

# Violencia y subjetividad

*Por Fabiana Tomei*

En multiforme y complejo territorio de la violencia decidimos recortar el área de las violencias en las ciencias y de las prácticas profesionales que estudian e intervienen en la salud mental de niños y adolescentes y en particular, la que se vehiculiza en un nuevo instrumento, el DSM V, que borra la diferencia entre niño y adulto, entre formas sintomáticas de la salud y la patología y que desconoce la producción singular, subjetiva e histórica de los padecimientos<sup>i</sup>.

## *¿Por qué pensar en la violencia de la ciencia?*

Porque la Ciencia junto con otras instituciones define quienes somos. Nos formatea.

Es aliada al poder político y social en su trabajo de producir las subjetividades y los cuerpos que necesita, y en el gobierno de la vida que se ha dado en llamar biopoder (Foucault, 1976; Castel 2009).

Según Foucault (2007) la *delegación de poder en lo técnico científico*, esto es “[...] el mandato otorgado a unos especialistas que, por medio de un razonamiento de cariz técnico o científico, pueden tomar una decisión sobre un tercero [...]”, es una de las grandes mutaciones de la Modernidad.

La Ciencia legitima y le da racionalidad a la violencia en lo que el filósofo francés denomina *parodia del discurso científico* porque “[...] el valor demostrativo de una prueba esta en relación con el estatus científico de quien la enuncia y tiene privilegio aun cuando no cumpla las reglas de formación del discurso científico [...]”<sup>ii</sup>.

Hoy hay una nueva forma de pensar la subjetividad en clave neuroquímica, molecular y genética. Y una nueva forma de disciplinarla que es psicofarmacológica.

El instrumento del actual formateo subjetivo es el DSM V, cuyas fuerzas productoras son la Psiquiatría biológica molecular y las Neurociencias, que conforman una alianza con la informática signada por la digitalización.

EL DSM es el *Manual de clasificación y estadístico de los trastornos mentales* que nace de una organización hegemónica, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA). Originalmente no tuvo pretensiones clínicas sino estadísticas, pero, actualmente hegemoniza los procedimientos diagnósticos en casi todas las áreas a nivel global.

En Argentina se exige un diagnóstico según sus normas para tramitar un certificado de discapacidad mental e intelectual, y en los últimos años, a nivel privado, médicos, psicólogos y asistentes sociales, impulsados por los requerimientos de los sistemas de cobertura asistencial y social, han progresivamente extendido su uso, funcionando a la par y a veces sustituyendo la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (CIE 10).

Asimismo, se utiliza en el ámbito forense cada vez más, aunque en las versiones anteriores se prescribía su aplicación clínica alertándose sobre el peligro y la limitación de su utilización en aquel ámbito (DSM-IV, pp. XXII-XXIII).

La universalización de su aplicación es posible dado que universaliza los diagnósticos. La consideración de edad, género y cultura hacen a la forma de presentación pero son secundarias respecto de lo primario que ancla en el sustrato biológico, actualmente neuroquímico, del cuerpo.

En septiembre de 2014 se publica en Latinoamérica la quinta versión de este manual que introduce varias modificaciones respecto de inmediata anterior, siendo la más importante el cambio de paradigma de categorial a dimensional. La distribución de los fenómenos en espectros abarca todo el universo posible de afecciones, y aún las emociones propias de la existencia humana, si afectan la funcionalidad.

La inclusión de nuevos diagnósticos así como la modificación de varios precedentes parecen obedecer a la colonización por parte de la medicina de condiciones y problemas intrínsecos a la vida humana, (Frances, 2010), proceso que el filósofo e historiador Ivan Illich bautizó como medicalización (citado por Arizaga, 2008).

Voces provenientes de distintos campos se han alzado tanto a favor como en contra de esta quinta versión.

Si la ética es responsabilizarnos por nuestros actos en relación al otro, es ineludible la revisión constante de nuestras prácticas profesionales, instrumentos de trabajo, sus fundamentos epistemológicos y metodológicos.

Por ello, nos proponemos desarrollar aquí una lectura crítica del *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* en esta quinta edición (DSM-V).

## ***¿Cómo se piensa la subjetividad hoy?***

### ***Cronología de los DSM***

La cronología de los DSM es la cronología de la atomización y fragmentación del sujeto, de la visualización y la decodificación digitalizada de las claves moleculares, genéticas y neuroquímicas de sus formas de pensar, sentir, y padecer, que conducen a una pérdida de espesura de la subjetividad en tanto desaparece o se aplanan en el espacio interior.

Para muchos autores, su devenir es el testimonio del proceso de desubjetivación, deshistorización, patologización y medicalización de la vida misma (Frances, A. 2010; 2014; Rose, N., 2012; Rodulfo, M. 2004 20; Vasen, J. 2011).

Esta disección del sujeto humano y su patologización se manifiesta en el incremento del número de categorías diagnósticas: de 106 categorías en la primera publicación en 1952 a 374 categorías en la última versión aparecida en Latinoamérica en septiembre de 2014.

La primera publicación data de 1952. Las 106 categorías, en 129 páginas, recogen la experiencia psiquiátrica de la post-guerra, y atribuyen a los factores biológicos, psicológicos y sociales las determinaciones de los trastornos de la personalidad. El modelo era dinámico, psicoanalítico.

El DSM II de 1968, contabiliza 180 cuadros diagnósticos, descritos en 134 páginas que aún reflejan la influencia del lenguaje psicoanalítico.

Las versiones III y III-R, de 1980 y 1987 respectivamente, coinciden con la crisis de legitimidad que afecta a la Psiquiatría, que finalmente la consolida como ciencia experimental, alejada del Psicoanálisis. Obedecen a la necesidad de lograr una diagnosis psiquiátrica fiable y sistemática basada en criterios compartidos que sirvieran para la investigación. El DSM III consta de 500 páginas y el III Revisado define 292 categorías según criterios visibles y objetivos con una etiología y prognosis diferente, y una clase de tratamiento específico. El DSM III compensó su alejamiento de los modelos dinámicos y social introduciendo el sistema multiaxial de clasificación.

En 1994 aparece el DSM IV que cataloga 350 trastornos agrupados en 16 categorías detalladas en 886 páginas.

Entre 1990 y 2000, la década promulgada “del cerebro” por el Congreso norteamericano, la Psiquiatría se debate entre dos paradigmas de vida mental y de relaciones mente-cerebro: aquel que acentúa la base genética de la

conducta y el modelo computacional que considera a la mente como el software del cerebro (el hardware).

Finalmente, la quinta edición que aparece en 2014, luego de 20 años de trabajo en secreto, reseña 374 trastornos agrupados en 21 categorías diagnósticas en 954 páginas, mostrando el avance de la Psiquiatría biológica molecular y las Neurociencias en alianza con la informática y la digitalización (Kandel, 1999; Sibilis, 2005). A juzgar por la abundancia de prefijos que apellidan clases diagnósticas, algunos autores sugieren comenzar a hablar de un NeuroDSMV. (Frances; 2010, 2014; Rodriguez Testal et al., 2014)

Si como enunciaba el slogan del Congreso de la Asociación Psiquiátrica Estadounidense -que cerraba esa década del cerebro (2001)- la mente había encontrado el cerebro (*Mind meets brain*), para 2014 el cerebro se había mudado a las moléculas y se entendía e intervenía neuroquímicamente. Parafraseando a Kandel<sup>iii</sup> se podría decir “la mente encontró las moléculas” (*Mind meets molecules*).

### ***Hitos en la historia de la construcción de una subjetividad aplanada y molecularizada***

Para comprender el aumento exponencial en la clasificación de los trastornos y la molecularización de los diagnósticos (Rose, 2012 )<sup>iv</sup> es menester recordar los hitos en el desarrollo de las ciencias que lo sustentan y en los desarrollos tecnológicos que concurren.

Para pensar al sujeto humano y sus padecimientos en términos moleculares primero hubo que visualizar el interior del cuerpo, y en particular el cerebro funcionando.

La pretensión de visualizar el interior del cuerpo ya estaba presente en los anatomistas, transgresores y ocultos de la Edad Media. Pero fue Descartes, en la Modernidad, quien posibilita esa mirada al separar cuerpo y alma. Descartes sustrae el cuerpo a la Iglesia al equiparlo con una máquina, habilitándolo para la investigación anatómica, y reserva para Dios el alma que no podía depender del cerebro (Le Breton, 2002). La medicina clínica comienza allí, cuando el escalpelo permite abrir y hurgar en el espacio de profundidad del cuerpo.

Durante todo el siglo XIX la mirada clínica se abocó a encontrar la conexión entre los síntomas visibles en el exterior del cuerpo y las lesiones internas. Sin embargo, hasta el siglo XX las enfermedades mentales se mantuvieron remisas a la mirada que penetraba en el interior, aunque no a la mirada escudriñadora de la superficie. Como señala Rose (2012) en los manicomios del siglo XIX

imperó una clasificación de los enfermos mentales según su aspecto. Cada categoría diagnóstica se relacionaba con una descripción del aspecto físico y del comportamiento; unía la imagen junto con la biografía del alienado. Evidencia de una diagnosis basada en ese tipo de visibilidad fue el *Atlas de Esquirol* de 1838.

Kraepelin introdujo una ruptura epistemológica dentro de la mirada psiquiátrica con la historia de casos y, si bien figuran ilustraciones en sus descripciones, el aspecto no participaba del diagnóstico.

Pero la teoría psicoanalítica ocasionó una ruptura epistemológica mayor al abrir otro espacio interior: el precipitado de las experiencias y las relaciones humanas, el escenario donde se jugaban los conflictos entre los deseos y la moral, un espacio ficcional, que se presentaba ante la mirada con palabras “[...] *En el reino del homo psychologicus la vista cedió el lugar al oído* [...]” (Amstrong, 1983 citado por Rose, 2012, p.381).

La mente para el psicoanálisis no fue la mente de la racionalidad de Descartes, ni la de los psiquiatras y neurólogos positivistas que continuaron diseccionando cerebros de pacientes muertos para encontrar las anormalidades de su pensamiento, voluntad y conducta. Así, el psicoanálisis y la psiquiatría positivista siguieron desarrollándose de manera paralela.

Neurólogos como Carl Wernicke y Paul Broca pudieron identificar áreas en el cerebro con funciones mentales diferenciadas que posteriormente fueron pasibles de intervención local.

Casi al mismo tiempo que Edgas Moniz<sup>v</sup> desarrollaba, en 1930, la técnica de la lobotomía, primero extirpando zonas prefrontales y frontales en chimpancés para controlar la excitación y más tarde en humanos, Jacques Lacan publicaba *La función del estadio del Espejo como formador del Yo* (1936).

No obstante, hasta mediados de la década 60 la Psiquiatría permaneció sin poder demostrar el correlato orgánico de los diagnósticos. Y la interpretación psicoanalítica del homo psychologicus siguió prevaleciendo en el terreno *psí* tal como se constata en el DSM II.

En la primera edición de *Biological Psychiatry* de 1987 (segunda ed. 1996), Michel Trimble adjudicó al Psicoanálisis el atraso de la Psiquiatría experimental, a la que calificaba como la verdadera psiquiatría.

Según este autor, la historia de la Psiquiatría Biológica comienza a escribirse cuando se pasa de las teorías psicológicas a las hipótesis capaces de ser verificadas experimentalmente, acumulando y repicando los resultados y gracias a los hallazgos neuroquímicos y neuro-patológicos en relación a las psicosis mayores (descubrimiento y uso de la clorpromazina).

El DSM III y III–R surgen de esta crisis.

En 1960 un nuevo avance técnico provoca cambios radicales. La tomografía computada, la tomografía por emisión de fotón único y luego por emisión de positrones permitieron obtener imágenes del cerebro vivo; ver su actividad en tiempo real cuando el sujeto percibe, piensa, se emociona y desea facultaron “[...] *ver la locura en el cerebro vivo* [...]” (Rose, 2012, p. 384). El SPECT, PET y las imágenes por resonancia magnética mostraron los ciclos de actividad de los síntomas de la bipolaridad con el aumento del metabolismo durante la fase maníaca, el ansia de consumir cocaína en el encendido de ciertas zonas del cerebro límbico (craving), la disminución de la luminosidad en el depresivo.

Afirma Rose (2012) “[...] *cuando la mente se hace visible en el cerebro el espacio entre la persona y los órganos se aplana: la mente es lo que hace el cerebro* [...]” (p.388).

A esta alianza entre la medicina y la técnica (la biotecnología) hubo de sumarse otra: la de la medicina con la informática y la digitalización. Con el progreso de la tecno-medicina la visualización pasó de ser analógica y molar (de grandes masas) a molecular. Al respecto dice Sibilia<sup>vi</sup>: “[...] *El mundo que construimos es cada vez más visual, estamos cada vez más controlados por circuitos muy pequeños para ser vistos y también por códigos* [...]” (2005, p. 66).

A partir de la década del 60 la investigación logró prescindir del cuerpo mismo. En lugar de buscar localizaciones en el cuerpo analógico, el acento se trasladó a los flujos eléctricos, a la producción, a la recaptación y a las rutas de la neurotransmisión.

Según Rose la molecularización de los diagnósticos tiene que ver con esta posibilidad de entender la vida como un conjunto de mecanismos vitales en las que participan moléculas (enzimas, canales, etc.) que son posibles de identificar, aislar, movilizar, recombinar, porque ya no están sujetas a lo analógico tanto a nivel experimental como en la terapéutica.

La psicofarmacología se especificó, y se mostró eficaz. Allen Frances (2014), hace una reseña de los mojonos en los descubrimientos de fármacos psicotrópicos, así como de la ampliación de un uso que considera como indiscriminado. A la ya referida medicalización de la vida se añadieron la medicamentación (Faraone, 2008; Iriart, 2008 citados por Arizaga, 2008) y la mercantilización de los padecimientos gracias a la posibilidad de la publicidad directa al consumidor.

La vida misma se volvió información que pudo ser descorporizada, manipulada, transferida y recombinada. También la mente se desprendió del sustrato biológico.

En 1953 se descubrió la estructura del ADN, el texto bioquímico de la vida, y se conocieron técnicas para cortar y empalmar genes. Para entonces las investigaciones se encauzaron en la búsqueda de la explicación genética de la conducta. Se supuso que cada uno de los genes podía estar relacionado con una enfermedad específica.

Gracias al magnífico poder de procesamiento y almacenamiento de las computadoras, en 2011 se publicó el primer borrador de la secuencia completa del genoma humano, de los 130.000 genes que conforman el manual de instrucciones humanas. Empero este logro trajo desilusión. La decodificación completa no arrojó una secuencia única maestra contra la cual se pudieran detectar las alteraciones o mutaciones como patológicas.

Las investigaciones no pudieron ser concluyentes respecto a la preponderancia de los genes en el comportamiento ni en muchas de las enfermedades (Sibilia, 2005; Rose, 2012; Frances, 2014)

En el terreno de la patología mental no se hallaron genes y/o marcadores fenotípicos o neurobiológicos que pudieran dar cuenta por sí solos de la compleja composición de los síntomas psiquiátricos, predecir el efecto de los fármacos, ni mucho menos, explicar la transmisión de esas enfermedades a lo largo de la cadena generacional.

Por todos estos motivos, la clasificación en el DSM IV se basa en grupos de síntomas y en el curso de las afecciones, pero no en la biología.

Pero, si bien no se hallaron genes únicos correlacionados directamente con enfermedades específicas sino combinaciones complejas, genéticas y neuroquímicas implicadas en varias y diferentes alteraciones, la fragmentación cada vez más micro de la información develó polimorfismos y susceptibilidades genéticas.

Rose se refiere a estos hallazgos comentando una noticia publicada por el *Scientific American* en marzo de 2001: “[...] un polimorfismo en la base del cromosoma 22 que codifica una proteína llamada WKL1 implicado en la producción de canales iónicos relacionados en forma remota con el canal de potasio KCNA1 que provoca un trastorno raro, la ataxia episódica, también podría incrementar las probabilidades de padecer una subtipo de esquizofrenia [...]” (p. 400).

## **Consecuencias para el diagnóstico**

Sustanciales derivaciones resultan de estas torsiones en las investigaciones:

a. Las grandes categorías diagnósticas de antaño desaparecen.

*La enfermedad pasa a ser un trastorno:* Un trastorno es un desvío, una anomalía que se despliega en amplios territorios de límites difusos (los espectros).

Como todos los seres humanos tienen alteraciones o mutaciones genéticas y neuroquímicas, todos los sujetos serían anormales, pudiendo ser portadores sintomáticos.

b. El paradigma dimensional, establece un continuo entre la salud y la enfermedad, borra la diferencia entre síntomas comunes en la salud y enfermedad, y entre enfermedad y sufrimientos existenciales. *Se patologizan estados de ánimos y conductas de la vida cotidiana:* por ejemplo, en lo referente al duelo la última edición del manual no excluye el diagnóstico de depresión mientras el DSM-IV lo descartaba cuando la persona presentaba sus síntomas en los dos meses siguientes a la pérdida de un ser querido.

Si en el DSM IV se dudaba acerca de la conveniencia de adoptar el paradigma dimensional por temor a la patologización (APA, 1995, p. XXII) el DSM V lo instala sin zozobras en algunos trastornos (discapacidades intelectuales, trastornos del espectro autista y trastorno de la esquizofrenia), y parcialmente en otros (trastornos neurocognitivos).

c. El proceso de patologización es especialmente visible dentro del campo de la infancia y la adolescencia. Muchos autores e investigadores lo denuncian y señalan sus riesgos (Armostrong, T., 2001; Arizaga, C. 2008; Bensayag, L. 2007, 2011; Bleichmar, S., 2011; Dueñas, G., 2007, 2011, Frizzera, O., 2011; Janin, B., 2008, 2011; Rodulfo, M., 2004, 2007, 2016; Vasen, J.C., 2007, 2011). Entre ellos se menciona la inclusión del *Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo*, que caracteriza a los niños "con irritabilidad persistente y frecuentes episodios de descontrol de conducta (rabietas), tres o más veces a la semana durante más de un año" (DSM V, pp.155-160) hecha con la finalidad de reducir el diagnóstico de trastorno bipolar en la infancia, cuya prevalencia se había visto aumentada porque el DSM-IV-R consideraba los problemas de irritabilidad crónica como un síntoma de manía en niños; y *el Trastorno negativista desafiante* (DSM-V , pp. 462-466). Los criterios que definen estos diagnósticos, que bien pueden ser aplicados a muchos niños y adolescentes saludables en proceso de autoafirmación y demarcación de mandatos familiares, reapropian y reembolsan a aquellos sujetos que se pretendía excluir.



d.a *El DSM V ha eliminado el apartado de trastornos de inicio en la infancia y en la niñez: como si no hubiera especificidades entre un aparato psíquico en formación y uno constituido, ni entre los trastornos de la infancia, la adolescencia y la adultez. En el nuevo esquema las clases diagnósticas se plantean por afinidad entre características, y dentro de cada clase, los diagnósticos siguen un criterio cronológico.*

d.b. La diagnosis cambia su foco y se centra en las vulnerabilidades y en las probabilidades (estadísticas) abriendo la puerta a los tests pre-sintomáticos.

e. *La diagnosis orientada a detectar las vulnerabilidades reintroduce de manera remozada la vieja idea de degeneración y de peligrosidad. Tómese como ejemplo el Síndrome de psicosis atenuada (DSM V, pp183-786) que probablemente podrá ser ponderado en los seguros y prepagas de salud aunque no por motivos clínicos.*

f. *Se direcciona la terapéutica hacia un abordaje uniterapéutico (Arizaga, 2008), priorizándose los tratamientos rápidos, psicofarmacológicos (medicamentación) y/o conductuales-cognitivistas por sobre otras teorías e intervenciones posibles.*

g. *La psicofarmacología, los tests (ej. cuestionarios para el diagnóstico de ADDH remitidos por los neurólogos a los docentes), el acento en el hallazgo de las vulnerabilidades y probabilidades, y la extensión y aglomeración en los territorios de los espectros, pueden pensarse como prácticas contemporáneas del biopoder para controlar, vigilar y disciplinar la vida.*

### **Controversias y debate psa-neurociencias**

En la actualidad ha crecido el debate entre el PSA, las neurociencias y la psicofarmacología, que se formula en preguntas que van desde si el PSA ha agotado su fuerza indagatoria, si atrasó a la Psiquiatría, a la verdadera Psiquiatría que es molecular, o si ya esta muerto como teoría y terapéutica de las enfermedades mentales.

También incluye preguntas acerca si es posible una unión entre la biología y el PSA.

Algunos autores como Edelson (citado por Kandel, 1999) afirman que los intentos “[...] por mezclar hipótesis sobre la mente y las hipótesis sobre el cerebro en una teoría deberían ser resistidos como expresión de una confusión lógica [...]”.

Lacan también pensaba en la imposibilidad de conexión entre las neurociencias y el PSA cuando afirmó que la biología freudiana no era una biología sino una simbólica tendiente a resolver cuestiones energéticas<sup>vii</sup>.

E. Kandel cree que es posible aumentar la fuerza de explicación de fenómenos como la memoria por la sinergia de ambas ciencias: el PSA y la biología<sup>viii</sup>.

Para Serge Lebovici “[...] *el Psicoanálisis no tiene ninguna razón para temer los formidables avances actuales de las neurociencias. Los espera con impaciencia, en la medida en que estos nuevos datos no podrán más que servir como nuevas puertas de entrada en nuestro modelo psicopatológico, que es necesariamente multifactorialmente [...]*”<sup>ix</sup>.

Antonio Damasi<sup>x</sup>, Pierre Magistretti y Francois Ansermet<sup>xi</sup> piensan lo contrario.

### **Para finalizar**

Reconocemos la orientación psicoanalítica que atraviesa el análisis que hemos presentado, pero somos conscientes de los peligros de un psicoanálisis (PSA) encerrado en la repetición inercial de sus postulados, aislado de los desarrollos y avances que se producen en otros ámbitos y ciencias (Derrida, 2000) tanto como de los peligros de una compulsión entre ciencias. Más bien en este escrito hemos intentado alertar sobre el peligro de lecturas reduccionistas, simplistas y lineales de fenómenos complejos, cualquiera sea su campo de proveniencia.

La singularidad de una subjetividad, la singularidad de su existencia y de sus padecimientos no es explicable sin restos ni por su biología, ni por su metabolismo, ni por su historia.

**Licenciada Fabiana Tomei: psicoanalista, especialista en prevención y asistencia psicológica en niñez y adolescencia y en clínica psicoanalítica con niños y adolescentes. Docente auxiliar regular en Psicopatología Infanto-Juvenil, Facultad de Psicología (UBA) y, en la misma casa, profesora Titular de los Seminarios “Duelo y trauma”, en la carrera de Especialización en prevención y Asistencia en Infancia y Niñez, y “Práctica pericial” en posgrado.**

**Colabora como docente en Carreras de Especialización en la UNLP y Universidad de Comahue. También asesora a diversas instituciones oficiales.**

**Se destaca su actividad y pericia como perito en el esclarecimiento de abuso sexual y violencia familiar en la Provincia de Buenos Aires en particular. También la destaca una peculiar apertura a lo intertextual y multidisciplinario que se pone de manifiesto en su dedicación a las**

nuevas problemáticas de la subjetividad relacionadas con la revolución informática. Este perfil poco convencional en su profesión ha hecho que Ricardo Rodulfo la considere una de las colegas que más atenta y creativamente lo ha leído. Es actualmente doctoranda en la Universidad del Salvador, llevando a cabo una tesis acerca de los duelos informáticos. En la web Rodulfos.com, es docente a cargo del Seminario on-line “El diagnóstico del abuso sexual infantil sustentado desde el psicoanálisis” **(SANTI PONER LINK AL SEMINARIO)** y también autora del Recomendamos “El Psicoanálisis ante la prueba de las problemáticas emergentes de la cultura informática-digital o teletecno-mediática” **(SANTI PONER LINK AL RECOMENDAMOS, es el nro 7)**

---

<sup>i</sup> A los fines de esta exposición se hablará de Violencia como *desconocimiento, borramiento* y hasta *aniquilación del otro entendido como alteridad y singularidad*, que puede no implicar odio, ni sadismo.

<sup>ii</sup> Foucault, M. (2007). *Los anormales*. Bs. As.: EUDEBA

<sup>iii</sup> Kandel, E. y Squire, L. (2008). *Memory: from mind to molecules*. New York: Columbia University.

<sup>iv</sup> Rose, N (2012). *Políticas de la vida, Biomedicina, poder y subjetividad en siglo XXI*. Bs. As., UNIPE, Editorial universitaria.

<sup>v</sup> Quien en 1946 recibe el Premio Noble de Fisiología por su descubrimiento.

<sup>vi</sup> Sibilía, P.: (2005). *El hombre Postorgánico. Cuerpo, subjetividad y tecnologías digitales* Bs. As. EUDEBA.

<sup>vii</sup> Gorlero, J.C: Cap. El debate PSA-neurociencias en *El cuerpo: lenguajes y silencios*, Bs As., Lugar Editorial y APA Editorial, 2008.

<sup>viii</sup> Kandel, E: op. cit.

<sup>ix</sup> Golse, B y Eliez S.: *Sobre el autismo y de los trastornos invasores del desarrollo. Del “proceso autistizante” al autismo de scanner*.

<sup>x</sup> Damasio, A: *El error de Descartes: la emoción, la razón y el cerebro humano*, Barcelona, Editorial Crítica, 2003.

<sup>xi</sup> Mgistretti, P y Ansermet; F: *A cada cual su cerebro*, Madrid, Katz Editores, 2006.