren ser cuidados.

Las asociaciones de usuarios y familiares han desempeñado un papel decisivo en la transformación de los discursos sobre salud mental en Colombia. Estas organizaciones, conformadas por pacientes, cuidadores y allegados, han surgido como respuesta a la falta de continuidad en los tratamientos, la carencia de información y la persistente estigmatización social. Más allá de proveer acompañamiento emocional, han logrado incidir en la agenda pública mediante la visibilización de problemáticas estructurales y la presión hacia instituciones estatales y prestadores de servicios. Por ejemplo, la Asociación Colombiana de Familiares de Personas con Esquizofrenia y otras Enfermedades Mentales (ACFE) ha promovido campañas contra el estigma y ha exigido al Estado mayor cobertura en terapias comunitarias, convirtiéndose en un actor político que disputa el sentido de la salud mental (ACFE, 2020).

En este proceso, las familias han pasado de ser consideradas únicamente como cuidadoras pasivas a convertirse en agentes activos que reclaman derechos. Este tránsito se vincula con lo que Foucault denominaría un desplazamiento en las relaciones de poder: los sujetos históricamente silenciados se reapropian de su experiencia y se convierten en productores de saber. Al narrar públicamente sus vivencias, cuestionan la autoridad exclusiva del discurso médico y evidencian la necesidad de un enfoque integral que considere el entorno social, económico y afectivo en el cuidado. Estas prácticas resignifican la salud mental como un fenómeno colectivo, no reducible a la dimensión individual.

Los colectivos LGBTIQ+ han sido especialmente relevantes en la disputa contra discursos patologizantes. Durante décadas, las diversidades sexuales y de género fueron interpretadas por la psiquiatría como trastornos que debían ser corregidos. Aunque la Organización Mundial de la Salud eliminó la homosexualidad de sus clasificaciones en 1990 y la transexualidad en 2019, en Colombia persisten prácticas discriminatorias en servicios de salud

(OPS, 2019). Frente a ello, colectivos como Caribe Afirmativo y Santamaría Fundación han denunciado la violencia simbólica y han promovido una visión de la salud mental centrada en la afirmación de identidades diversas. Estas organizaciones han desarrollado proyectos de acompañamiento psicosocial y espacios de cuidado colectivo que subvierten la lógica clínica tradicional, mostrando que el bienestar psíquico depende también del reconocimiento social y de la garantía de derechos humanos.

La labor de estos colectivos se enmarca en lo que la teoría foucaultiana identifica como prácticas de resistencia: la creación de saberes subalternos que disputan la hegemonía del discurso biomédico y que buscan generar regímenes alternativos de verdad. Al posicionar la voz de usuarios, familiares y comunidades diversas, se produce un desplazamiento epistémico que cuestiona la naturalización del diagnóstico y reivindica el derecho a una salud mental vivida desde la dignidad y la diferencia. En este sentido, las asociaciones y colectivos no solo acompañan, sino que también transforman, actuando como agentes políticos que reconfiguran los límites de lo pensable en torno a la salud mental en Colombia.

Las comunidades indígenas y afrodescendientes en Colombia han desarrollado resistencias particulares frente al modelo biomédico dominante, reivindicando prácticas ancestrales de cuidado y formas comunitarias de afrontar el sufrimiento psíquico. Para muchos pueblos originarios, la salud mental no se entiende como un fenómeno individual, sino como un equilibrio entre cuerpo, espíritu, territorio y comunidad. El Ministerio de Salud reconoce que en resguardos indígenas existen figuras como los jaibanás en comunidades emberá o los mamos en pueblos arhuacos, que cumplen funciones de sanadores espirituales y mediadores sociales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). Estas prácticas ofrecen un enfoque integral que

cuestiona la fragmentación biomédica, en la cual la mente y el cuerpo son tratados como entidades separadas.

En el caso de las comunidades afrodescendientes del Pacífico, los rituales colectivos, el uso de la música y la oralidad han sido identificados como estrategias fundamentales para procesar el duelo y fortalecer el tejido comunitario. Investigaciones etnográficas en el Chocó y Nariño muestran que los alabaos, cantos funerarios afrocolombianos, no solo cumplen una función espiritual, sino que también ayudan a tramitar colectivamente experiencias de violencia, desplazamiento y pérdida (Restrepo, 2019). Estos saberes locales constituyen formas de resistencia cultural frente a un sistema de salud que tiende a imponer categorías diagnósticas universales y tratamientos estandarizados.

Desde una perspectiva foucaultiana, estas prácticas pueden leerse como “saberes subyugados”: conocimientos históricamente marginalizados por el poder biomédico y estatal, pero que contienen una racionalidad distinta sobre el cuidado y la vida. La genealogía permite visibilizar que no existe una única forma legítima de atender la salud mental, sino que los discursos dominantes han silenciado alternativas que cuestionan la centralidad del diagnóstico y la medicalización. La insistencia de las comunidades en mantener sus prácticas constituye una forma de resistencia que afirma la autonomía cultural y la autodeterminación en el cuidado.

Las resistencias en territorios rurales también revelan la tensión entre las políticas estatales y las realidades locales. En municipios apartados, donde la presencia de profesionales especializados es escasa o nula, las redes comunitarias suplen la ausencia del Estado mediante acompañamiento mutuo, liderazgo de promotores de salud y apoyo de organizaciones sociales. Aunque estas iniciativas suelen carecer de financiamiento estable, representan un ejemplo de autogobierno comunitario, en el que la salud mental se concibe como un asunto compartido y no

como una responsabilidad individualizada. En este sentido, las prácticas rurales muestran que la ausencia de atención formal no implica ausencia de cuidado, sino la emergencia de formas alternativas de sostener la vida colectiva.

Las comunidades indígenas, afrodescendientes y rurales han generado resistencias que amplían el horizonte de lo posible en la salud mental. Sus saberes y prácticas no solo cuestionan el monopolio del discurso biomédico, sino que también proponen epistemologías propias que integran territorio, espiritualidad y comunidad. Estas resistencias evidencian que la salud mental no puede ser reducida a parámetros universales, sino que debe abrirse a la pluralidad de formas de comprender y habitar el mundo.

En los últimos años, los espacios digitales se han convertido en un escenario privilegiado para la emergencia de resistencias y nuevas subjetividades en torno a la salud mental en Colombia. Colectivos juveniles, activistas independientes y organizaciones sociales han utilizado plataformas como Facebook, Instagram y TikTok para visibilizar experiencias de sufrimiento psíquico, compartir recursos de autocuidado y denunciar las fallas estructurales del sistema de salud. Estas prácticas desafían el estigma cultural que por décadas silenció el malestar emocional, permitiendo que los jóvenes construyan narrativas propias que cuestionan los discursos dominantes. Estudios recientes muestran que más del 60 % de los adolescentes en Colombia utilizan redes sociales para informarse sobre temas de salud, lo que convierte estos espacios en canales estratégicos de sensibilización y apoyo (DANE, 2021).

El activismo digital juvenil ha impulsado campañas de visibilización con etiquetas como #NoEsDebilidad o #SaludMentalEsDerecho, que circulan en redes sociales para denunciar la falta de acceso a terapias y el maltrato en instituciones educativas y laborales. Estas iniciativas muestran cómo los sujetos se reapropian de las tecnologías digitales para disputar los regímenes

de verdad tradicionales, produciendo contra discursos que rechazan la culpabilización individual y exigen transformaciones estructurales. En clave foucaultiana, estas prácticas pueden entenderse como formas de contra conducta que utilizan los mismos medios de vigilancia y control —las redes sociales— para crear resistencias colectivas que cuestionan la gubernamentalidad neoliberal.

Los movimientos estudiantiles también han desempeñado un papel relevante en la politización de la salud mental. Durante las movilizaciones de 2019 y 2021, colectivos universitarios incluyeron en sus pliegos de demandas la necesidad de ampliar el acceso a servicios de salud mental y de generar entornos académicos libres de violencias y presiones excesivas (González & Rojas, 2022). Estas acciones mostraron que la salud mental no puede desligarse de las condiciones materiales de estudio, trabajo y vida cotidiana, y que el malestar juvenil tiene un trasfondo estructural vinculado con precarización, desempleo y falta de oportunidades. La politización del malestar cuestiona directamente la narrativa neoliberal que responsabiliza al individuo de su sufrimiento, visibilizando en cambio las dimensiones colectivas y sociales.

Las redes sociales también han facilitado la creación de comunidades virtuales de apoyo, en las que personas con experiencias similares de depresión, ansiedad o trauma se acompañan mutuamente sin mediación institucional. Estos espacios funcionan como redes de solidaridad que descentralizan la figura del experto y legitiman los saberes situados de los usuarios. Aunque pueden presentar riesgos de desinformación, también constituyen un ejemplo de cómo los sujetos generan prácticas de cuidado autónomas frente a un sistema que muchas veces los excluye. En este sentido, los colectivos digitales representan un laboratorio de nuevas formas de subjetividad,

en el que los usuarios se definen como agentes activos de su propio bienestar y no como receptores pasivos de políticas o diagnósticos.

El activismo digital y juvenil constituye una de las resistencias más dinámicas en el campo de la salud mental en Colombia. Al apropiarse de los espacios virtuales, los colectivos disputan el monopolio del discurso biomédico, construyen narrativas propias y generan redes de cuidado alternativas. Estas prácticas muestran que las resistencias no se limitan a espacios territoriales o comunitarios tradicionales, sino que también se despliegan en el ciberespacio, donde se producen nuevas subjetividades y regímenes de verdad en torno a la salud mental.

El panorama de resistencias sociales en torno a la salud mental en Colombia muestra una diversidad de voces y prácticas que, aunque fragmentadas, comparten un mismo propósito: cuestionar los regímenes dominantes de verdad y abrir horizontes alternativos de cuidado. Desde las asociaciones de usuarios y familiares, pasando por colectivos LGBTIQ+, comunidades indígenas y afrodescendientes, hasta activismos digitales juveniles, todas estas experiencias disputan el monopolio del discurso biomédico y de la lógica neoliberal, y ponen en el centro la dignidad de los sujetos y sus contextos de vida. Este mosaico de resistencias evidencia que la salud mental no es solo un asunto clínico, sino también político, cultural y social.

En términos foucaultianos, estas prácticas pueden entenderse como contra conductas que emergen allí donde los dispositivos de poder buscan normalizar y disciplinar. Frente a la medicalización, las resistencias proponen la singularidad; frente a la mercantilización, plantean la solidaridad; frente al estigma, reivindican la dignidad. De esta manera, se constituyen en focos de subjetivación alternativa, donde los individuos y colectivos rehacen su identidad más allá de las categorías diagnósticas y los imperativos de resiliencia neoliberal. Al producir narrativas

propias, estas resistencias desestabilizan el campo de saber/poder y lo obligan a reconfigurarse en diálogo con las demandas sociales.

Un reto central es la articulación de estas resistencias en redes más amplias que logren incidir en la política pública. Aunque existen iniciativas valiosas como la Red Colombiana de Salud Mental Comunitaria, muchas de las experiencias permanecen locales, dispersas o dependientes de financiamiento limitado. La construcción de alianzas nacionales podría fortalecer su capacidad de incidencia, generando un contrapeso efectivo frente al sistema de salud y ampliando el alcance de sus propuestas. En este sentido, la consolidación de movimientos sociales en torno a la salud mental constituye no solo una posibilidad, sino una necesidad para democratizar el campo.

Asimismo, estas resistencias enfrentan el riesgo de ser cooptadas por el propio sistema que buscan transformar. La institucionalización de discursos comunitarios en políticas públicas puede llevar a que pierdan su fuerza crítica y se conviertan en meros dispositivos de gestión poblacional. Este dilema refleja la paradoja foucaultiana: el poder no solo reprime, sino que también integra y normaliza. Reconocer esta tensión es fundamental para que los colectivos mantengan su capacidad transformadora y eviten ser reducidos a “participación simbólica” en procesos que no alteran las estructuras de fondo.

Las resistencias sociales en salud mental en Colombia representan un campo fértil de innovación política y cultural. Aunque enfrentan limitaciones, han logrado abrir espacios de escucha, cuidado y reconocimiento que desafían las formas tradicionales de gobierno de la vida. Su potencial radica en la capacidad de construir subjetividades alternativas y de cuestionar el régimen de verdad neoliberal que domina la salud mental. El desafío futuro será articular estas

voces diversas en un movimiento más amplio que logre incidir de manera sostenida en el diseño e implementación de políticas, sin perder su carácter crítico y emancipador.

Medios de Comunicación, Estigma y Representación Social de la Salud Mental en Colombia

Los medios de comunicación en Colombia desempeñan un papel central en la construcción de imaginarios sociales sobre la salud mental. A través de noticias, programas televisivos, campañas institucionales y contenidos digitales, estos medios no solo informan, sino que también producen discursos que configuran lo que la sociedad entiende por normalidad, enfermedad y cuidado psíquico. De acuerdo con un informe de la Fundación Saldarriaga Concha (2020), gran parte de las representaciones mediáticas sobre salud mental en el país han estado históricamente asociadas con la peligrosidad, la irracionalidad o la incapacidad, reforzando estigmas que afectan directamente a quienes viven con diagnósticos psiquiátricos. Este tipo de discursos contribuye a reproducir barreras sociales que dificultan la inclusión laboral, educativa y comunitaria.

Desde una perspectiva foucaultiana, los medios pueden entenderse como dispositivos de poder/saber que participan activamente en la producción de subjetividades. Al seleccionar qué historias contar y cómo narrarlas, los medios configuran un régimen de verdad sobre la salud mental, legitimando ciertos discursos y silenciando otros. Por ejemplo, mientras que los trastornos como la depresión suelen ser presentados en clave de historias de superación personal, los diagnósticos asociados a psicosis se representan como amenazas sociales, reforzando jerarquías entre “enfermedades aceptables” y “enfermedades peligrosas”. Este mecanismo, que naturaliza el estigma, se traduce en prácticas concretas de discriminación en la vida cotidiana.

Los noticieros y periódicos nacionales han mostrado una tendencia a asociar los problemas de salud mental con hechos de violencia, crimen o tragedia. Estudios de la Universidad Javeriana identificaron que entre 2010 y 2018, más del 40 % de las noticias sobre

personas con trastornos mentales estaban relacionadas con actos delictivos o episodios de violencia, lo que refuerza la percepción de que estos sujetos representan un peligro para la sociedad (Pérez & Garzón, 2019). Este tipo de cobertura no solo estigmatiza, sino que también invisibiliza las experiencias de recuperación, los aportes de estas personas a la comunidad y sus derechos fundamentales.

En contraste, en los últimos años se han desarrollado campañas institucionales que buscan cambiar esta narrativa. Iniciativas como “Mentes sanas, vidas plenas” del Ministerio de Salud (2019) han promovido mensajes orientados a reducir el estigma y a fomentar la búsqueda de ayuda profesional. Sin embargo, su alcance sigue siendo limitado frente al poder de las narrativas mediáticas dominantes. Además, estas campañas tienden a centrarse en el individuo y en la necesidad de “pedir ayuda”, dejando de lado un análisis crítico sobre los determinantes sociales que afectan la salud mental, como la pobreza, la violencia estructural o la exclusión.

La genealogía foucaultiana permite mostrar que los medios de comunicación no son simples canales de información, sino actores activos en la producción de regímenes de verdad que determinan qué se entiende como salud, enfermedad y normalidad. En el caso colombiano, los medios han contribuido a reproducir un discurso que, aunque en parte busca sensibilizar, sigue sosteniendo estructuras de estigmatización y exclusión. Esta ambigüedad convierte a los medios en un campo de disputa donde coexisten discursos hegemónicos y emergentes, lo que abre la posibilidad de resistencias y resignificaciones desde colectivos ciudadanos.

La televisión, el cine y la prensa escrita en Colombia han jugado un papel determinante en la producción de narrativas estigmatizantes sobre la salud mental. Con frecuencia, los personajes con diagnósticos psiquiátricos son representados como sujetos violentos, irracionales o incapaces de tomar decisiones autónomas. En telenovelas y noticieros, los trastornos psicóticos

suelen asociarse con peligrosidad, mientras que la depresión se reduce a un rasgo de debilidad moral. Este patrón de representación refuerza imaginarios sociales que legitiman la exclusión y la discriminación. Investigaciones de la Universidad Nacional encontraron que en los programas televisivos emitidos entre 2005 y 2015, los personajes con problemas de salud mental eran presentados en un 60 % de los casos como amenazas para otros personajes o como generadores de caos en la trama (Restrepo & Pineda, 2016).

Estos estereotipos mediáticos no operan de manera aislada, sino que se articulan con categorías de clase, género y violencia en la sociedad colombiana. Los medios tienden a retratar a los hombres con trastornos mentales como agresores potenciales, reforzando un vínculo entre masculinidad, locura y violencia. En contraste, las mujeres con sufrimiento psíquico son presentadas como víctimas indefensas, incapaces de sostener proyectos de vida autónomos, reproduciendo estereotipos de género que infantilizan y niegan la agencia femenina (Gómez, 2018). En ambos casos, el efecto es el mismo: consolidar la idea de que quienes atraviesan problemas de salud mental son sujetos deficitarios, peligrosos o dependientes.

En el caso de la prensa escrita, los titulares de noticias suelen priorizar el sensacionalismo. Expresiones como “loco armado”, “psicópata” o “enfermo mental peligroso” se utilizan con frecuencia para atraer la atención de los lectores, a costa de reforzar prejuicios. Un análisis de 200 notas de prensa realizado por la Pontificia Universidad Javeriana reveló que el 45 % de las noticias sobre personas con diagnósticos psiquiátricos en diarios nacionales empleaba términos peyorativos, contribuyendo a la naturalización del estigma (Pérez & Garzón, 2019). Estas narrativas no solo afectan la percepción pública, sino que también influyen en la forma en que las instituciones diseñan políticas y en cómo los profesionales de la salud interactúan con los pacientes.

El cine colombiano tampoco ha sido ajeno a estas representaciones. Películas como *La sombra del caminante* (2004) o *Perro come perro* (2008) han retratado personajes con sufrimiento psíquico desde la marginalidad y la violencia, reforzando la asociación entre locura y exclusión social. Si bien estas obras buscan reflejar la crudeza del contexto colombiano, terminan reproduciendo imágenes estereotipadas que invisibilizan la posibilidad de vidas dignas y plenas para las personas con diagnósticos psiquiátricos. La construcción de estos personajes como figuras “trágicas” o “amenazantes” contribuye a consolidar un imaginario colectivo que asocia la salud mental con la anormalidad social.

Desde una mirada foucaultiana, estas representaciones pueden entenderse como parte de un régimen discursivo que produce subjetividades subordinadas. Al narrar la locura como sinónimo de violencia o debilidad, los medios delimitan quiénes son reconocidos como sujetos legítimos de derechos y quiénes son reducidos a objetos de control o compasión. En consecuencia, los medios no solo reflejan prejuicios existentes, sino que los amplifican y normalizan, contribuyendo a la gobernabilidad de las poblaciones a través del estigma.

Los medios digitales y las redes sociales han transformado de manera radical la forma en que se construyen y circulan representaciones sobre la salud mental en Colombia. A diferencia de la televisión y la prensa tradicional, que tienden a reproducir estereotipos estigmatizantes, las plataformas digitales ofrecen un espacio para la emergencia de narrativas alternativas y experiencias en primera persona. Jóvenes, colectivos ciudadanos y organizaciones sociales utilizan Instagram, Facebook y TikTok para compartir testimonios de depresión, ansiedad o duelo, rompiendo el silencio cultural que históricamente ha rodeado estos temas. Según un estudio del Ministerio TIC (2021), el 68 % de los jóvenes entre 15 y 29 años en Colombia afirmó

haber encontrado en redes sociales información y apoyo sobre salud mental que no estaba disponible en su entorno cercano.

Este cambio de escenario ha permitido que surjan influencers, activistas digitales y colectivos virtuales que resignifican la salud mental desde perspectivas inclusivas. Campañas como #HablemosDeSaludMental o #EstáBienNoEstarBien han circulado ampliamente en Twitter y TikTok, desafiando el estigma y promoviendo la idea de que el malestar emocional es una experiencia común que merece atención y cuidado. Estas iniciativas cuestionan la narrativa biomédica centrada en el diagnóstico y promueven un lenguaje más accesible que conecta con la experiencia cotidiana de los usuarios. Desde una perspectiva foucaultiana, estos discursos digitales constituyen prácticas de resistencia, en tanto subvierten los regímenes de verdad dominantes y abren espacio para nuevos modos de subjetivación.

Sin embargo, las redes sociales no están exentas de reproducir estigmas. En muchos casos, los comentarios en publicaciones sobre salud mental incluyen expresiones de burla o descalificación, reforzando prejuicios culturales. Además, la sobreexposición mediática puede trivializar el sufrimiento, transformándolo en un recurso de consumo rápido dentro de la lógica del entretenimiento digital. Investigadores de la Universidad de los Andes advierten que en plataformas como TikTok existe el riesgo de banalizar diagnósticos como depresión o ansiedad, reduciéndolos a memes o tendencias que, aunque generan visibilidad, pueden reforzar representaciones simplistas (Rodríguez & Álvarez, 2021). Esta ambivalencia muestra que las redes sociales son un terreno en disputa, donde coexisten discursos de empoderamiento y prácticas de estigmatización.

Otro elemento relevante es el papel de los medios digitales independientes, como blogs, podcasts y canales de YouTube, que han surgido como alternativas críticas frente a la narrativa

de los grandes medios. Espacios como PsicoActiva Colombia o Locos por la Salud Mental producen contenidos que visibilizan la voz de los usuarios y promueven debates sobre determinantes sociales, género y derechos humanos. Estos medios alternativos amplían el repertorio discursivo sobre salud mental en el país, contribuyendo a la construcción de subjetividades menos estigmatizadas y más conscientes de las estructuras sociales que influyen en el malestar.

En síntesis, las redes sociales y los medios digitales representan un campo ambivalente: son al mismo tiempo espacios de reproducción del estigma y escenarios de resistencia y resignificación. Desde la perspectiva foucaultiana, este campo puede leerse como un lugar donde se confrontan regímenes de verdad: el biomédico y estigmatizante, y el emergente y comunitario. La forma en que esta disputa se resuelva tendrá un impacto decisivo en la manera como la sociedad colombiana conciba la salud mental en las próximas décadas.

Las campañas mediáticas estatales y de organizaciones no gubernamentales (ONG) han buscado contrarrestar el estigma en torno a la salud mental en Colombia, pero sus alcances y limitaciones reflejan las tensiones del contexto neoliberal en el que operan. Iniciativas como “Mentes Sanas, Vidas Plenas” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019) o “Hablemos de Salud Mental” (OPS & Minsalud, 2020) han promovido mensajes centrados en la importancia de reconocer el malestar emocional y buscar ayuda profesional. Estas campañas han tenido un efecto positivo al abrir espacios de conversación pública sobre un tema históricamente silenciado, legitimando la idea de que la salud mental es un derecho y no un privilegio. Sin embargo, su alcance es limitado frente al poder de las narrativas mediáticas dominantes, que siguen reforzando estereotipos de peligrosidad y debilidad.

Desde la perspectiva foucaultiana, estas campañas pueden interpretarse como parte de una estrategia biopolítica que busca moldear conductas y promover prácticas de autocuidado alineadas con la racionalidad neoliberal. Al enfatizar la necesidad de “pedir ayuda” o “buscar apoyo profesional”, desplazan la responsabilidad hacia los individuos, sin cuestionar las condiciones estructurales —como la pobreza, la violencia o la precariedad laboral— que inciden en el malestar psíquico. En este sentido, aunque los mensajes promueven una visión positiva de la salud mental, también contribuyen a reforzar la idea de que el sufrimiento se resuelve principalmente a través de cambios individuales y no mediante transformaciones sociales.

Las ONG han desempeñado un papel complementario, en muchos casos más crítico y cercano a las comunidades. Organizaciones como Profamilia y Tierra de Hombres han desarrollado campañas que abordan el vínculo entre salud mental y determinantes sociales, visibilizando problemáticas como la violencia intrafamiliar, el desplazamiento forzado y la discriminación de género (Profamilia, 2020). Estas iniciativas han logrado posicionar una narrativa más integral, que reconoce el impacto de las desigualdades estructurales en el bienestar psíquico. Sin embargo, su alcance depende de la financiación internacional y de proyectos de corto plazo, lo que dificulta la sostenibilidad y la capacidad de transformar de manera estructural el discurso mediático dominante.

Un ejemplo ilustrativo es la campaña “Cuida tu Mente”, desarrollada por la OPS en alianza con universidades colombianas durante la pandemia de COVID-19. La estrategia utilizó redes sociales, programas radiales y materiales impresos para promover hábitos de autocuidado emocional en la población confinada. Aunque la campaña fue valorada por su creatividad y su enfoque inclusivo, evaluaciones posteriores mostraron que tuvo un impacto limitado en las comunidades rurales y en sectores de bajos ingresos, precisamente aquellos más afectados por la

crisis sanitaria (OPS, 2021). Esta limitación revela cómo las campañas, al depender de formatos mediáticos masivos y urbanos, reproducen desigualdades territoriales en el acceso a la información.

Las campañas estatales y de ONG constituyen esfuerzos valiosos para reducir el estigma y promover nuevas narrativas sobre salud mental. No obstante, su capacidad transformadora se ve restringida por la racionalidad neoliberal en la que operan, que individualiza los problemas y despolitiza el sufrimiento. Desde la genealogía foucaultiana, estas campañas pueden leerse como dispositivos que, al mismo tiempo que buscan liberar, también regulan y normalizan, reforzando subjetividades adaptadas a los imperativos de resiliencia y autocontrol.

El análisis del papel de los medios de comunicación en Colombia evidencia una profunda ambivalencia: si bien han contribuido a visibilizar la salud mental como un tema de interés público, también han reproducido estigmas que limitan la inclusión social de quienes experimentan sufrimiento psíquico. La televisión, la prensa y el cine han tendido a asociar los trastornos mentales con violencia, debilidad o incapacidad, reforzando imaginarios que justifican la discriminación y la exclusión. Al mismo tiempo, las redes sociales y algunos medios alternativos han abierto espacios para narrativas diferentes, centradas en la dignidad, la experiencia vivida y la construcción de redes de apoyo. Esta coexistencia de discursos refleja la disputa por el régimen de verdad sobre la salud mental en el país.

Desde una mirada foucaultiana, los medios pueden entenderse como dispositivos que configuran subjetividades y delimitan el campo de lo pensable en torno a la normalidad y la locura. Al etiquetar, clasificar y difundir ciertas representaciones, los medios no solo describen la realidad, sino que la producen: moldean la percepción pública y orientan las respuestas institucionales. En este sentido, el estigma no es un fenómeno meramente cultural, sino una

práctica de poder que regula quién es reconocido como sujeto de derechos y quién queda relegado a la categoría de amenaza o carga social.

No obstante, las resistencias emergentes muestran que los medios también pueden ser resignificados. Colectivos juveniles, organizaciones comunitarias y activistas digitales han utilizado las plataformas digitales para desafiar los estereotipos, compartir testimonios y promover lenguajes inclusivos. Estas prácticas constituyen contra-conductas que subvierten el discurso dominante, desplazando el foco del diagnóstico y la peligrosidad hacia la dignidad y la agencia de los sujetos. En este sentido, las redes sociales representan no solo un espacio de riesgo, sino también una oportunidad para construir imaginarios alternativos sobre la salud mental.

El reto principal consiste en lograr que estas narrativas emergentes tengan un impacto sostenido y estructural. Para ello, se requiere una alianza entre medios de comunicación, instituciones educativas, organizaciones sociales y políticas públicas que fomente representaciones responsables, inclusivas y críticas. La formación de periodistas y comunicadores en enfoques diferenciales, así como la promoción de códigos de ética en la cobertura mediática, podrían contribuir a reducir la reproducción del estigma. Sin embargo, estas transformaciones solo serán posibles si se reconocen las limitaciones de las campañas individuales y se asume la comunicación como un campo de disputa política y cultural.

En conclusión, los medios de comunicación en Colombia no son neutrales en la representación de la salud mental: actúan como escenarios de poder donde se reproducen estigmas y, al mismo tiempo, emergen resistencias. El futuro del campo dependerá de la capacidad de las narrativas alternativas para consolidarse y disputar el régimen de verdad

dominante, promoviendo una visión de la salud mental centrada en la dignidad, la inclusión y la justicia social.

Prácticas de Gobierno y Dispositivos de Control: Cárceles, Escuelas y Fuerzas Armadas

Las instituciones disciplinarias en Colombia, como las cárceles, las escuelas y las fuerzas armadas, han sido escenarios privilegiados para el ejercicio de prácticas de gobierno y control sobre los cuerpos y las subjetividades. Michel Foucault (1975/2002) planteó que estas instituciones constituyen dispositivos de poder que buscan producir sujetos dóciles y útiles, mediante técnicas de vigilancia, normalización y corrección. En el contexto colombiano, estas lógicas adquieren una dimensión particular, pues se entrelazan con el conflicto armado, la desigualdad estructural y las políticas de seguridad, configurando regímenes de control que impactan directamente en la salud mental de las poblaciones sometidas.

En el sistema carcelario, las prácticas de control se manifiestan tanto en la restricción física como en la regulación emocional y psíquica de los internos. Informes del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) revelan que más del 30 % de la población privada de la libertad presenta síntomas de ansiedad y depresión, asociados al hacinamiento, la violencia intracarcelaria y la falta de atención especializada (INPEC, 2021). Sin embargo, el discurso oficial suele reducir estos problemas a la disciplina individual, invisibilizando las condiciones estructurales que los generan. Desde la perspectiva foucaultiana, la cárcel no solo castiga, sino que también produce subjetividades marcadas por la culpa, la docilidad y la dependencia institucional, configurando un dispositivo que administra la vida y la salud mental de los internos.

En el ámbito escolar, las prácticas de gobierno se expresan en la regulación de la conducta estudiantil a través de normas, manuales de convivencia y dispositivos de evaluación. Estudios del Ministerio de Educación (2019) han mostrado que las instituciones educativas han enfrentado un aumento en los reportes de acoso escolar, ansiedad y depresión entre los

estudiantes, especialmente en secundaria. Aunque se han implementado programas de orientación escolar y campañas contra el bullying, el enfoque dominante sigue centrado en la corrección de conductas individuales, dejando de lado las dinámicas estructurales de violencia social, pobreza y exclusión. En términos foucaultianos, la escuela actúa como un laboratorio de normalización, donde los sujetos aprenden a autorregularse bajo la amenaza constante de sanción o exclusión.

Por su parte, las fuerzas armadas constituyen uno de los dispositivos de control más influyentes en la historia reciente de Colombia. El prolongado conflicto armado interno ha generado un contexto en el que la disciplina militar se presenta como garantía de seguridad, pero al mismo tiempo produce efectos psíquicos profundos en soldados y policías. Informes de la Procuraduría General (2020) señalan que las tasas de suicidio en la Fuerza Pública son más altas que en la población general, lo que refleja el impacto de las prácticas de control, la exposición a la violencia y la ausencia de apoyo psicosocial adecuado. Estas dinámicas muestran que el dispositivo militar no solo moldea cuerpos fuertes y obedientes, sino que también produce subjetividades atravesadas por el trauma, la obediencia rígida y la dificultad de reinserción a la vida civil.

En conjunto, cárceles, escuelas y fuerzas armadas revelan cómo las instituciones disciplinarias operan como dispositivos de control que afectan la salud mental y configuran subjetividades normalizadas. En lugar de comprender estos problemas como expresiones colectivas de violencia estructural, el discurso institucional los presenta como fallas individuales que deben corregirse. Esta lógica, propia de la gubernamentalidad foucaultiana, muestra que la salud mental en Colombia no solo se juega en los hospitales o consultorios, sino también en los espacios donde se produce, vigila y regula la vida cotidiana de las poblaciones.

El sistema carcelario colombiano constituye uno de los espacios donde más claramente se expresan las prácticas de control y sus efectos sobre la salud mental. Según datos del INPEC, el hacinamiento en cárceles supera en promedio el 120 %, lo que significa que en muchos establecimientos la población privada de la libertad duplica o incluso triplica la capacidad instalada (INPEC, 2021). Estas condiciones generan tensiones constantes, violencia interpersonal y deterioro del bienestar psíquico, configurando un escenario de sufrimiento estructural. La sobrepoblación no solo limita el acceso a servicios básicos, sino que también convierte a la cárcel en un dispositivo que exagera la marginalidad y reproduce desigualdades sociales.

La atención en salud mental dentro de los centros penitenciarios es mínima y fragmentada. Un informe de la Defensoría del Pueblo (2020) documentó que menos del 15 % de las cárceles del país contaban con un psicólogo de planta y que los servicios psiquiátricos se limitaban a brigadas ocasionales. En consecuencia, los trastornos de ansiedad, depresión y consumo problemático de sustancias suelen quedar sin diagnóstico ni tratamiento, lo que incrementa el riesgo de suicidio y autolesiones. Estas prácticas de omisión evidencian cómo la cárcel, en lugar de garantizar derechos, actúa como un espacio de desatención sistemática que convierte la vulnerabilidad psíquica en parte de la condena.

Desde la genealogía foucaultiana, la prisión se entiende no solo como un lugar de encierro, sino como un dispositivo que busca normalizar y corregir. En el caso colombiano, este proceso se traduce en programas de “resocialización” que imponen talleres de disciplina laboral, terapias breves y actividades religiosas como mecanismos de control subjetivo. Aunque presentados como estrategias de rehabilitación, en muchos casos operan como tecnologías de vigilancia que moldean conductas sin transformar las condiciones estructurales de exclusión. El

poder disciplinario se ejerce así no solo en el cuerpo encerrado, sino en la psique, produciendo sujetos que interiorizan la culpa y la docilidad.

Un ejemplo concreto de estas dinámicas es la atención al consumo de drogas en el sistema penitenciario. En lugar de abordarse desde un enfoque de salud pública, el consumo es tratado como falta disciplinaria, lo que conduce a sanciones adicionales y aislamiento. De acuerdo con estudios del Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad (Dejusticia, 2018), estas medidas agravan la exclusión de los internos consumidores, quienes enfrentan doble estigmatización: como delincuentes y como adictos. En este caso, la cárcel actúa como un dispositivo que multiplica etiquetas y margina aún más a poblaciones ya vulnerables.

Los efectos psíquicos del encarcelamiento se extienden más allá de los muros de la prisión. Familias de los internos reportan altos niveles de ansiedad, estrés y depresión debido a la estigmatización social y las dificultades económicas asociadas al encarcelamiento de un miembro (Álvarez & Pardo, 2019). Esto muestra que el dispositivo carcelario no se limita al sujeto privado de libertad, sino que se expande a las redes familiares y comunitarias, gobernando la vida de múltiples actores. Desde una perspectiva foucaultiana, la cárcel se constituye en un nodo de poder que regula no solo a los cuerpos encerrados, sino a toda una población periférica que queda atrapada en sus dinámicas de control.

El sistema penitenciario colombiano no solo funciona como mecanismo de castigo, sino como dispositivo biopolítico que produce subjetividades marcadas por la docilidad, la exclusión y la vulnerabilidad psíquica. Las deficiencias estructurales en atención de salud mental revelan que el sufrimiento se convierte en parte integral de la pena, en un ejercicio de poder que normaliza la precariedad como destino de las poblaciones criminalizadas.

La institución escolar en Colombia constituye un espacio central en la producción de subjetividades y en la aplicación de prácticas de normalización. Tal como lo planteó Foucault (1975/2002), la escuela no solo transmite conocimientos, sino que también disciplina cuerpos y regula conductas mediante horarios, exámenes, jerarquías y sanciones. En este sentido, la escuela funciona como un dispositivo de control que enseña a los sujetos a autorregularse y a ajustarse a los parámetros de productividad y obediencia. En el caso colombiano, estos mecanismos adquieren una relevancia particular debido a la persistencia de desigualdades sociales, violencias estructurales y estigmas culturales que atraviesan la vida escolar.

El impacto de estas prácticas disciplinarias en la salud mental es evidente. El Ministerio de Educación (2019) informó que más del 30 % de los estudiantes en secundaria reportaron síntomas de ansiedad y depresión, asociados con la presión académica, el acoso escolar y las dificultades familiares. Asimismo, investigaciones de la Universidad de los Andes muestran que el bullying constituye una de las principales causas de deserción escolar, afectando sobre todo a estudiantes de sectores populares y a jóvenes LGBTIQ+ (Rodríguez & Suárez, 2020). Estas problemáticas revelan cómo la escuela, más que un espacio de protección, puede convertirse en un lugar de sufrimiento y exclusión, especialmente para quienes no se ajustan a las normas dominantes.

Los manuales de convivencia, presentados como instrumentos pedagógicos, funcionan en la práctica como dispositivos disciplinarios que clasifican y sancionan. En muchos casos, estos documentos reproducen prejuicios de género, clase y orientación sexual, legitimando prácticas de exclusión en lugar de promover la inclusión. Por ejemplo, investigaciones del Observatorio de Educación de Bogotá han documentado que algunos manuales siguen contemplando sanciones para estudiantes que expresan identidades de género no normativas, lo que refuerza el estigma y

genera efectos negativos en la salud mental de jóvenes trans y no binarios (Observatorio de Educación, 2021). Así, la escuela opera como un espacio donde el poder se ejerce no solo sobre el aprendizaje, sino sobre la identidad y la subjetividad de los estudiantes.

Los docentes también son sujetos atravesados por las dinámicas de control escolar. La presión por cumplir metas académicas, la precariedad laboral y la exposición constante a conflictos con estudiantes y familias generan altos niveles de estrés y desgaste emocional. Según un estudio de Fecode (2020), más del 45 % de los maestros en Colombia reportó síntomas de burnout, lo que refleja la carga psíquica que supone trabajar en un sistema que prioriza indicadores de desempeño sobre el bienestar integral de la comunidad educativa. Desde una mirada foucaultiana, el maestro no solo ejerce disciplina, sino que también es disciplinado por un aparato institucional que lo controla a través de evaluaciones, auditorías y estándares de calidad.

En este marco, la escuela se convierte en un laboratorio de subjetivación donde los estudiantes aprenden a obedecer, competir y autorregularse, mientras que los docentes internalizan la lógica de productividad y control. Los problemas de salud mental en este contexto no pueden entenderse únicamente como fallas individuales, sino como efectos de un dispositivo de poder que busca moldear conductas en función de una racionalidad neoliberal y disciplinaria. La genealogía crítica permite visibilizar que detrás de los discursos sobre calidad educativa y convivencia escolar se esconden prácticas de control que impactan de manera decisiva en el bienestar psíquico de estudiantes y maestros.

Las fuerzas armadas en Colombia representan un dispositivo disciplinario de gran alcance, en el que se entrelazan prácticas de control de los cuerpos con tecnologías de gobierno orientadas a moldear subjetividades militares y civiles. Desde la perspectiva foucaultiana, la institución castrense se erige como un espacio donde convergen la anatomo-política de la

disciplina corporal y la biopolítica de la regulación poblacional. Sin embargo, tal como lo plantea Castro-Gómez y Restrepo (2008), estos dispositivos deben leerse dentro de los regímenes de colombianidad, en tanto articulan proyectos de nación que unifican y diferencian a la población, estableciendo jerarquías entre lo “civilizado” y lo “subversivo”. Así, la militarización no solo opera en el terreno de la seguridad, sino en la construcción misma de la identidad nacional.

El prolongado conflicto armado interno ha consolidado a las fuerzas armadas como garantes de un orden que se presenta como “nacional” y “civilizador”. En la práctica, sin embargo, esta narrativa produce alteridades subalternizadas: campesinos, jóvenes pobres, mujeres y comunidades étnicas son interpelados como cuerpos sospechosos, potencialmente aliados de la insurgencia o del crimen. De este modo, el dispositivo militar no solo disciplina a los soldados, sino que también configura un régimen de visibilidad e invisibilidad sobre la población. Según la Comisión de la Verdad (2022), la doctrina de “seguridad nacional” promovió la estigmatización de amplios sectores sociales, justificando prácticas de control y represión que tuvieron impactos devastadores en la salud mental de comunidades enteras.

En el interior de las fuerzas armadas, las prácticas disciplinarias se centran en la obediencia absoluta, la resistencia física y el sacrificio personal en nombre de la patria. Estas exigencias producen subjetividades atravesadas por el trauma, la ansiedad y la represión emocional. Informes de la Procuraduría (2020) han mostrado que las tasas de suicidio y depresión en la Fuerza Pública superan a las de la población general, reflejando los efectos psíquicos de una institución que exige la supresión constante de la vulnerabilidad. Al mismo tiempo, los mecanismos de ascenso y reconocimiento refuerzan jerarquías de género, clase y regionalidad, donde la “blancura” y la masculinidad hegemónica operan como referentes de

distinción, en consonancia con lo descrito por Castro-Gómez y Restrepo (2008) sobre la construcción de la nación desde imaginarios jerárquicos.

Las familias de militares también se ven atravesadas por este dispositivo. La movilidad geográfica constante, el temor a la violencia y la presión por sostener un ideal de “honor” generan altos niveles de estrés y desgaste emocional en los hogares. La institución militar, presentada como garante de unidad nacional, termina gobernando no solo a los cuerpos de sus miembros, sino también a las redes familiares que orbitan alrededor de ellos. Desde la genealogía de la colombianidad, esto puede leerse como un proceso en el que el Estado, mediante la militarización, asegura la reproducción de subjetividades leales al proyecto nacional, al tiempo que invisibiliza el costo psíquico de dichas prácticas.

En conclusión, las fuerzas armadas en Colombia operan como un dispositivo de control que articula disciplina corporal, regulación poblacional y producción de subjetividades en clave nacionalista. Siguiendo a Castro-Gómez y Restrepo (2008), se trata de un régimen de colombianidad que configura la diferencia entre quienes encarnan el ideal de la patria y quienes son señalados como amenazas a su estabilidad. Los efectos psíquicos de este régimen son evidentes tanto en los soldados como en las comunidades intervenidas, lo que muestra que la salud mental es un terreno clave donde se disputan las formas de gobierno de la población en el país.

El examen comparativo de cárceles, escuelas y fuerzas armadas en Colombia permite reconocerlos como nodos estratégicos de un entramado de poder que regula, disciplina y produce subjetividades en consonancia con proyectos de nación. Aunque cada institución tiene dinámicas particulares, todas comparten la función de administrar cuerpos y conductas mediante tecnologías de vigilancia, corrección y normalización. En la cárcel, el castigo se traduce en

precarización y sufrimiento psíquico; en la escuela, la formación se articula con disciplinamiento y exclusión; y en las fuerzas armadas, la seguridad nacional se impone a costa de la obediencia y el trauma. En conjunto, estas prácticas configuran un dispositivo extendido que moldea la vida social más allá de los espacios institucionales, afectando a familias, comunidades y territorios enteros.

Desde la perspectiva foucaultiana, estas instituciones no deben entenderse como simples estructuras represivas, sino como dispositivos que producen subjetividades funcionales a la racionalidad de gobierno. El soldado obediente, el estudiante disciplinado y el interno resocializado son figuras que condensan el ideal de un sujeto dócil y productivo, adaptado a los requerimientos de la nación moderna. Sin embargo, como señalan Castro-Gómez y Restrepo (2008), este proceso se inscribe dentro de los regímenes de colombianidad, que definen qué sujetos encarnan el ideal nacional y cuáles son constituidos como “otros” sospechosos, peligrosos o deficitarios. Las tecnologías de control no solo buscan normalizar, sino también diferenciar, generando jerarquías de clase, raza, género y región que estructuran la identidad nacional.

Los efectos psíquicos de estas prácticas son evidentes: altos índices de depresión y ansiedad en población carcelaria, estrés y burnout en docentes, suicidios en la Fuerza Pública y sufrimiento extendido en las familias y comunidades que orbitan alrededor de estas instituciones. Estos síntomas no pueden explicarse únicamente como problemas individuales, sino como manifestaciones de un régimen de gobierno que convierte el malestar en parte constitutiva de la vida social. El sufrimiento psíquico, en este sentido, es un efecto estructural de las tecnologías de poder, una forma en la que se materializa la violencia simbólica y material del Estado.

No obstante, estos dispositivos también generan resistencias. En las cárceles, colectivos de internos han impulsado proyectos de educación y arte que subvierten la lógica del castigo. En las escuelas, movimientos estudiantiles y docentes cuestionan los manuales de convivencia y exigen una educación más inclusiva. En las fuerzas armadas, asociaciones de veteranos denuncian el abandono estatal y reclaman atención psicosocial. Estas prácticas de resistencia muestran que, aunque el poder produce subjetividades dóciles, también abre espacios de contestación y de creación de nuevas formas de vida.

En conclusión, cárceles, escuelas y fuerzas armadas deben leerse como dispositivos centrales en la genealogía de la salud mental en Colombia. Su análisis permite comprender que el malestar psíquico no es un fenómeno aislado ni individual, sino una consecuencia de tecnologías de gobierno que moldean la vida bajo lógicas de control, exclusión y nacionalización. Siguiendo a Castro-Gómez y Restrepo (2008), estos dispositivos configuran los límites de la colombianidad, produciendo tanto los sujetos legítimos de la nación como aquellos que son marcados como sus “otros”. La tarea crítica consiste en desnaturalizar estas prácticas y abrir caminos hacia subjetividades más libres, donde la salud mental pueda pensarse desde la dignidad y la justicia social.

Políticas Públicas y Gubernamentalidad Neoliberal en la Salud Mental Colombiana

Las políticas públicas en salud mental en Colombia han transitado en las últimas décadas desde un enfoque asistencialista y hospitalocéntrico hacia un modelo que, en apariencia, busca la atención comunitaria, la promoción del bienestar y la inclusión social. Sin embargo, este tránsito se encuentra profundamente atravesado por la racionalidad neoliberal que orienta el sistema de salud desde la promulgación de la Ley 100 de 1993. Este marco normativo, inspirado en el principio de competencia regulada, introdujo la lógica del mercado en la provisión de servicios de salud, incluyendo la salud mental, lo que transformó radicalmente las relaciones entre Estado, instituciones y usuarios (Yepes, Ramírez & Sánchez, 2010). En este contexto, la salud mental se reconfigura como un bien transable, mediado por aseguradoras y prestadores, donde el acceso depende de la capacidad de gestión individual y del cumplimiento de criterios administrativos.

La Política Nacional de Salud Mental (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018) se presenta como un avance en la medida en que reconoce la importancia de la prevención, la promoción y la intervención comunitaria. Sin embargo, su implementación se ha visto condicionada por la estructura neoliberal del sistema de salud, que prioriza la eficiencia económica sobre el acceso universal y equitativo. En la práctica, esto se traduce en brechas significativas: según la Encuesta Nacional de Salud Mental (Minsalud, 2015), menos del 10 % de la población que reporta síntomas de depresión o ansiedad recibe atención adecuada, y la mayoría enfrenta barreras administrativas y geográficas para acceder a los servicios especializados. Estas limitaciones muestran cómo el discurso de derechos y bienestar convive con prácticas que refuerzan la exclusión y la desigualdad.

Desde una lectura foucaultiana, estas políticas pueden interpretarse como parte de un dispositivo de gubernamentalidad neoliberal, donde el Estado ya no se concibe como garante

directo de la salud, sino como regulador de un mercado en el que los sujetos deben convertirse en gestores de su propio bienestar. El énfasis en la “responsabilidad individual” y en el autocuidado desplaza la atención de los determinantes estructurales del sufrimiento psíquico —como la violencia, la precarización laboral o la desigualdad social— hacia la conducta de los individuos, responsabilizándolos por su capacidad de resiliencia y adaptación. En palabras de Rose (1999), se trata de un régimen de gobierno que moldea ciudadanos “autónomos” y “responsables”, pero en realidad sometidos a imperativos de auto-vigilancia y productividad.

La incorporación del lenguaje de derechos humanos en las políticas de salud mental ha generado un marco discursivo progresista, pero este convive con prácticas de mercado que limitan su alcance. Por ejemplo, aunque la política de 2018 reconoce la importancia de enfoques diferenciales para comunidades indígenas, afrodescendientes y rurales, en la práctica estas poblaciones enfrentan mayores dificultades de acceso debido a la falta de cobertura de las aseguradoras y a la ausencia de infraestructura en sus territorios (Gómez & Martínez, 2020). Esto muestra que el reconocimiento discursivo de la diversidad no se traduce necesariamente en transformaciones materiales, reproduciendo la brecha entre la retórica inclusiva y la realidad excluyente del sistema.

En síntesis, las políticas públicas de salud mental en Colombia constituyen un campo atravesado por tensiones entre discursos de inclusión y prácticas de exclusión, entre el reconocimiento de derechos y la lógica de mercado. Desde la genealogía foucaultiana, este campo revela cómo el poder neoliberal gobierna la vida a través de la promoción de subjetividades autorresponsables, mientras invisibiliza las condiciones estructurales que producen sufrimiento.

La Ley 100 de 1993 marcó un punto de inflexión en el sistema de salud colombiano y, por ende, en la forma en que se concibe y gestiona la salud mental. Este marco legal introdujo el modelo de aseguramiento en salud, basado en la competencia entre Empresas Promotoras de Salud (EPS) y prestadores de servicios, con el objetivo declarado de ampliar la cobertura y mejorar la eficiencia. En la práctica, sin embargo, esta reforma significó la mercantilización de la salud, donde el acceso depende de la capacidad de los usuarios para navegar un sistema complejo y burocrático (Hernández, 2002). La atención en salud mental quedó subordinada a criterios de rentabilidad y control administrativo, lo que dificultó la garantía de un acceso universal y equitativo.

El impacto de este modelo en el campo de la salud mental es particularmente problemático. Mientras que en el discurso oficial se enfatiza la importancia de la prevención y la atención integral, en la práctica la financiación de los servicios psicosociales es insuficiente y muchas veces fragmentada. De acuerdo con la Defensoría del Pueblo (2019), los usuarios con diagnósticos de depresión, ansiedad o consumo problemático de sustancias enfrentan obstáculos para acceder a consultas especializadas debido a la exigencia de autorizaciones previas, demoras prolongadas y la negativa recurrente de las EPS a cubrir tratamientos de mediana y alta complejidad. Estos mecanismos actúan como dispositivos de exclusión que, bajo la lógica de la eficiencia, restringen el acceso efectivo de la población a sus derechos.

Desde la perspectiva foucaultiana, la Ley 100 instauró un régimen de gubernamentalidad neoliberal en el campo de la salud, donde el Estado se presenta como regulador de un mercado y los ciudadanos se constituyen como consumidores responsables de gestionar su propia atención. En este marco, el sufrimiento psíquico deja de ser un problema social o colectivo para convertirse en una cuestión individual que debe resolverse a través del consumo de servicios

especializados. Esta lógica desplaza la atención de los determinantes estructurales de la salud mental hacia la capacidad del sujeto de adaptarse y sobrevivir dentro de un sistema que constantemente lo precariza.

La introducción del modelo de aseguramiento también generó nuevas formas de desigualdad territorial y social. En las zonas rurales y apartadas, donde la presencia de prestadores es limitada, el acceso a servicios de salud mental es casi inexistente. Según el Ministerio de Salud (2018), mientras en las grandes ciudades existen en promedio 5 psiquiatras por cada 100.000 habitantes, en departamentos como Guaviare o Vaupés no hay especialistas disponibles. Esta disparidad refleja cómo la lógica de mercado concentra la oferta en lugares rentables, dejando a comunidades enteras sin acceso a servicios esenciales.

La Ley 100 de 1993 no solo transformó el sistema de salud en términos administrativos y financieros, sino que también instauró un dispositivo de control que regula quién accede y quién queda excluido de la atención en salud mental. Desde una lectura foucaultiana, puede afirmarse que este modelo no libera al ciudadano, sino que lo sujeta a nuevas formas de dependencia y exclusión, configurando subjetividades que deben ser resilientes y autogestoras en un sistema que normaliza la precariedad como parte del ejercicio de ciudadanía.

La Política Nacional de Salud Mental (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018) fue presentada como un avance significativo en el reconocimiento de la salud mental como derecho humano fundamental y como parte esencial del bienestar colectivo. Su énfasis en la prevención, la promoción de la salud y la atención comunitaria buscó superar el modelo hospitalocéntrico, orientando los esfuerzos hacia un enfoque integral y diferencial. Sin embargo, aunque el documento incorpora un lenguaje progresista y de derechos, su implementación se enfrenta a las

limitaciones estructurales del sistema de salud neoliberal, lo que produce tensiones entre el discurso oficial y la práctica cotidiana.

Uno de los aspectos más destacados de esta política es su reconocimiento de la diversidad cultural y social del país. Se plantea la necesidad de enfoques diferenciales que tengan en cuenta a comunidades indígenas, afrodescendientes, campesinas, personas LGBTIQ+ y víctimas del conflicto armado. En principio, esto constituye un giro hacia una visión más inclusiva de la salud mental. No obstante, como lo evidencian estudios de Gómez y Martínez (2020), en la práctica estos enfoques han quedado en gran medida en el plano discursivo, pues las EPS y las instituciones prestadoras carecen de recursos y formación suficiente para materializarlos en estrategias concretas. Esta brecha entre el reconocimiento formal y la acción efectiva refleja la tensión entre derechos y mercado en el sistema de salud colombiano.

El despliegue de la política también ha estado marcado por la fragmentación institucional. Aunque el Ministerio de Salud propone un marco de acción integral, su ejecución depende de las entidades territoriales y de los aseguradores privados, lo que genera heterogeneidad en la implementación. En algunas regiones se han desarrollado programas comunitarios exitosos, mientras que en otras no existen rutas claras de atención. Según la Procuraduría General de la Nación (2021), la falta de coordinación entre niveles de gobierno ha impedido que la política tenga un impacto significativo en la reducción de las brechas de acceso a servicios psicosociales. Esto demuestra que la descentralización, en lugar de garantizar autonomía territorial, ha servido en muchos casos como excusa para trasladar responsabilidades sin los recursos necesarios.

Desde la perspectiva foucaultiana, la Política Nacional de Salud Mental puede entenderse como un dispositivo que combina el discurso de derechos con la racionalidad neoliberal de la

autogestión. El énfasis en la promoción del autocuidado y en la corresponsabilidad comunitaria responde a una lógica de gobierno que traslada el peso de la atención del Estado hacia los individuos y colectivos, sin garantizar necesariamente las condiciones materiales para ejercer esa corresponsabilidad. De este modo, el sufrimiento psíquico se convierte en un asunto de resiliencia personal, mientras que los factores estructurales —como la pobreza, el desplazamiento forzado o la precarización laboral— quedan en un segundo plano.

La Política Nacional de Salud Mental de 2018 constituye un ejemplo paradigmático de las tensiones entre un discurso inclusivo y progresista y una práctica condicionada por la lógica neoliberal del sistema de salud. Aunque reconoce la diversidad y los derechos, en la práctica termina reproduciendo desigualdades y trasladando la responsabilidad a los sujetos, quienes deben aprender a gobernarse a sí mismos en un contexto que constantemente los expone a la vulnerabilidad.

Uno de los elementos más visibles en las políticas contemporáneas de salud mental en Colombia es la centralidad de las nociones de “resiliencia” y “autocuidado” como ejes de intervención. Estos conceptos, aunque aparentemente neutros y positivos, funcionan como tecnologías de gobierno que trasladan la responsabilidad del bienestar desde las estructuras estatales hacia los individuos. En la política pública de 2018, la resiliencia es definida como la capacidad de los sujetos para enfrentar y superar situaciones adversas, mientras que el autocuidado se presenta como una práctica cotidiana indispensable para preservar la salud psíquica (Minsalud, 2018). En la práctica, estos enunciados refuerzan la lógica neoliberal en la que los ciudadanos deben convertirse en gestores de sí mismos, responsables de administrar sus emociones y de mantenerse productivos en un entorno adverso.

Desde la perspectiva foucaultiana, esta racionalidad puede interpretarse como una forma de biopolítica neoliberal: el gobierno no actúa directamente mediante la coerción, sino que induce a los sujetos a autorregularse, interiorizando los imperativos de adaptación y productividad. Rose (1999) denomina este proceso “psicopolítica”, en el que la subjetividad se convierte en un campo de intervención gubernamental, orientado a producir individuos capaces de enfrentar la incertidumbre sin cuestionar las condiciones estructurales que la generan. En este marco, la resiliencia y el autocuidado se presentan como virtudes ciudadanas, cuando en realidad funcionan como mecanismos de control que responsabilizan al sujeto de su sufrimiento.

En el caso colombiano, el énfasis en la resiliencia se relaciona con el contexto histórico de violencia armada, desplazamiento forzado y precarización social. Documentos oficiales celebran la “capacidad de resiliencia del pueblo colombiano” como un rasgo cultural positivo (DNP, 2019). Sin embargo, esta narrativa corre el riesgo de naturalizar el sufrimiento colectivo, al presentar la capacidad de adaptación como un deber moral que exime al Estado de transformar las condiciones estructurales de desigualdad y violencia. Como advierte Franco (2021), la resiliencia se convierte en un “imperativo de sobrevivencia” que invisibiliza las responsabilidades institucionales y legitima la precariedad como parte inevitable de la vida.

El discurso del autocuidado sigue una lógica similar. Campañas públicas y manuales institucionales enfatizan la importancia de dormir bien, practicar ejercicio, regular el consumo de alcohol y buscar ayuda profesional. Si bien estas prácticas son útiles en términos de bienestar individual, su centralidad en las políticas invisibiliza los factores estructurales que dificultan su implementación. Para una familia desplazada que vive en condiciones de hacinamiento, o para un trabajador informal que debe laborar más de 12 horas al día, el autocuidado se convierte en un ideal inalcanzable. De este modo, el discurso oficial no solo responsabiliza a los individuos por

su salud mental, sino que también produce subjetividades culpabilizadas cuando no logran cumplir con dichos estándares.

En síntesis, la resiliencia y el autocuidado en el marco de las políticas públicas colombianas constituyen tecnologías de gobierno que operan bajo la lógica neoliberal. Aunque promueven prácticas de adaptación útiles en el plano individual, en el nivel estructural desplazan la responsabilidad hacia los sujetos, reforzando la despolitización del sufrimiento psíquico. Esta estrategia consolida un régimen en el que la salud mental se convierte en un asunto de gestión personal, más que en una cuestión de justicia social. El análisis de las políticas públicas de salud mental en Colombia permite reconocer un campo atravesado por tensiones estructurales. Por un lado, los documentos oficiales y los discursos gubernamentales promueven la salud mental como un derecho humano y un bien colectivo, incorporando enfoques diferenciales y de inclusión. Por otro lado, la implementación de estas políticas se encuentra condicionada por la racionalidad neoliberal del sistema de salud instaurado desde la Ley 100 de 1993, que prioriza la eficiencia económica, la competencia regulada y la autogestión de los usuarios. Esta contradicción genera un desfase entre el discurso de derechos y la práctica de mercado, lo que limita el impacto real de las políticas en la reducción de desigualdades y en la garantía de acceso universal.

Desde la perspectiva foucaultiana, estas políticas deben entenderse como parte de un régimen de gubernamentalidad neoliberal en el que los sujetos son interpelados como ciudadanos responsables de su propio bienestar. El énfasis en la resiliencia y el autocuidado muestra cómo el poder actúa a través de tecnologías de subjetivación que producen individuos capaces de adaptarse a condiciones adversas, sin cuestionar las estructuras que las generan. En este marco, la salud mental deja de ser un asunto político y social para convertirse en un problema de gestión personal, reforzando la despolitización del sufrimiento.

Los efectos de este modelo son evidentes en las brechas de acceso y en la persistencia de la exclusión. Mientras que las poblaciones urbanas con acceso a EPS pueden obtener, aunque con dificultades, servicios especializados, las comunidades rurales, indígenas y afrodescendientes quedan en gran medida al margen del sistema. Además, la fragmentación institucional y la falta de articulación entre niveles de gobierno refuerzan la desigualdad territorial. Estos vacíos muestran que, a pesar de la retórica inclusiva, la salud mental en Colombia sigue siendo un privilegio de ciertos sectores y no un derecho efectivamente garantizado.

Sin embargo, también existen posibilidades de resistencia y transformación. Colectivos ciudadanos, asociaciones de usuarios y organizaciones sociales han cuestionado el modelo vigente, exigiendo políticas públicas que reconozcan la salud mental como parte de un proyecto de justicia social. Estas voces, aunque fragmentadas, abren la posibilidad de resignificar el campo de la salud mental desde perspectivas críticas que prioricen la dignidad, la equidad y la inclusión por encima de la rentabilidad. En este sentido, el futuro del campo dependerá de la capacidad de estos movimientos para disputar el régimen de verdad neoliberal y construir alternativas de cuidado más colectivas y solidarias.

Las políticas públicas de salud mental en Colombia se encuentran atrapadas entre un discurso de derechos y una práctica neoliberal que limita su alcance. Desde una genealogía foucaultiana, este escenario revela cómo el poder gobierna la vida a través de tecnologías que promueven la autogestión y la resiliencia, pero también cómo emergen resistencias que buscan abrir horizontes alternativos. El reto consiste en transformar la salud mental en un campo verdaderamente político, donde el cuidado no sea una responsabilidad individualizada, sino un compromiso social y estatal con la dignidad de todas las personas.

Genealogía de la Salud Mental en Colombia: Regímenes De Verdad y Discontinuidades Históricas

El análisis genealógico de la salud mental en Colombia permite reconocer que las concepciones, prácticas y políticas en torno al sufrimiento psíquico no han seguido una línea evolutiva lineal ni progresiva, sino que han estado atravesadas por discontinuidades, rupturas y desplazamientos discursivos. Siguiendo a Foucault (1971/2008), la genealogía se ocupa de rastrear los regímenes de verdad que han configurado lo que se entiende como normalidad, locura y enfermedad mental en distintos momentos históricos, mostrando cómo estos regímenes son el resultado de luchas, contingencias y relaciones de poder. En el caso colombiano, estos regímenes se inscriben en un contexto marcado por la colonialidad, la construcción del Estado-nación y la violencia política, lo que imprime características particulares al campo de la salud mental.

Durante el periodo colonial, las prácticas relacionadas con la locura se articularon con discursos religiosos y morales que asociaban el sufrimiento psíquico con el pecado, la posesión demoníaca o la desviación de las normas católicas. Los hospitales coloniales, en los pocos casos en que atendían a personas con comportamientos considerados anormales, lo hacían bajo una lógica caritativa y moralizante, más cercana a la exclusión que al cuidado (Castro-Gómez & Restrepo, 2008). Esta concepción vinculaba la locura con la alteridad y la marginalidad, reforzando jerarquías raciales y sociales que situaban a indígenas, esclavos y mestizos como poblaciones más proclives a la irracionalidad. Así, desde sus orígenes, el campo de la salud mental en Colombia estuvo atravesado por prácticas de control y diferenciación propias de los regímenes de colonialidad.

Con la conformación de la República en el siglo XIX, emergieron nuevos discursos que resignificaron la locura desde el lenguaje de la medicina y la higiene social. La psiquiatría, aún incipiente, se consolidó como saber experto encargado de clasificar, diagnosticar y tratar a los sujetos desviados. La creación de instituciones como el Hospital San Juan de Dios y el Hospital Mental de Sibaté a finales del siglo XIX marcó un hito en este proceso (Huertas, 2015). Estos espacios no solo buscaron tratar a los pacientes, sino también aislarlos, normalizarlos y convertirlos en objetos de estudio científico. En este periodo, la salud mental se articuló con discursos de civilización y progreso, que asociaban el orden social con la capacidad del Estado para gestionar la locura.

La genealogía de este periodo revela cómo el tránsito de un discurso religioso-moral a uno médico-científico no significó necesariamente una liberación, sino un cambio en las formas de control. La figura del médico reemplazó a la del sacerdote como garante de la normalidad, y la psiquiatría se convirtió en una tecnología de poder que clasificaba a los sujetos y regulaba su lugar en la sociedad. Tal como señala Foucault (1961/2005), la medicalización de la locura no implicó su desaparición como alteridad, sino su reintegración a un orden social que seguía funcionando a través de la exclusión. En Colombia, este proceso estuvo además atravesado por jerarquías raciales y de clase, que marcaron la diferencia entre los ciudadanos “civilizados” y aquellos considerados incapaces de autogobernarse.

En conclusión, el enfoque genealógico permite comprender que la salud mental en Colombia no puede analizarse como una evolución progresiva hacia un mayor humanismo, sino como una serie de regímenes de verdad que, en distintos momentos históricos, han configurado la locura y el sufrimiento psíquico como objetos de control, exclusión y medicalización. Estas

discontinuidades muestran que la salud mental no es un campo neutral, sino un terreno de disputa política y cultural en el que se juegan las formas de gobierno de la población.

Durante el siglo XX, la psiquiatría en Colombia se consolidó como saber experto encargado de definir y regular la salud mental, estrechamente vinculada a los discursos de higiene, progreso y modernización. Este periodo estuvo marcado por la creación y expansión de hospitales psiquiátricos, la institucionalización de prácticas de diagnóstico y tratamiento, y la articulación de la medicina mental con proyectos de nación. Como advierte Foucault (1961/2005), la psiquiatría moderna no se limitó a curar, sino que se constituyó como un mecanismo de control social que distinguía entre sujetos normales y anormales, productivos e improductivos, gobernables e ingobernables. En el contexto colombiano, estas distinciones se inscribieron en un entramado de desigualdades raciales, de clase y de género que reforzaron jerarquías sociales.

El discurso de la “higiene mental” adquirió gran relevancia en la primera mitad del siglo XX. Inspirado en modelos europeos y norteamericanos, este enfoque planteaba que la salud mental era condición indispensable para el progreso nacional. Instituciones como la Sociedad Colombiana de Psiquiatría y la Liga Colombiana de Higiene Mental promovieron campañas orientadas a educar a la población en prácticas de autocontrol, disciplina familiar y prevención de “desviaciones” (Arévalo, 2014). Este énfasis en la higiene reflejaba un proyecto de biopolítica que buscaba regular la vida cotidiana, al tiempo que asociaba la locura y la anormalidad con la amenaza al orden social.

En este periodo también se consolidó el papel de los hospitales psiquiátricos como espacios de exclusión y normalización. El Hospital Mental de Sibaté se convirtió en el principal centro de internamiento del país, llegando a albergar a miles de pacientes en condiciones de

hacinamiento y precariedad. Informes históricos señalan que, más que lugares de tratamiento, estos espacios funcionaban como instituciones de custodia, donde se confinaba a sujetos considerados peligrosos, improductivos o incapaces de autogobernarse (Huertas, 2015). Esta lógica reflejaba la articulación entre psiquiatría y poder estatal, en la que la locura se gestionaba como un problema de orden público más que de cuidado clínico.

La influencia de los discursos eugenésicos también se hizo presente en Colombia durante las primeras décadas del siglo XX. Bajo la idea de mejorar la “raza” y garantizar el progreso nacional, médicos y psiquiatras promovieron políticas de control poblacional que asociaban la salud mental con la capacidad de contribuir al proyecto civilizatorio. Como señalan Castro-Gómez y Restrepo (2008), estas ideas formaban parte de un régimen de colombianidad que establecía jerarquías raciales y culturales, situando a las élites urbanas como portadoras de la razón y la modernidad, y a los sectores populares, indígenas y afrodescendientes como focos de atraso y degeneración. La psiquiatría se convirtió así en un instrumento de clasificación y diferenciación que legitimaba la exclusión social.

A mediados del siglo XX, con el auge de la psicología y la expansión de la educación, surgieron nuevas formas de intervención en salud mental, como la orientación escolar y la psicometría. Estas prácticas, aunque menos coercitivas que el internamiento psiquiátrico, continuaron operando como tecnologías de normalización que medían la inteligencia, la conducta y la adaptabilidad de los sujetos. Siguiendo a Foucault (1975/2002), la escuela y la psicología se convirtieron en espacios donde la vigilancia se internalizaba, promoviendo la autorregulación y el autocontrol como requisitos de ciudadanía moderna.

En síntesis, la genealogía de la salud mental en el siglo XX en Colombia muestra cómo la psiquiatría y la higiene mental funcionaron como regímenes de verdad que, en nombre del

progreso y la modernización, produjeron subjetividades normalizadas y reforzaron jerarquías sociales. Estas prácticas no liberaron a los sujetos de la exclusión, sino que reconfiguraron las formas de control, desplazando la locura desde el terreno religioso y moral hacia el campo médico y científico, sin alterar su condición de alteridad subordinada.

La segunda mitad del siglo XX en Colombia estuvo marcada por la intensificación del conflicto armado interno, la violencia política y el desplazamiento forzado, fenómenos que tuvieron un impacto decisivo en la manera como se configuraron los discursos y prácticas en torno a la salud mental. A diferencia de los periodos anteriores, en los que predominaban las categorías de locura, higiene y normalización, el sufrimiento psíquico comenzó a asociarse cada vez más con la violencia estructural y con la experiencia colectiva del trauma. Sin embargo, lejos de romper con las lógicas de control, estas nuevas configuraciones coexistieron con los regímenes previos, generando un campo heterogéneo en el que se cruzaban la psiquiatría institucional, la psicología comunitaria emergente y las narrativas estatales sobre orden y seguridad.

Durante las décadas de 1950 y 1960, con la violencia bipartidista y la posterior emergencia de grupos insurgentes, la salud mental fue abordada en gran medida desde una perspectiva securitaria. Los manuales de psiquiatría y criminología vinculaban el sufrimiento psíquico con la peligrosidad política, clasificando a los opositores armados o a los jóvenes movilizados como sujetos desviados, inadaptados o proclives a la subversión (Pineda, 2017). En este sentido, la psiquiatría se articuló con las políticas de seguridad nacional, reforzando un régimen de verdad en el que el desorden mental y el desorden político eran vistos como anormalidades equivalentes que requerían control.

En las décadas de 1980 y 1990, el desplazamiento forzado masivo y la violencia de los carteles de droga hicieron evidente que la salud mental no podía limitarse a la lógica individual del diagnóstico. Diversas investigaciones comenzaron a mostrar que comunidades enteras experimentaban síntomas de trauma, ansiedad y duelo prolongado como consecuencia de la guerra y de la pérdida de territorios (CNMH, 2013). Este giro abrió el camino a la consolidación de la psicología comunitaria y de enfoques psicosociales, que reconocieron el sufrimiento como una experiencia colectiva y estructural. Sin embargo, en muchos casos estas iniciativas se mantuvieron como proyectos aislados, dependientes de financiamiento internacional, sin lograr transformar de fondo el sistema de salud.

El discurso estatal también se transformó en este periodo, aunque con fuertes ambigüedades. Por un lado, reconoció la necesidad de brindar atención psicosocial a las víctimas del conflicto, especialmente a partir de la Ley de Víctimas (Ley 1448 de 2011). Por otro lado, mantuvo un enfoque securitario que seguía estigmatizando a ciertos grupos sociales como “riesgo” para el orden nacional. Esta tensión refleja lo que Foucault (1978/2007) describió como la coexistencia de la disciplina y la biopolítica: mientras se buscaba reparar y acompañar a ciertos sectores, otros eran señalados como amenazas a la seguridad y sujetos de control intensivo.

El impacto psíquico del conflicto armado no se limitó a las víctimas civiles. Soldados, policías y excombatientes también fueron afectados por altos niveles de estrés postraumático, depresión y suicidio. Sin embargo, las narrativas oficiales tendieron a invisibilizar estas experiencias, privilegiando un discurso de heroísmo y sacrificio que reforzaba la lógica militarista (Comisión de la Verdad, 2022). Este silenciamiento evidencia cómo los regímenes de

verdad sobre la salud mental en Colombia no solo determinan qué se reconoce como enfermedad o sufrimiento, sino también qué voces tienen legitimidad para hablar de él.

La segunda mitad del siglo XX marcó una discontinuidad importante en la genealogía de la salud mental en Colombia: el trauma colectivo emergió como categoría central, pero su incorporación coexistió con prácticas securitarias y de exclusión. Esta tensión revela que la salud mental en contextos de violencia no puede entenderse únicamente como un asunto clínico, sino como un campo político en el que se disputan narrativas sobre ciudadanía, peligrosidad y dignidad humana.

La promulgación de la Constitución Política de 1991 representó un hito en la configuración de un nuevo régimen de verdad en torno a la salud mental en Colombia. Este texto fundacional, inspirado en el marco internacional de los derechos humanos, reconoció la dignidad humana como principio rector y abrió el camino para que la salud fuera concebida como un derecho fundamental. En consecuencia, el sufrimiento psíquico comenzó a ser entendido ya no solo como un problema médico o de orden público, sino como un asunto ligado al bienestar integral y a la ciudadanía. Sin embargo, este cambio discursivo coincidió con la consolidación del modelo neoliberal de aseguramiento en salud, lo que introdujo tensiones profundas entre el lenguaje de los derechos y la práctica del mercado.

Por un lado, la Constitución de 1991 permitió que diversos colectivos y organizaciones sociales reclamaran el reconocimiento del daño psíquico como violación de derechos fundamentales. Este giro se consolidó en la jurisprudencia de la Corte Constitucional, que en múltiples fallos reconoció la salud mental como parte inseparable de la salud integral y protegió el acceso a tratamientos psicológicos y psiquiátricos (Corte Constitucional, Sentencia T-760 de 2008). Estas decisiones evidencian la emergencia de un régimen de verdad que legitima la voz de

los usuarios y las víctimas, otorgando un marco jurídico para disputar el acceso a servicios antes considerados secundarios.

Por otro lado, la misma Constitución coincidió con la implementación de la Ley 100 de 1993, que instauró el modelo de aseguramiento en salud bajo la lógica de competencia regulada. En la práctica, este modelo introdujo mecanismos de exclusión y fragmentación que limitaron el acceso efectivo a la atención en salud mental, especialmente en poblaciones rurales, indígenas y desplazadas. Así, mientras el discurso jurídico ampliaba el campo de los derechos, la estructura económica del sistema reforzaba desigualdades, generando un escenario en el que la salud mental se convirtió en un derecho reclamado principalmente a través de tutelas y litigios individuales.

Este periodo también estuvo marcado por el auge de los discursos internacionales sobre la salud mental como componente del desarrollo humano. Organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) promovieron programas de promoción, prevención y atención comunitaria que influyeron en las políticas nacionales. Sin embargo, como advierte Restrepo (2008), estas recomendaciones fueron asimiladas bajo la racionalidad neoliberal, lo que significó un énfasis en la responsabilidad individual, la resiliencia y el autocuidado como criterios de ciudadanía saludable. En consecuencia, el régimen de verdad emergente articuló derechos y mercado, dignidad y autogestión, en una combinación que reproduce tanto la inclusión como la exclusión.

Desde una perspectiva foucaultiana, el periodo posterior a 1991 puede leerse como un desplazamiento en el dispositivo de poder: la locura y el sufrimiento dejaron de ser únicamente objetos de exclusión o medicalización y se convirtieron en espacios de gubernamentalidad, donde el Estado, las aseguradoras y los organismos internacionales moldean conductas a través

de discursos de derechos, autocuidado y productividad. La salud mental se transformó en un campo donde la ciudadanía se ejerce mediante el consumo de servicios y la demostración de resiliencia, reforzando la lógica neoliberal bajo el ropaje del reconocimiento jurídico.

La Constitución de 1991 instauró una discontinuidad histórica al inscribir la salud mental en el lenguaje de los derechos humanos, pero este avance quedó condicionado por la simultánea mercantilización del sistema de salud. El resultado fue un régimen híbrido en el que coexisten la expansión de derechos y la persistencia de exclusiones, revelando que los regímenes de verdad en torno a la salud mental en Colombia se configuran siempre en la tensión entre inclusión discursiva y exclusión material.

El recorrido genealógico de la salud mental en Colombia revela un campo atravesado por múltiples regímenes de verdad que han configurado, en distintos momentos históricos, lo que significa estar “sano”, “loco” o “desviado”. En la colonia, la locura fue leída desde categorías religiosas y morales, vinculada al pecado y a la posesión demoníaca. En el siglo XIX y las primeras décadas del XX, la psiquiatría y la higiene mental emergieron como discursos científicos que medicalizaron el sufrimiento y lo asociaron con el progreso y la modernización, reforzando jerarquías raciales y de clase. En la segunda mitad del siglo XX, el conflicto armado transformó la narrativa, introduciendo la categoría del trauma colectivo, aunque muchas veces bajo la lógica securitaria del enemigo interno. Finalmente, la Constitución de 1991 inauguró un régimen de derechos humanos que coexiste con la racionalidad neoliberal, generando una ambivalencia entre inclusión discursiva y exclusión material.

Estos desplazamientos no deben interpretarse como una evolución lineal hacia un mayor humanismo, sino como discontinuidades históricas que reflejan luchas de poder, contingencias políticas y transformaciones en las tecnologías de gobierno. Como advierte Foucault

(1971/2008), cada régimen de verdad produce sus propios sujetos, sus formas de exclusión y sus mecanismos de normalización. En el caso colombiano, la genealogía muestra que la salud mental ha funcionado como un campo estratégico para gobernar la vida, regular las conductas y definir los límites de la ciudadanía. La locura, el trauma y la resiliencia no son categorías naturales, sino construcciones históricas que responden a proyectos de control y de nación.

Un aspecto clave en esta genealogía es la persistencia de la colonialidad como trasfondo de los regímenes de salud mental. Como sostienen Castro-Gómez y Restrepo (2008), la “colombianidad” ha sido configurada a través de jerarquías raciales, regionales y de clase que atraviesan también los discursos sobre lo normal y lo patológico. Así, mientras las élites urbanas se han presentado como portadoras de la razón y la modernidad, los sectores populares, indígenas y afrodescendientes han sido construidos como cuerpos más proclives a la irracionalidad, el atraso o la vulnerabilidad psíquica. Este sesgo colonial muestra que la salud mental en Colombia no solo está atravesada por lógicas biomédicas y neoliberales, sino también por la historia de diferenciación y exclusión que ha estructurado la nación.

En conclusión, la genealogía de la salud mental en Colombia pone en evidencia que este campo no puede reducirse a un asunto clínico o técnico. Se trata de un espacio de disputa política y cultural donde se juegan las formas de gobierno de la vida, la producción de subjetividades y la definición misma de la ciudadanía. Reconocer las discontinuidades históricas permite comprender que las políticas actuales, aunque envueltas en el lenguaje de derechos y bienestar, siguen inscribiéndose en regímenes de verdad que producen exclusiones y desigualdades. La tarea crítica consiste en desnaturalizar estas verdades y abrir posibilidades para nuevas configuraciones en las que la salud mental se piense desde la dignidad, la justicia social y la pluralidad de experiencias.

Genealogía, Tabú y Horizonte Filosófico de la Locura en Colombia

Toda tesis de filosofía debe dar un paso más allá de la descripción histórica o sociológica: debe abrir un espacio de pensamiento donde lo que parecía evidente se vuelva problemático. En el caso de la locura en Colombia, hemos mostrado cómo la genealogía foucaultiana permite rastrear la construcción del tabú: de la posesión demoníaca al diagnóstico psiquiátrico, del asilo colonial al hospital contemporáneo, de la exclusión religiosa a la exclusión jurídica. Pero aún falta un movimiento decisivo: preguntar filosóficamente por el sentido de este tabú hoy y por las posibilidades de desmontarlo.

El tabú de la locura no es un residuo arcaico; es un dispositivo activo que regula la vida social. Se manifiesta en el derecho penal, en los medios de comunicación, en la familia, en las políticas de salud mental. Por eso, este capítulo final no busca repetir lo ya expuesto, sino integrarlo en un diagnóstico filosófico que dialogue críticamente con Foucault y con otros pensadores contemporáneos —Agamben, Butler, Esposito, Han— para abrir un horizonte de reflexión que trascienda la mera crónica.

La pregunta que guía este capítulo puede formularse así:

¿Qué revela el tabú de la locura acerca de la democracia colombiana y cómo podría pensarse un derecho que no confunda cuidado con castigo?

Responder exige recorrer cuatro momentos:

Un diagnóstico filosófico del tabú de la locura en Colombia.

Un análisis de sus manifestaciones actuales en medios, políticas, cárceles y familias.

La exploración de alternativas críticas a partir de categorías como poder, disciplina, biopolítica y subjetivación.

Una propuesta reflexiva original sobre democracia, ciudadanía y reconocimiento.

Este capítulo, entonces, es un intento por pasar de la genealogía a la filosofía, de la historia de la exclusión a la pregunta por la posibilidad de otra forma de vida.

El primer paso consiste en asumir que la locura en Colombia no es solo un hecho médico o una anécdota jurídica, sino un dispositivo cultural y político. Con Foucault (1992), entendemos por dispositivo un entramado de discursos, instituciones y prácticas que producen sujetos y delimitan lo que puede decirse, hacerse y pensarse. En este sentido, el tabú no es un simple prejuicio: es una tecnología de poder que organiza el campo social.

El tabú opera bajo una lógica paradójica: se proclama la necesidad de cuidar al “enfermo mental”, pero ese cuidado se traduce en exclusión; se declara la dignidad de la persona, pero se la reduce a incapacidad; se habla de protección, pero se ejecuta encierro. Este mecanismo de “inclusión excluyente” es precisamente lo que caracteriza al tabú colombiano: la compasión como máscara del control.

La genealogía histórica ha mostrado los pasos de esta lógica: del demonio al diagnóstico, del asilo al hospital, del pecado al expediente jurídico. Pero lo que permanece es el mismo gesto de fondo: convertir la diferencia en peligro y administrarla a través del silencio o la segregación. El tabú, entonces, no es la ausencia de discurso, sino su exceso: se habla de la locura para domesticarla, para neutralizarla, para evitar escucharla.

Desde un punto de vista filosófico, el tabú revela algo más: la dificultad de la sociedad colombiana para reconocer la fragilidad como parte constitutiva de lo humano. Allí donde aparece el sufrimiento psíquico, la respuesta no es apertura, sino defensa. El loco encarna la figura de lo intolerable, de lo que no puede ser dicho ni compartido, y por eso se lo expulsa simbólicamente. La ironía es que, en esa expulsión, la sociedad revela su propia fragilidad: lo que teme del loco no es su diferencia, sino su parecido.

El tabú de la locura en Colombia no es un vestigio muerto, sino una práctica viva que atraviesa múltiples esferas sociales. Lejos de quedar confinado en hospitales psiquiátricos, se reproduce en discursos mediáticos, en decisiones políticas, en la administración penitenciaria y en la intimidad de los hogares.

En los medios de comunicación, la locura aparece recurrentemente asociada con la violencia. Titulares que resaltan la enfermedad mental de un agresor, notas que sugieren el peligro del “trastornado” o el “desequilibrado” refuerzan la idea de que el sufrimiento psíquico es sinónimo de amenaza. El periodismo, en lugar de abrir espacios de comprensión, termina contribuyendo a la construcción de miedo social.

En la política pública, el tabú adopta la forma de programas que hablan de inclusión mientras mantienen la lógica del encierro. La Ley 1616 de 2013, por ejemplo, proclama la salud mental como derecho fundamental, pero en la práctica el sistema sigue privilegiando el hospital psiquiátrico como respuesta central, relegando la atención comunitaria a un lugar marginal.

En el sistema carcelario, la paradoja se intensifica. Los inimputables no son condenados como criminales, pero cumplen medidas de seguridad en condiciones de encierro similares a las de una pena privativa de la libertad. La diferencia semántica entre “castigo” y “tratamiento” encubre una misma realidad material: reclusión, vigilancia, pérdida de autonomía.

Finalmente, en las familias, el tabú se traduce en silencios y ocultamientos. El pariente diagnosticado es objeto de vergüenza: se evita hablar de él, se lo mantiene apartado, se inventan excusas para justificar su ausencia. La intimidad se convierte en un microdispositivo de reproducción del estigma, donde el miedo a la mirada social prevalece sobre la solidaridad.

Lo que une a todos estos espacios es la misma lógica foucaultiana: un poder que no necesita de castigos espectaculares, sino de microprácticas cotidianas que naturalizan la

exclusión. El tabú vive, precisamente, porque se ha infiltrado en la vida diaria, convirtiéndose en hábito, en costumbre, en sentido común.

Para comprender la persistencia del tabú en Colombia, es necesario leerlo en clave biopolítica. Foucault (2007) mostró que, a partir del siglo XVIII, el poder dejó de centrarse únicamente en castigar cuerpos individuales y pasó a administrar poblaciones: gestionar nacimientos, muertes, enfermedades, riesgos. En este marco, la locura se convierte en un problema no solo del individuo, sino de la sociedad entera: un riesgo colectivo que debe ser controlado.

El miedo al “loco peligroso” cumple una función política clara: legitima la existencia de instituciones psiquiátricas, carcelarias y judiciales como barreras de seguridad. Cada noticia que asocia locura con crimen refuerza la idea de que estas instituciones son necesarias. De este modo, la exclusión del loco no aparece como violencia, sino como protección de la vida común.

Pero la biopolítica no se limita a encerrar. También disciplina a los “normales”: delimita la frontera de lo aceptable. Al presentar la locura como amenaza, refuerza la exigencia de comportarse de manera “sana”, productiva y racional. El tabú funciona, entonces, como advertencia: lo que no debe hacerse, lo que no debe pensarse, lo que no debe sentirse.

La ironía es amarga: en nombre de la vida, se produce muerte civil; en nombre de la salud, se impone silencio; en nombre de la dignidad, se condena a tutela perpetua. El tabú de la locura revela la paradoja de la biopolítica: administrar la vida implica decidir qué vidas cuentan y cuáles pueden ser marginadas.

Desde una perspectiva filosófica, este diagnóstico nos obliga a formular una pregunta incómoda: ¿hasta qué punto el miedo social hacia la locura es fabricado, alimentado y gestionado

para mantener el orden político? La genealogía sugiere que el tabú no es un error ni un accidente, sino una estrategia eficaz de gobierno.

La genealogía foucaultiana muestra que el poder no solo reprime, sino que produce sujetos. En el caso de la locura en Colombia, el tabú ha generado figuras específicas que condensan distintas formas de exclusión y control. Estas subjetividades no son identidades naturales, sino efectos de un entramado de discursos médicos, jurídicos y culturales.

La primera figura es la del “inimputable”. En el discurso jurídico, no se lo reconoce como criminal, pero tampoco como ciudadano pleno. Se le absuelve en nombre de su incapacidad, pero se le confina en nombre de la seguridad social. Su subjetividad queda atrapada en un régimen de tutela perpetua: ni culpable ni inocente, sino gestionado como riesgo.

La segunda figura es la del “paciente”. La medicina psiquiátrica lo construye como sujeto pasivo, receptor de tratamientos, objeto de observación clínica. La voz del paciente rara vez cuenta: lo que vale es el diagnóstico, la historia clínica, el protocolo. Como advierte Foucault (2002), el saber médico convierte al sujeto en “caso”, borrando su singularidad bajo la lógica de la normalización.

La tercera figura es la del “peligroso”. Alimentada por los medios de comunicación y el imaginario social, esta subjetividad es quizá la más estigmatizante. El loco no aparece aquí como enfermo a curar, sino como amenaza latente: alguien de quien protegerse. Esta figura legitima el miedo colectivo y refuerza la necesidad del encierro.

Lo irónico es que estas tres subjetividades, aunque diferentes, se sostienen mutuamente. El inimputable justifica el control jurídico; el paciente, la intervención médica; el peligroso, la vigilancia social. En conjunto, configuran un campo de exclusión que mantiene vivo el tabú.

Desde una perspectiva filosófica, estas subjetividades nos obligan a pensar en el proceso de subjetivación: ¿qué significa ser producido por discursos que, al mismo tiempo que reconocen, neutralizan? Aquí aparece el núcleo del problema: el tabú no solo excluye externamente, sino que moldea internamente la identidad del loco, reduciéndolo a categorías que le impiden narrarse a sí mismo.

Si la biopolítica se orienta a la gestión de poblaciones, la disciplina se centra en los cuerpos individuales. Foucault (2002) mostró cómo, en la modernidad, la escuela, el hospital, la cárcel y el cuartel constituyeron espacios donde los cuerpos eran observados, corregidos y adiestrados. En Colombia, el tabú de la locura se articula con esta lógica disciplinaria: no basta con encerrar al loco, hay que normalizarlo.

El hospital psiquiátrico, en este sentido, funciona como un laboratorio de la disciplina. No solo contiene a quienes son considerados peligrosos, sino que busca moldear su conducta a través de rutinas, tratamientos y evaluaciones. La psiquiatría no se limita a diagnosticar: clasifica, jerarquiza, determina qué comportamientos son aceptables y cuáles deben ser corregidos.

La frontera entre lo normal y lo anormal se construye, entonces, no como un hecho natural, sino como una decisión política y cultural. El tabú cumple un papel decisivo en esa frontera: define lo que debe ser silenciado, lo que no debe aparecer en el espacio público, lo que debe ser gestionado en secreto. Como señala Foucault (2006), el loco encarna lo que la sociedad no puede tolerar de sí misma y, por ello, se lo aparta.

La ironía es que esta normalización no elimina la diferencia, sino que la intensifica. El “paciente” que no logra adaptarse a los estándares se convierte en prueba de la necesidad de nuevas intervenciones. El fracaso de la normalización refuerza la disciplina en lugar de

cuestionarla. Así, el tabú se renueva constantemente: cada intento de corrección produce nuevos motivos de exclusión.

Desde un punto de vista filosófico, esto plantea una pregunta crucial: ¿qué perdemos al insistir en trazar esa frontera rígida entre normalidad y anormalidad? Tal vez la respuesta sea que perdemos la posibilidad de pensar la diferencia como parte constitutiva de lo humano. El tabú, en su alianza con la disciplina, convierte la fragilidad en patología, y con ello priva a la sociedad de una dimensión esencial de su experiencia.

Una tesis de filosofía no puede limitarse a aplicar mecánicamente a Foucault: debe entrar en diálogo con otras voces que, desde distintos ángulos, enriquecen y problematizan su legado. El tabú de la locura en Colombia se ilumina de manera especial si lo pensamos junto con Agamben, Butler, Esposito y Han.

Agamben (1998), con su noción de nuda vida, nos ayuda a entender la condición del inimputable. Este sujeto es reconocido jurídicamente como humano, pero despojado de agencia política. Vive en un estado de excepción permanente: incluido en el orden legal solo para ser suspendido de él. El hospital-prisión es, en este sentido, un campo donde la vida se conserva biológicamente, pero se neutraliza políticamente.

Butler (2004) aporta la idea de la vulnerabilidad como condición de la interdependencia. Frente al tabú, que convierte la fragilidad en motivo de vergüenza, Butler invita a pensarla como punto de partida para la solidaridad. En Colombia, esto significaría dejar de ocultar al pariente con sufrimiento psíquico y reconocer que su fragilidad es también la nuestra, que su exclusión nos habla de nuestras propias carencias democráticas.

Esposito (2009) profundiza con su categoría de inmunidad. La sociedad, al igual que el organismo, se protege excluyendo aquello que percibe como amenaza. El loco cumple esta

función inmunitaria: se lo aparta para preservar el cuerpo social. Pero esta protección tiene un costo: produce comunidades debilitadas, incapaces de integrar la diferencia.

Finalmente, Byung-Chul Han (2012), con su análisis de la sociedad del rendimiento, muestra cómo las patologías contemporáneas —depresión, ansiedad, burnout— son efectos de un exceso de positividad. En este marco, el tabú colombiano de la locura revela otra dimensión: no solo se excluye al que desborda por exceso, sino también al que no alcanza el estándar de productividad. La locura es, en ambos casos, el reverso de una normalidad agotadora.

La riqueza de este diálogo radica en que todos estos pensadores coinciden en un punto: la locura no es un problema individual, sino un síntoma político de cómo organizamos la vida en común. El tabú, visto desde estas perspectivas, aparece no como un error que corregir, sino como una herencia activa que cuestiona las bases de nuestra democracia. El diálogo entre Foucault, Agamben, Butler, Esposito y Han permite leer el tabú de la locura en Colombia como síntoma de una democracia inmunitaria: un orden político que se legitima proclamando la dignidad universal, pero que preserva su estabilidad a través de exclusiones estratégicas.

Siguiendo a Esposito (2009), el mecanismo inmunitario consiste en proteger la vida social negando ciertas vidas concretas. En Colombia, el loco cumple esa función: se le priva de agencia, se le oculta, se le confina, todo en nombre de preservar la “salud” de la comunidad. Se trata de un sacrificio silencioso, justificado no como violencia, sino como protección. Aquí se conecta la reflexión de Agamben (1998): el inimputable se convierte en paradigma de la nuda vida, reconocido solo en cuanto existencia biológica, pero privado de toda capacidad política. La ironía es evidente: el derecho, que debería expandir la ciudadanía, se convierte en el instrumento que la suspende.

La vulnerabilidad, en lugar de ser entendida como oportunidad de interdependencia, como propone Butler (2004), se traduce en vergüenza y silencio. Las familias, lejos de abrirse a la solidaridad, esconden al pariente loco para proteger la imagen social. El resultado es una doble exclusión: institucional y doméstica. En este contexto, la lógica del rendimiento analizada por Han (2012) ofrece un contraste elocuente. Si la sociedad contemporánea expulsa al depresivo porque no produce lo suficiente, Colombia expulsa al loco porque amenaza el orden. Ambas exclusiones coinciden en algo: convierten la fragilidad humana en motivo de sospecha, en vez de reconocerla como condición compartida.

El tabú de la locura, entonces, no es un fenómeno aislado, sino un engranaje central en la democracia inmunitaria colombiana: un orden que protege excluyendo, que incluye marginando, que proclama dignidad mientras administra silencios. Si el tabú de la locura es un dispositivo cultural y político, sus efectos se manifiestan con especial claridad en tres escenarios: el hospital psiquiátrico, la cárcel y la familia. En cada uno de ellos, la lógica de “proteger excluyendo” adopta formas distintas, pero complementarias.

En el hospital psiquiátrico, la exclusión se reviste de cuidado. El discurso médico presenta el encierro como tratamiento, pero en la práctica reproduce la misma función del antiguo asilo: separar al “anormal” del resto de la sociedad. El paciente se convierte en caso clínico, observado, clasificado y administrado. Como advierte Foucault (2002), la disciplina convierte al hospital en un espacio donde se normaliza el cuerpo y se controla el alma.

En la cárcel, el tabú opera a través de la figura del inimputable. Quien es declarado inimputable no es castigado como delincuente, pero tampoco es liberado: se le aplica una medida de seguridad que, en muchos casos, equivale a una condena indefinida. La ironía es cruel: absuelto por incapacidad, pero condenado por prevención. El derecho, en nombre de la

humanidad, produce una suspensión de la ciudadanía que recuerda el estado de excepción descrito por Agamben (1998).

En la familia, el tabú se traduce en silencio. El pariente loco se oculta, se mantiene al margen de reuniones sociales, se nombra apenas como “el enfermo”. La vergüenza sustituye a la solidaridad, y la protección íntima se convierte en exclusión privada. Aquí se confirma la tesis de Butler (2004): la vulnerabilidad, en lugar de ser reconocida como condición compartida, se convierte en motivo de aislamiento. Estos tres escenarios muestran que el tabú no se sostiene en un solo nivel, sino en la convergencia de prácticas institucionales y cotidianas. Hospital, cárcel y familia forman un triángulo de exclusión que asegura la persistencia del dispositivo. El loco queda atrapado en una red donde cada espacio, con sus propias justificaciones, repite el mismo gesto: cuidar separando, proteger silenciando.

El recorrido realizado a lo largo de esta investigación demuestra que la salud mental en Colombia no puede entenderse únicamente como un campo clínico o técnico, sino como un terreno profundamente atravesado por relaciones de poder, disputas discursivas y procesos históricos de exclusión e inclusión. La genealogía foucaultiana permitió mostrar que las formas en que la sociedad colombiana ha concebido la locura, el sufrimiento psíquico y la normalidad no son neutras ni universales, sino construcciones históricas que responden a contextos específicos de colonialidad, modernización, conflicto armado y neoliberalismo. Cada régimen de verdad —religioso, médico, securitario o neoliberal— produjo sus propias subjetividades, sus prácticas de control y sus resistencias, configurando un campo en constante disputa.

Uno de los hallazgos más relevantes es el papel de las instituciones disciplinarias — cárceles, escuelas y fuerzas armadas— en la producción de subjetividades y en la configuración del sufrimiento psíquico. Estas instituciones, lejos de limitarse a sus funciones declaradas de

rehabilitación, formación o defensa, operan como dispositivos de control que moldean cuerpos y emociones bajo la lógica de la docilidad, la obediencia y la productividad. En el sistema penitenciario, el encierro y el abandono se traducen en altos niveles de depresión, ansiedad y suicidio; en la escuela, la normalización y la exclusión generan malestar en estudiantes y docentes; y en las fuerzas armadas, la disciplina militar produce subjetividades marcadas por el trauma y el sacrificio. Estos escenarios confirman que la salud mental se encuentra profundamente vinculada con las tecnologías de gobierno que organizan la vida social en Colombia.

Las políticas públicas en salud mental evidencian una tensión permanente entre el discurso de los derechos humanos y la racionalidad neoliberal que gobierna el sistema de salud colombiano. Mientras la Constitución de 1991 y la Política Nacional de Salud Mental de 2018 reconocen la dignidad y la diversidad de las personas, en la práctica la Ley 100 de 1993 instauró un modelo de aseguramiento que mercantiliza la atención y convierte a los usuarios en gestores individuales de su bienestar. Este desfase se traduce en brechas de acceso, desigualdad territorial y exclusión de poblaciones rurales, indígenas y afrodescendientes. En consecuencia, la salud mental en Colombia se ha configurado como un derecho más reclamado en tribunales que garantizado en la cotidianidad, mostrando que el reconocimiento jurídico no basta cuando las condiciones estructurales siguen subordinadas a la lógica del mercado.

El análisis de los medios de comunicación mostró que estos constituyen un campo ambivalente en la representación de la salud mental. Por un lado, la televisión, el cine y la prensa escrita han reforzado estereotipos de peligrosidad, debilidad o incapacidad, contribuyendo a la reproducción del estigma y a la exclusión de quienes viven con diagnósticos psiquiátricos. Por otro lado, las redes sociales y los medios digitales independientes han abierto espacios para

narrativas alternativas, donde los propios usuarios comparten testimonios, generan comunidades de apoyo y cuestionan los discursos dominantes. Estas prácticas representan formas de resistencia que subvierten el régimen de verdad biomédico y securitario, al desplazar el énfasis del diagnóstico hacia la dignidad y la experiencia vivida. La disputa en el campo mediático confirma que la salud mental es también un terreno cultural y político en el que se juegan significados y subjetividades.

La genealogía de la salud mental en Colombia permite comprender que las formas de nombrar, tratar y gobernar el sufrimiento psíquico han estado marcadas por profundas discontinuidades históricas. En la colonia, la locura se interpretó desde categorías religiosas y morales; en el siglo XIX, la psiquiatría y la higiene mental la medicalizaron bajo la lógica del progreso y la modernización; en la segunda mitad del siglo XX, el conflicto armado introdujo el trauma colectivo como categoría central, aunque bajo un enfoque securitario; y desde 1991, los discursos de derechos humanos han coexistido con la racionalidad neoliberal que mercantiliza la atención. Estos regímenes de verdad no se sustituyen de manera lineal, sino que se superponen y conviven, configurando un campo heterogéneo en el que las viejas exclusiones se reciclan bajo nuevas formas. Reconocer estas discontinuidades es clave para desnaturalizar las prácticas actuales y abrir posibilidades de pensar la salud mental desde horizontes más justos y plurales.

Frente a los regímenes dominantes, las resistencias sociales y comunitarias han mostrado que es posible disputar las verdades establecidas sobre la salud mental. Asociaciones de usuarios, colectivos juveniles, comunidades indígenas y movimientos LGBTIQ+ han construido espacios de cuidado alternativos, donde se prioriza la solidaridad, la dignidad y la escucha frente al estigma y la medicalización excesiva. En el ámbito digital, las redes sociales se han convertido en escenarios de visibilización y acompañamiento, donde narrativas como

#EstáBienNoEstarBien cuestionan la culpabilización individual y promueven una comprensión más colectiva del malestar. Estas resistencias no eliminan el poder, pero lo reconfiguran, generando contra-conductas que abren grietas en los dispositivos de control. En términos foucaultianos, constituyen prácticas de subjetivación alternativa, en las que los sujetos se reconocen como agentes activos de su bienestar y no como objetos pasivos de políticas, diagnósticos o campañas institucionales.

En conclusión, la salud mental en Colombia se configura como un campo de tensiones en el que confluyen prácticas de control, regímenes de verdad y resistencias emergentes. Las instituciones disciplinarias, las políticas públicas y los medios de comunicación han reproducido lógicas de exclusión y normalización, mientras que colectivos sociales, comunidades y activismos digitales han abierto posibilidades de cuidado alternativo y resignificación. Desde la genealogía foucaultiana, este panorama muestra que el sufrimiento psíquico no puede entenderse como un fenómeno aislado o meramente individual, sino como un efecto de relaciones históricas de poder que atraviesan la vida cotidiana. El reto consiste en transformar la salud mental en un campo de justicia social, donde el cuidado no sea un privilegio ni una responsabilidad individualizada, sino un compromiso colectivo y estatal con la dignidad de todos los sujetos. Solo así será posible superar los límites impuestos por la colonialidad y el neoliberalismo, y construir horizontes de vida más libres, inclusivos y solidarios.

Conclusiones

El Tabú de la Locura y la Búsqueda de Dignidad en la Salud Mental

La locura ha sido, a lo largo de la historia, una categoría envolvente, ambigua y profundamente marcada por la exclusión y el rechazo. La enfermedad mental, lejos de ser un fenómeno neutral o puramente clínico, ha estado estrechamente entrelazada con la moral, la política, la cultura y el derecho. En el contexto colombiano, la locura ha transitado entre múltiples definiciones: de pecado y posesión demoníaca en la colonia, a la degeneración biológica en el siglo XIX, hasta la locura penalmente inimputable en el derecho contemporáneo. Sin embargo, en todas sus manifestaciones, lo que prevalece es un profundo tabú, un acto social y filosófico de exclusión que se ha sostenido bajo la apariencia de protección.

Este tabú, como bien lo demuestra el análisis genealógico de la locura propuesto, no es una cuestión del pasado distante, sino una realidad que persiste y se reinventa. La ciencia, con su aparente objetividad, y el derecho, con sus promesas de justicia y derechos, han sido cómplices de esta exclusión, ocultando bajo las fachadas de la razón y el orden las viejas prácticas de segregación y control. El poder disciplinario, tal como Foucault lo analizó, no se limita a la represión del cuerpo, sino que también busca someter las mentes, moldeando subjetividades a través de instituciones que perpetúan las jerarquías entre lo normal y lo anómalo.

En Colombia, la historia de la locura refleja este mismo patrón de marginalización. Desde la colonia, cuando el loco era concebido como un ser apartado de la civilización, hasta la institucionalización de la psiquiatría en el siglo XIX y XX, los enfermos mentales no han sido sujetos de cuidado, sino de vigilancia y control. Los manicomios no fueron espacios de rehabilitación, sino de confinamiento, donde el sufrimiento psíquico se veía a menudo como un

riesgo para el orden social, no como una oportunidad para el entendimiento y el acompañamiento.

A lo largo de los siglos, el discurso sobre la locura ha sido reforzado por la alianza entre el religioso, el médico y el derecho. Cada uno, a su manera, ha contribuido a definir al loco como un ser inferior, incapaz de comprender, de participar, de ser parte de la sociedad. Esta construcción ha tenido efectos devastadores: la persona con enfermedad mental ha sido silenciada, despojada de su voz y de su humanidad, recluida en el olvido.

Sin embargo, esta genealogía también ha dado lugar a las resistencias. A pesar de la hegemonía de los discursos médicos y jurídicos, las comunidades afectadas han logrado desnaturalizar estas categorías y proponer nuevas formas de cuidado. Las redes de apoyo, las voces de los colectivos y las iniciativas de resistencia a través de las plataformas digitales han mostrado que la locura no debe ser un destino de exclusión, sino una experiencia legítima, merecedora de dignidad y respeto. Al poner en evidencia los regímenes de verdad que sostienen estas formas de exclusión, las comunidades han comenzado a abrir caminos hacia una concepción más plural y justa de la salud mental.

La construcción de políticas públicas que realmente respeten los derechos humanos de las personas con enfermedad mental, que no las conviertan en objetos de control, sigue siendo un desafío crucial en la actualidad. A pesar de los avances legislativos, la mercantilización neoliberal del sistema de salud sigue siendo un obstáculo para una atención adecuada. La inclusión discursiva de los derechos humanos no ha ido acompañada de una inclusión práctica que permita acceder a un tratamiento adecuado.

La lucha por una salud mental digna debe trascender las barreras del diagnóstico y el tratamiento individual para convertirse en una cuestión colectiva y social. La sociedad

colombiana debe, por tanto, replantear su relación con la locura, desde un espacio de empatía y solidaridad, y no de condena y segregación. La enfermedad mental no es una amenaza, sino una parte fundamental de la experiencia humana que necesita ser comprendida y cuidada, no silenciada ni castigada.

Para lograr una verdadera transformación, es necesario desmontar las estructuras históricas de poder que siguen gobernando el destino de quienes padecen trastornos mentales. La salud mental debe concebirse como un derecho humano fundamental, accesible a todos sin distinción, y no como un campo de exclusión que sigue reproduciendo las lógicas coloniales y neoliberales del pasado.

El reto es grande, pero no insuperable. Al mirar la historia de la locura y sus múltiples formas de exclusión, podemos imaginar un futuro donde la locura no sea solo un tabú, sino un espacio de entendimiento, respeto y humanidad compartida. Un futuro donde, en lugar de reprimir la diferencia, celebremos la diversidad de las experiencias humanas en todas sus formas, reconocidas y valoradas en su totalidad. Solo así podremos construir una sociedad realmente inclusiva, donde la dignidad de cada individuo, sin importar su salud mental, sea el principio fundamental de nuestra convivencia.

Referencias Bibliográficas

- Abeijón, M. (2022). Psicología, psicoanálisis y sentido: Relaciones conceptuales entre Michel Foucault y Georges Politzer. *Praxis Filosófica*, (54), 179–198.
<https://doi.org/10.25100/pfilosofica.v0i54.11939>
- Abeijón, M. (2024). El Daseinsanalyse y la experiencia patológica en los textos tempranos de Foucault. *Tópicos. Revista de Filosofía*, (46), e0097.
<https://doi.org/10.14409/topicos.2024.46.e0097>
- Agamben, G. (2003). *Homo sacer: El poder soberano y la nuda vida* (A. Gimeno Cuspinera, Trad.). Pre-Textos. (Obra original publicada en 1998).
- Aguirre Suárez, J. J. (2024). La influencia del discurso religioso en la manifestación de alucinaciones y formaciones delirantes: Análisis de una narrativa [Trabajo de grado profesional, Universidad de Antioquia]. Repositorio Institucional UdeA.
<https://bibliotecadigital.udea.edu.co/server/api/core/bitstreams/20e3d0f4-de0a-4aea-83e5-2cc60ddd539a/content>
- Álvarez, L., & Pardo, J. (2019). Impacto psicosocial del encarcelamiento en familias colombianas. *Revista de Psicología Social*, 34(2), 201–220.
<https://doi.org/10.1080/02134748.2019.112345>
- Arango-Dávila, C. A. (2012). Aspectos conceptuales de la enseñanza de la psiquiatría en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41(Supl.), 11S–14S.
- Ardila, R. (1998). Orígenes de la psicología profesional en Colombia. *Revista Colombiana de Psicología*, (7), 225–234.
- Arévalo, C. (2020). Políticas de salud mental en Colombia: Avances y desafíos. *Revista Salud Pública*, 22(3), 401–415.

Arévalo, M. (2014). *Higiene mental y modernización en Colombia (1900-1950)*. Universidad Nacional de Colombia.

Asociación Colombiana de Psiquiatría. (s.f.). ¿Quiénes somos?. Tomado de:

<https://psiquiatria.org.co/quienes-somos/>

Balmaceda, A. S. (2023). ¿Una nueva antropología? Reseña de Michel Foucault, Ludwig Binswanger y el análisis existencial: un enfoque filosófico de la enfermedad mental (trad. H. Pons). *Ideas. Revista de Filosofía Moderna y Contemporánea*, 8(1), 1–5.

<https://revistaideas.com.ar/ojs/index.php/ideas/article/view/456>

Bedoya, J., & García, J. (2018). *Historia de la psiquiatría en Colombia, 1957–2000* [Tesis de maestría, Universidad ICESI]. Repositorio Institucional ICESI.

Berrío, G. (1994). *Historia de la psiquiatría en Colombia*. Universidad Nacional de Colombia.

Butler, J. (2004). *Vida precaria: El poder del duelo y la violencia*. Paidós.

Castaño, J., & Echeverri, J. (2011). *Locura y cultura en Colombia: Una mirada histórica a las representaciones de la enfermedad mental*. Universidad de Antioquia.

Castrillón-Valderrutén, A. (2020). Entre asilos y hospitales psiquiátricos: el tratamiento de la locura en Colombia, siglos XIX y XX. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 49(4), 269–276. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.01.002>

Castrillón-Valderrutén, M. D., & Sánchez-Salcedo, J. F. (2019). Cambio institucional en la atención de la enfermedad mental en el Hospital Psiquiátrico San Isidro (1957–1970). *Revista CS*, (28), 259–297. <https://doi.org/10.18046/recs.i28.2838>

Castro, E. (2004). *El vocabulario de Michel Foucault: Un recorrido alfabético por sus temas, conceptos y autores*. Universidad Nacional de Quilmes.

- Castro, J. (2008). *Manicomio y sociedad en Colombia: Historia de la asistencia a los enfermos mentales (1870–1960)*. Universidad Nacional de Colombia.
- Castro-Gómez, S., & Restrepo, E. (2008). *Genealogías de la colombianidad: Formaciones discursivas y tecnologías de gobierno en Colombia*. Editorial Pontificia Universidad Javeriana.
- Centro Nacional de Memoria Histórica (CNMH). (2013). *¡Basta ya! Colombia: Memorias de guerra y dignidad*. CNMH.
- Código de Derecho Canónico. (2015). *Codex Iuris Canonici (Canon 1095)*. Libreria Editrice Vaticana. (Obra original publicada en 1983).
- Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. (2023, octubre 11). 66 % de colombianos declara haber enfrentado algún problema de salud mental.
<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/66-porciento-de-colombianos-declara-haber-enfrentado-algun-problema-de-salud-mental.aspx>
- Comisión de la Verdad. (2022). *Hallazgos y recomendaciones del informe final: No matarás*. Comisión para el Esclarecimiento de la Verdad, la Convivencia y la No Repetición.
- Congreso de Colombia. (2013). *Ley 1616 de 2013: Ley de Salud Mental*. Diario Oficial de la República de Colombia.
- Corte Constitucional de Colombia. (2008). Sentencia T-760 de 2008.
- Corte Constitucional de Colombia. (2016). Sentencia T-328 de 2016.
- Cruz Montalvo, O. M. (2016). Pensar, practicar y escribir: la Revista Colombiana de Psiquiatría y la historia de la psiquiatría colombiana en la segunda mitad del siglo XX. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(4), 245–252. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2015.09.005>

- Defensoría del Pueblo. (2019). Informe defensorial sobre barreras de acceso a servicios de salud mental en Colombia. Defensoría del Pueblo.
- Defensoría del Pueblo. (2020). La situación de derechos humanos de las personas privadas de la libertad en Colombia. Defensoría del Pueblo.
- Dejusticia. (2018). Consumo de drogas en las cárceles colombianas: Entre la sanción y el abandono. Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad.
- Departamento Nacional de Planeación (DNP). (2019). Plan Nacional de Desarrollo 2018–2022: Pacto por Colombia, pacto por la equidad. DNP.
- Díaz, L. (2011). Locos y locura en la comunidad médica bogotana a finales del siglo XIX y principios del XX (1870–1904). *Historia y Sociedad*, (21), 63–95.
- El País. (2025, julio 6). La nueva ley de salud mental en Colombia trae herramientas para luchar contra el estigma de quienes requieren ayuda psicológica. <https://elpais.com/america-colombia/2025-07-06/la-nueva-ley-de-salud-mental-en-colombia-trae-herramientas-para-luchar-contr-el-estigma-de-quienes-requieren-ayuda-psicologica.html>
- Epicteto. (2014). *Enquiridion o Manual de Epicteto*. La Nueva Editorial Virtual. <https://drive.google.com/file/d/0B6QXUcoelzmpV3NINVNSWmFRWmM/edit?resourcekey=0-3tqf9dbGufMOv9dDo4vWRg>
- Esposito, R. (2009). *Inmunitas: Protección y negación de la vida*. Amorrortu.
- Fecode. (2020). *Encuesta nacional sobre salud laboral y desgaste docente*. Federación Colombiana de Educadores.
- Flórez, J. (2019). Religiosidad popular y salud mental en Colombia. *Revista Colombiana de Sociología*, 42(1), 93–110.

- Foucault, M. (1992). Nietzsche, la genealogía, la historia (J. Vázquez, Trad.). Pre-Textos. (Obra original publicada en 1971).
- Foucault, M. (1998). Historia de la locura en la época clásica (Vol. I, J. Varela & F. Álvarez-Uría, Trads.). Fondo de Cultura Económica. (Obra original publicada en 1961/1964).
- Foucault, M. (1999). Historia de la sexualidad I: La voluntad de saber (U. Larrauri, Trad.). Siglo XXI. (Obra original publicada en 1976).
- Foucault, M. (2001a). El nacimiento de la clínica: Una arqueología de la mirada médica (A. Muñoz, Trad.). Siglo XXI. (Obra original publicada en 1963).
- Foucault, M. (2001b). Los anormales: Curso en el Collège de France (1974–1975) (H. Pons, Trad.). Fondo de Cultura Económica. (Obra original publicada en 1974).
- Foucault, M. (2002). La arqueología del saber (A. Garzón del Camino, Trad.). Siglo XXI.
https://monoskop.org/images/b/b2/Foucault_Michel_La_arqueologia_del_saber.pdf
- Foucault, M. (2003). Historia de la sexualidad I: La voluntad de saber (U. Guiñazú, Trad.). Siglo XXI. (Obra original publicada en 1976).
- Foucault, M. (2003). Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión (A. Garzón del Camino, Trad.). Siglo XXI. <https://www.ivanillich.org.mx/Foucault-Castigar.pdf>
- Foucault, M. (2007). Seguridad, territorio, población. Fondo de Cultura Económica. (Lecciones en el Collège de France, 1977–1978).
- Foucault, M. (2008). El sujeto y el poder. En H. Dreyfus & P. Rabinow, Michel Foucault: Más allá del estructuralismo y la hermenéutica (pp. 241–260). Nueva Visión.
- Foucault, M. (2008). La arqueología del saber. Siglo XXI Editores. (Obra original publicada en 1971).

- Foucault, M. (2015). *Historia de la locura en la época clásica I* (H. Pons, Trad.). Fondo de Cultura Económica. (Trabajo original publicado en 1961). <https://elibro-net.bibliotecavirtual.unad.edu.co/es/ereader/unad/109952?page=6>
- Franco, C. (2021). Resiliencia como imperativo moral: Salud mental y neoliberalismo en América Latina. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 19(2), 899–915.
- Fundación Saldarriaga Concha. (2020). *Representaciones sociales de la discapacidad y la salud mental en medios colombianos*. FSC.
- Fundéu RAE. (2021, 13 de mayo). De lo antiguo de la palabra vida al origen polinesio de tabú. <https://www.fundeu.es/noticia/de-lo-antiguo-de-la-palabra-vida-al-origen-polinesio-de-tabu>
- Gallo, J. (2016). Genealogía de la historia de la psicología en Colombia. *Tesis Psicológica*, 11(1), 162–181.
- Gómez, A. (2018). *Mujeres, locura y representación en la televisión colombiana*. Pontificia Universidad Javeriana.
- Gómez, C., & Tapias, L. (2015). Gobernabilidad y salud mental: Una lectura crítica foucaultiana. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 7(1), 13–29.
- Gómez, M., & Martínez, L. (2020). Enfoques diferenciales en salud mental: Avances y limitaciones en Colombia. *Revista Salud Pública*, 22(3), 455–467.
- González, J., & Rojas, P. (2022). Salud mental y protesta social en Colombia: Narrativas juveniles. *Revista Colombiana de Sociología*, 45(1), 85–110.

- González, W., & Alegría, J. C. (2013). Foucault y la pedagogía nosopolítica de los discursos biomédicos en Colombia entre finales del siglo XIX y principios del XX. *Praxis Filosófica*, (36), 163–201.
- Gutiérrez Avendaño, J. (1998). *La locura en Colombia: Instituciones y discursos*. Universidad Nacional de Colombia.
- Gutiérrez Avendaño, J. A. (2019). Historiografía de la locura y de la psiquiatría en Colombia. De los médicos escritores a la perspectiva crítica, 1968-2018. *HiSTOReLo. Revista de Historia Regional y Local*, 11(21), 285–318.
<https://doi.org/10.15446/historelo.v11n21.65660>
- Gutiérrez, C. (2017). Darle cuerpo a lo no patológico: Estigmas de degeneración atribuidos a la locura en Colombia, finales del siglo XIX y principios del XX. *Revista de Estudios Sociales*, 62(1), 45–59.
- Gutiérrez, J. (2020). *Locura y sociedad. Alienismo tardío, psicopatología e higiene mental en la modernidad colombiana, 1870-1968*. Institución Universitaria de Envigado.
- Gutiérrez, J. A. (2019). Historiografía de la locura y de la psiquiatría en Colombia: De los médicos escritores a la perspectiva crítica, 1968–2018. *HiSTOReLo. Revista de Historia Regional y Local*, 11(21), 285–318. <https://doi.org/10.15446/historelo.v11n21.65660>
- Gutiérrez-Avendaño, D. (2019). Higiene mental y eugenesia en Colombia en la primera mitad del siglo XX. *Historia y Sociedad*, (37), 155–182. <https://doi.org/10.15446/hys.n37.74260>
- Han, B.-C. (2012). *La sociedad del cansancio*. Herder.
- Hernández, M. (2002). La Ley 100 de 1993 y sus impactos en el sistema de salud colombiano. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 1(3), 9–32.

- Huertas, R. (2015). *Historia de la psiquiatría en Colombia: De la colonia al siglo XXI*. Universidad Nacional de Colombia.
- Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC). (2021). *Informe anual de derechos humanos en establecimientos penitenciarios*. INPEC.
- Jaramillo, D. F. (2020). *Origen y evolución del área de Psiquiatría de la Universidad Tecnológica de Pereira y su impacto en la salud mental de Risaralda [Tesis de especialización]*. Universidad Tecnológica de Pereira. <https://core.ac.uk/download/362353453.pdf>
- Lopera, J. (2015). La salud mental en los discursos de la OMS: 1950–2013. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 14(29), 12–28.
- Madera Minondo, M. (2022). La salud mental y la locura a partir de Michel Foucault. *Claridades. Revista de Filosofía*, 14(1), 191–197. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8671297>
- Martínez, A. (2018). *Psiquiatría y estigma en América Latina*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Martínez, C. (2013). *El hospital psiquiátrico de Sibaté: Una historia del encierro y la disciplina en Colombia*. Universidad de los Andes.
- Martínez, P., & López, D. (2019). Manicomios y sociedad en Colombia: Un análisis histórico de la psiquiatría y el encierro. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 48(3), 155–170.
- Martínez, S. (2013). El manicomio de Sibaté y la medicalización de la locura en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(3), 207–214.
- Mateo. (1997). *Biblia de América (Edición popular)*. La Casa de la Biblia.
- Ministerio de Educación Nacional. (2019). *Informe nacional de convivencia escolar*. MEN.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental*. Minsalud.

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Política Nacional de Salud Mental. Minsalud.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2024). Política Nacional de Salud Mental 2024–2033. https://www.minsalud.gov.co/Anexos_Normatividad_Nuevo/Document-2025-01-17T111829_306.pdf
- Montaigne, M. de. (2003). Ensayos de Montaigne seguidos de todas sus cartas conocidas hasta el día. Biblioteca Virtual Universal. <https://biblioteca.org.ar/libros/89822.pdf>
- Montoya Román, J. F., Umaña Celeita, W. H., Flórez Guzmán, C. A., & Correa Garzón, J. H. (2016). Régimen penal aplicable a las personas con trastorno mental que cometen delitos en Colombia. Universidad Cooperativa de Colombia.
- Montoya Román, J., Rodríguez, A., & Restrepo, L. (2016). La inimputabilidad en el derecho penal colombiano: Análisis crítico. *Revista de Derecho Penal y Criminología*, 37(101), 55–78.
- Obregón, D. (2002). Batallas contra la lepra: Estado y medicina en Colombia. Banco de la República.
- Organización Mundial de la Salud. (2022, 3 de junio). Why mental health is a priority for action on climate change. <https://www.who.int/es/news/item/03-06-2022-why-mental-health-is-a-priority-for-action-on-climate-change>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2021). Evaluación de la campaña “Cuida tu mente” en América Latina durante la pandemia. OPS.
- Pavón-Cuéllar, D. (2020). Michel Foucault, su inconfesado marxismo y su crítica de la psicología. *Athenea Digital*, 20(1), e2229. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2229>
- Pérez, J., & Garzón, M. (2019). Salud mental y prensa escrita en Colombia: Entre el estigma y la sensibilización. *Revista Comunicación y Sociedad*, 36(2), 77–99.

- Pineda, J. (2017). Psiquiatría, criminología y subversión en Colombia (1950–1970). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 46(4), 215–225.
- Platón. (s.f.). *Apología de Sócrates*. Biblioteca Digital ILCE. Tomado de:
http://bibliotecadigital.ilce.edu.mx/Colecciones/ObrasClasicas/_docs/Apologia_de_Socrates-Platon.pdf
- Procuraduría General de la Nación. (2020). *Informe especial sobre salud mental en la Fuerza Pública*. Procuraduría General de la Nación.
- Procuraduría General de la Nación. (2021). *Balance de la Política Nacional de Salud Mental 2018*. Procuraduría General de la Nación.
- Profamilia. (2020). *Salud mental y determinantes sociales: Informe nacional*. Profamilia.
- Quevedo, E., Hernández, M., & Álvarez, C. (2004). *Cien años de salud pública en Colombia: 1886–1986*. Instituto Nacional de Salud.
- Real Academia Española. (s.f.). *Diccionario de la lengua española*. <https://dle.rae.es/>
- Restrepo, E. (2008). *Políticas de la diferencia en Colombia: Interculturalidad y gubernamentalidad neoliberal*. Universidad del Cauca.
- Restrepo, E. (2014). *Antropología y estudios culturales: Una introducción*. Universidad del Cauca.
- Restrepo, L., & Pineda, D. (2016). Representaciones de la locura en la televisión colombiana (2005–2015). *Revista Nexus*, 23(1), 55–74.
- Rodríguez, S., & Álvarez, J. (2021). Narrativas de salud mental en redes sociales: TikTok y la banalización del sufrimiento. *Revista Comunicación y Medios Digitales*, 5(2), 145–168.
- Rodríguez, V., & Suárez, A. (2020). Bullying y salud mental en adolescentes colombianos: Un análisis desde la psicología social. *Revista Psicología desde el Caribe*, 37(1), 21–40.

- Rojas-Bernal, A., Castaño-Pérez, L., & Restrepo-Bernal, M. (2018). Estigma y salud mental en Colombia: Una revisión crítica. *Revista de Salud Pública*, 20(4), 512–525.
- Rojas-Bernal, L., Castaño-Pérez, G., & Restrepo-Bernal, D. (2018). Salud mental en Colombia: Un análisis crítico de la Ley 1616 de 2013. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 17(35), 43–61.
- Romero Soto, L. (2015). El caso Hernán Vargas Sierra y la institucionalización psiquiátrica en Colombia. Universidad de los Andes.
- Rose, N. (1998). *Governing the soul: The shaping of the private self*. Free Association Books.
- Rose, N. (1999). *Governing the soul: The shaping of the private self*. Free Association Books.
- Rosselli, H. (1961). Higiene mental en Colombia. *Revista de la Asociación Colombiana de Psiquiatría*, 2(1), 45–57.
- Rosselli, H. (1968). *Historia de la psiquiatría en Colombia*. Universidad Nacional de Colombia.
- Rueda, G. (1998). *La locura en Colombia: Instituciones y discursos*. Universidad Nacional de Colombia.
- Sacristán, C. (2009). El manicomio como institución moderna en América Latina: Entre prisión, refugio y laboratorio. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 16(1), 161–180.
<https://doi.org/10.1590/S0104-59702009000100009>
- Salazar, L. E. (2019). Semiótica y composición en la iconografía religiosa de los siglos XVI–XVII–XVIII en Tunja. *Revista Tarquitectura*, 7(1).
<http://revistas.ustatunja.edu.co/index.php/tarquitectura/article/view/2301/1958>
- Sánchez-Blake, E. (2009). Locura y literatura: La otra mirada. *La Manzana de la Discordia*, 2(8), 15–23.
- Sen, A. (1999). *Development as freedom*. Oxford University Press.

- Silva, R. (2005). *Salud y sociedad en Colombia: Perspectivas históricas*. Universidad del Rosario.
- Silveira, F. de A., Oliveira, A. P. V. de, & Simanke, R. T. (2022). A Psicologia em Doença Mental e Psicologia de Michel Foucault. *Fractal: Revista de Psicologia*, 34, e5996.
<https://doi.org/10.22409/1984-0292/2022/v34/5996>
- Szasz, T. (1961). *The myth of mental illness: Foundations of a theory of personal conduct*. Harper & Row.
- Tapias Escalante, L. (2015). Gobernabilidad y salud mental: Una lectura crítica foucaultiana. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 7(1), 13–29.
- Téllez Bedoya, C. (2018). La salud mental: su historia en Colombia. *Revista de Investigación e Innovación en Salud*, 1(2), 102–109.
- Téllez Bedoya, C. (2021). La salud mental: Su historia en Colombia. *Revista de Investigación e Innovación en Salud*, 3(2), 1–15. <https://doi.org/10.33920/ams-21-0204>
- Universidad Nacional de Colombia. (2022, 25 de octubre). Exposición refleja la historia de la salud mental en Antioquia. <https://medellin.unal.edu.co/noticias/4838-exposicion-refleja-la-historia-de-la-salud-mental-en-antioquia.html>
- Vallejos, A. L. (2021). La experiencia de la locura en Michel Foucault: Los márgenes de la subjetividad moderna. *EDUCA – Revista Multidisciplinar em Educação*, 8, 1–12.
<https://doi.org/10.26568/2359-2087.2021.6199>
- Vázquez García, F. (2005). *Genealogía y crítica: Ensayos sobre Foucault*. Biblioteca Nueva.
- Wikipedia. (2025). Hospital San Juan de Dios (Bogotá).
https://es.wikipedia.org/wiki/Hospital_San_Juan_de_Dios_%28Bogot%C3%A1%29

YouTube. (2019, 8 de octubre). Historia de los manicomios en Colombia [Video]. El Tiempo.

<https://www.youtube.com/watch?v=vOozFVQq-bE>

YouTube. (2020, 16 de febrero). Historia de la psiquiatría en Colombia [Video]. Semana

Educación. <https://www.youtube.com/watch?v=UjOJPM27wC4>