

La hegemonía del “sujeto cerebral” en el campo de la Salud Mental. Análisis crítico de sus implicancias epistemológicas, clínicas y políticas.

Julián Agustín Ferreyra

Licenciado en Psicología (UBA).
Doctorando en Psicología (UNLP).
Becario doctoral CONICET.
Docente en Salud Pública y Salud Mental II. (Psicología, UBA).
Miembro de Enclaves Asoc.
Ex asesor y consultor en temáticas de salud mental en el Ministerio de Salud de la Nación.

julian_ferreyra@hotmail.com

José Antonio Castorina

Profesor Consulto (Facultad de Filosofía y Letras, UBA).
Doctor en Educación, Magíster en Filosofía.
Profesor Titular de la UNIPE.
Investigador principal CONICET.

ctono@fibertel.com.ar

Resumen

Este artículo se propone delimitar los significados, alcances y presupuestos de la noción de “sujeto cerebral” como modo de subjetivación, y sus consecuencias en las prácticas en salud mental. Dicha noción depende de condiciones socio-históricas que culminan una forma contemporánea de subjetivación: la descripción de la subjetividad en términos del cerebro. Esto último se relaciona con la emergencia de distintas “prácticas cerebrales” caracterizadas como *neuroascesis* y relacionadas con diversas *neuropóliticas*.

Se plantea el siguiente interrogante: ¿con qué versión de la salud mental está asociada la noción de sujeto cerebral? Para ello, se problematiza desde el campo de la salud mental cómo esta noción invalida el pensamiento en términos de “sujeto de derecho”, obturando también cualquier intervención propiamente clínica. Se trabaja así los efectos de dicho modo de subjetivación en las prácticas en salud mental, en sus modalidades de abordaje y dispositivos.

Por último, se propone la superación de un proyecto que tiende a ser hegemónico en este campo -y que habita también en el sentido común de muchos profesionales-, de corte naturalista y propenso a asumir diversas modalidades de individualismo y que, consecuentemente, encuentra afinidad con la concreción de políticas y derechos focalizados.

Palabras clave: sujeto cerebral - salud mental - enfoque de derechos - neurociencias - tecnología del yo.

Abstract: It is proposed to delimit the meanings, scope and assumptions of the notion of “brain subject” as a mode of subjectivation, and its consequences in mental health practices. That notion is based on the social-historical conditions that culminate in a contemporary form of subjectivation: the description of subjectivity in terms of the brain. The latter is related to the emergence of different “brain practices” characterized as *neuroascesis* and related to various *neuropolitics*.

The following question arises: with what version of mental health is the notion of the brain subject associated? For this, we problematized from the field of mental health how this notion invalidates thinking in terms of “subject of right”, also obtruding any clinical intervention. We discuss the effects of this mode of subjectivation in the mental health practices, in their modalities of approach and devices.

Finally, it is proposed to overcome a project that tends to be hegemonic in this field -and that also habites in the common sense of many professionals-, of a naturalistic nature and prone to assume diverse modalities of the individualism; and consequently, finds affinity with concretion of policies and rights “focused”.

Key words: brain subject - mental health - rights approach - neurosciences - technology of the self.

1. Introducción

Existe desde el siglo XVII en Occidente una concepción creciente que filosófica y antropológicamente plantea la existencia del *Homo cerebralis* (Hagner, 1977), lo propio de una *encefalización* de la vida cotidiana; una cerebralidad de la identidad, o la existencia de un “sujeto cerebral” (Vidal, 2005). Dicha tendencia, si bien con larga data en Occidente, obtuvo desde mediados del siglo XX, y con un crecimiento exponencial hacia finales del siglo pasado, una confirmación y un fabuloso reforzamiento de la mano de las neurociencias. A los fines de este artículo, nos centraremos en dos dimensiones de análisis en torno al sujeto cerebral, las cuales por supuesto no son las únicas. Por un lado, el estudio metateórico, que incluye a las falacias, así como errores categoriales, en la argumentación de los neurocientistas, y además las condiciones filosóficas, tanto epistemológicas como ontológicas, que han orientado la atribución al cerebro del carácter de sujeto del aprendizaje o de la vida subjetiva (“el cerebro va a la escuela”, o el malestar subjetivo remitido “al cerebro”). Por otro lado, el examen del sujeto cerebral en términos de las vivencias o percepciones de que “somos cerebro”, como un modo de subjetivación que es efecto de una diversidad de prácticas sociales.

No obstante, “decir que nos hemos convertido en <yoes neuroquímicos> [o en sujetos cerebrales] no significa que esa manera de relacionarnos con nosotros mismos haya desplazado o remplazado al resto [por ejemplo, todas las formas propias de la discursiva “psi” del siglo XX]” (Rose, 2012, p. 433). Así, sería errado afirmar que este momento histórico se caracteriza por un único modo de subjetivación. Pero sí consideramos que la cuestión de la subjetivación cerebral ha adquirido un notable rol en las prácticas en salud mental, así como en el campo educativo. Esto es, una gran influencia en la formación de trabajadores y profesionales de ambos campos, y un sesgo en la formulación de políticas públicas; así como también en las prácticas mismas en salud mental, específicamente en relación al fenómeno por el cual gran parte de la oferta actual de dispositivos y modos de alajar el sufrimiento incluye o se basa en la retórica neurocerebral, esto es, una forma de reduccionismo crecientemente hegemónica. Por *prácticas* nos referimos a lo que acontece en materia de asistencia, promoción o prevención, lo que genéricamente y desde una definición conceptual circunscribimos como *clínica ampliada* (de Sousa Campos, 2001) en el abordaje del proceso salud-enfermedad-atención/cuidado; incluyendo no sólo saberes académicos o técnicas disciplinares sino también al conjunto de representaciones, saberes y valores de los propios actores intervinientes.

Pero también, y sobre todo, una alucinante popularidad en las representaciones del sentido común de las personas, tanto desde diversas recreaciones literarias, audiovisuales y cinematográficas (Vidal y Ortega, 2017), pudiendo hablar incluso de una *neurociencia ficción* (Rebasa, 2018); produciendo así, al mismo tiempo, una incidencia de dichos sucesos en las mencionadas prácticas clínicas en salud mental. Ello supone la exigencia de aclarar el significado del término, su modo de intervenir sobre las prácticas en salud mental; como así también la necesidad de desentrañar los procesos sociales que están en el origen de su hegemonía contemporánea. Es plausible considerar que tales vivencias o imágenes del yo, construidas en prácticas discursivas, convergen con la filosofía de sentido común académico, también elaboradas en un contexto social, para consolidar la neurologización de la vida en función de *neuromitologías* (Percheron, 1987).

Una vivencia de sí que implica valores tales como el individualismo -heredero de la modernidad-, y da lugar a técnicas para el mejoramiento del cerebro a través de buenos hábitos y del trabajo productivo, algo así como una *bildung* (formación) neurológica. Hay una enorme diversidad de vivencias de “sí” como sujeto cerebral y de discursos que lo caracterizan, por dentro y por fuera de las neurociencias, aunque siempre asociados con

ellas. Incluso, se habla de “neuronarrativas” (Martínez Hernández, 2015), que subsumen al sufrimiento humano en lo acontecido en los neurotransmisores; la neuronarrativa, como una prolongación del fetichismo de la mercancía, tal como lo pensaba Marx, en el discurso de los consumidores de antidepressivos: para estos individuos lo psicosocial se vuelve natural y lo natural aparece con rasgos psicológicos. Así, “...*el papel que tuvieron en otro momento las explicaciones sociales y psicológicas para dar cuenta del malestar y el comportamiento ha dejado paso a un relato sobre factores biológicos y neurotransmisores. El sufrimiento ha adquirido un rostro neuronal...*” (Ibídem, p. 2). A su vez, los estudios de Mantilla (2018) muestran que la vulgarización del discurso neurocientífico provee recursos narrativos para lidiar y dotar de sentido a las experiencias vitales. Esta autora retoma a Thornton y el concepto de *neurociencias populares*, dando cuenta de un proceso de doble interpenetración entre la cultura de la autoayuda y la cultura cerebral. Así, la autora sugiere que los discursos de divulgación y/o la vulgarización de las neurociencias vienen provocando un *neuroboom*.

Existen también modalidades de lo que se conoce como “neuropolítica”, que en nuestro medio encuentra un caricaturesco ejemplo en el *bestseller* “*Neurociencias para presidentes*” (Golombek y Bär, 2017) y que pretende

arrogarse la posibilidad de hacer de las neurociencias el modo ulterior y más “objetivo” para la incidencia en la formulación de políticas públicas;¹ o en afirmaciones tales como que “somos cerebros con patas”². En otro sentido, los trabajos críticos de Ortega (2009) y de Ortega y Vidal (2017) sobre “neuroculturas” sostienen convincentemente que la noción de sujeto cerebral es un a priori histórico y no el resultado de una construcción científica y conceptual. Dicho de otro modo, nuestra hipótesis es que el sujeto cerebral no es un concepto que se “aplica” a la vida cotidiana, ni proviene solo de una mera vulgarización o banalización de la producción científica. Se trata de la vivencia de sí como cerebro, históricamente constituida, que en cierto sentido es una condición para ciertos ensayos de “conceptualización” de las neurociencias acerca de la salud mental, los que serían una prolongación de una creencia “de cómo nos vivimos”, presente incluso en los neurocientíficos.

En otro lugar nos hemos ocupado del problema del *aplicacionismo* de las neurociencias al ser utilizadas en el campo de la salud mental (Ferreya y Castorina, 2017). Ahora bien, consideramos que hay otro nivel de análisis, que no es incompatible con el anterior. Aquí más bien el interés está puesto en ahondar en el sistema de creencias acerca de la subjetividad, que caracterizamos como sujeto cerebral, y que en ciertos aspectos subyace

a la actividad investigativa, teórica y clínica en psiquiatría, neurología, psicología cognitiva y psicopedagogía –y por ende en el interior del campo de prácticas en salud mental-. Este artículo propone delimitar los significados, alcances y presupuestos de la noción “sujeto cerebral”, entendida como modo de subjetivación, y sus consecuencias en las prácticas en salud mental. Por otra parte, evitamos plantear la cuestión en términos de “yo-cerebral”, ya que nos llevaría a suponer una entidad cosificada, una sustancia, algo parecido a un yo cartesiano. En este trabajo no discutimos los aspectos epistemológico-ontológicos del problema del “yo cerebral”, reconociendo que de hecho muchos psiquiatras refieren al mismo, tema que hemos discutido antes y que amerita un examen de la filosofía subyacente (Ibídem).

Sin embargo, tanto la subjetivación como proceso socio discursivo, como los aspectos metateóricos referidos a las suposiciones epistemológicas y ontológicas de las ideas de sujeto cerebral, conducen a preguntarnos por el lugar de los derechos humanos dentro de una versión de la salud mental hegemonizada por las neurociencias. Desde el estudio de dichas dimensiones arribamos al problema del desconocimiento de la complejidad del campo de la salud mental, y por lo tanto a la dificultad para pensar desde un enfoque de derechos cuando se adopta un aplicacionismo de las neurociencias y un centramiento en el sujeto

cerebral como destinatario de dichas prácticas (Ibídem). Para ello, se trata de indagar cómo esta noción invalida la posibilidad de pensar en términos de “sujeto de derecho”, y cómo obtura el acto clínico tal como lo circunscribimos arriba. En lo que sigue nos referiremos a las categorías de “sujeto de derecho” y “derechos humanos” en relación a que lo propio del reconocimiento del derecho a la salud requiere de una política de integralidad de derechos, que incluya también el derecho a la no medicalización de la vida (Stolkiner, 2010). En este sentido, y si bien la noción de derecho a la salud no es unívoca, una práctica en salud y salud mental desde un enfoque de derechos, que sitúe a un sujeto de derechos como destinatario de las mismas, es antitético a cualquier forma de objetivación. En el sentido marxista, lo propio de reducir lo humano, incluido el sufrimiento subjetivo, a cosa natural, como por ejemplo el cerebro. Se trata de una manifestación del célebre proceso de fetichización, el cual “...se extiende más allá de la intercambiabilidad concreta de cada caso para transformarse en prácticas desubjetivantes que anulan el sujeto de derecho” (Ibíd., p. 91).

En este sentido, es un desafío intentar superar un proyecto que tiende a ser hegemónico en este campo, que está indisociablemente relacionado con el sentido común “académico” de muchos profesionales: una concepción del mundo naturalista.

Este trabajo se centrará en el sujeto cerebral en tanto construcción de la subjetividad, partiendo de diversas lecturas de inspiración foucaultiana: la subjetivación cerebral como *tecnología del yo* (Foucault, 2008), un modo de construcción histórica de la subjetividad (Ortega, 2009) que, a nuestro juicio, apunta a ser hegemónica. Se abren algunos interrogantes centrales: ¿es el sujeto cerebral una consecuencia directa de las tesis producidas por los neurocientistas?; o por el contrario, ¿la noción de sujeto cerebral hace a una forma de subjetivación, a una neurocultura, de la cual no solamente participan los neurocientistas?; ¿es compatible una concepción de sujeto cerebral con la posibilidad de pensar en la categoría de persona, y en consecuencia en una concepción de *sujeto de derecho*?; ¿Puede pensarse un sujeto cerebral en el interior de las prácticas en salud mental? Si así fuera, ¿con qué versión de la salud mental está asociada la noción de sujeto cerebral?

2. La emergencia del “sujeto cerebral”

La constitución de las vivencias de las personas o la percepción de sí mismos como sujetos cerebrales hunde sus raíces en la constitución de sus formas históricas, una de las cuáles es la descripción de la persona y la subjetividad en términos del cerebro. Podría decirse que, como resultado de la divulgación de las técnicas de las

neurociencias, y el proceso de popularización de información (que involucra no sólo una imagen de sí al estilo de Foucault sino también representaciones sociales), se asiste a una creciente imaginarización del cerebro como actor de casi todas las actividades sociales que caracterizan el ser alguien, ser persona, etc. (Pickersgill et al., 2011). Todo lo que, en otras formas de subjetividad, en otros momentos de la historia, se atribuía al sujeto, a las personas o a los individuos, ha pasado a ser “del cerebro”. Ambos aspectos convergen en la constitución del sujeto cerebral, ya que por un lado el sentido común filosófico de los neurocientíficos proviene de la internalización de una concepción del mundo hegemónica –el naturalismo reduccionista- adoptado sin la menor reflexión crítica; y por el otro, “la identidad personal como cerebro” proveniente de prácticas sociales normalizadoras. Con todo, cabe diferenciar el modo de estudiarlas: mientras para la primera cuestión se busca explicitar el modo de intervención de los supuestos ontológicos y epistemológicos cuando se aplican los conocimientos de las neurociencias al campo de la salud mental; en lo segundo se trata de indagar los procesos discursivos, así como los procesos de imaginarización, que desde las prácticas sociales dan lugar a la subjetividad cerebral.

Como plantean Russo y Ponciano (2002) en una dirección semejante a este artículo, tenemos una concepción

del mundo naturalista que ocupa el lugar de la concepción religiosa, disociando o fragmentando lo que había unido en una totalidad la religión cristiana; pero además, tenemos las diversas modalidades de intervención de los dispositivos sociales, tal como los procesos de (bio)medicalización, que penetran sutil, capilarmente, en las personas, comunidades o en las instituciones de salud, participando de la regulación de las relaciones entre sus miembros. No se trataría solamente de una teoría sobre la persona, sino de *modos de construcción de personas* (Ibídem, p. 350). A su vez Preciado (2017) ubica que “durante el Siglo XIX (...) la psicología, la sexología, la endocrinología han establecido su autoridad material transformando los conceptos de psiquismo, de libido, de conciencia (...) en realidades tangibles, en sustancias químicas, en moléculas comercializables (...) sin que sea posible saber [qué] viene antes, si la depresión o el Prozac” (p. 36-37).

2.1. La persona vivida como cerebro.

Desde la segunda dimensión de análisis se puede caracterizar al término sujeto cerebral (Ortega & Vidal, 2017; Ehrenberg, 2004; Azize, 2011) referido a la persona vivida como cerebro. Esto es, la creencia de que el cerebro es una parte del cuerpo no sólo necesaria sino también exhaustiva para ser nosotros mismos, y en el cual se encuentra la esencia del ser humano; o sea, la

identidad personal entendida como cerebral. Indagar acerca del sujeto cerebral involucra, en esta perspectiva, responder porqué la afirmación de que “soy mi cerebro” se ha vuelto auto evidente. El sujeto cerebral -que claramente no es el “yo pienso” de la filosofía, sino un “yo vivido como cerebral”- constituye una figura antropológica privilegiada del biopoder. En este sentido, varios historiadores de las neurociencias han mostrado que el énfasis en los conocimientos de las neurociencias y las descripciones subjetivas según el vocabulario de esos saberes, esto es, el cerebralismo de la identidad personal, ocupa un lugar sumamente destacado en nuestra cultura (Azize, 2011). Esta posición privilegiada, en nuestra cultura se debe al progreso alucinante de las tecnologías neurocientíficas (más específicamente, de imaginización cerebral); también proviene de la importancia que ha adquirido el cerebro en la localización de los procesos cognitivos y emocionales (Hagner & Borck, 2001). Siguiendo a Rose (1998), cuando usamos el término tecnologías, lo hacemos para referirnos a la manera en que nos experimentamos a nosotros mismos, y ésta resulta de un montaje híbrido de instrumentos, personas, construcciones y espacios, sustentados por ciertos objetivos sobre lo humano (Ibidem).

Es posible afirmar que *“esta vida no puede entenderse como un sustrato biológico fuera de los entramados de producción y*

cultivo propios de la tecnociencia” (Preciado, 2017, citando a Haraway, 2004: 29). Así, y proponiendo una relectura de la noción de biopoder, el autor asevera que no se trata ya de situar o contraponer organismo y máquina, sino más bien referirse al cuerpo como un *tecnocuerpo*. Utilizando la noción de “tecnobiopoder” en reemplazo a la noción foucaultiana de “biopoder”. Mencionamos estas tesis para enfatizar la riqueza del campo de problemas abierto, sin necesariamente tomar partido por las disidencias planteadas con Foucault.

Volviendo a nuestra discusión, el manicomio o la escuela son dispositivos de saber-poder, tendientes al disciplinamiento, que se valen de diversas tecnologías. En particular, encontramos las tecnologías que designan los mecanismos de autogobierno con que las personas se experimentan a sí, y que adoptan la forma de diversas técnicas tales como la confesión, la escritura, los programas de recuperación de personas alcohólicas; y ahora, las ascesis neurológicas o los ejercicios cerebrales. Justamente, la noción de sujeto cerebral, según Ortega (2009), es una deriva de aquellas tesis de Foucault (1984) sobre la historia de los modos de subjetivación y objetivación: el centro reside en los procesos de subjetivación y en las tecnologías del yo. En otras palabras, no se trata de una teoría del sujeto cognitivo en sentido de sus condiciones trascendentales, ni una

teoría de la génesis de un sujeto epistémico, sino principalmente de la historia de la subjetivación. Tal historia ha sido enfocada por Foucault de diferentes maneras (Castro, 2004) y no tratamos aquí de reconstruirla. Más bien, consideramos la manera en que los seres humanos se convierten en sujetos; las formas, ejercicios y procedimientos que dan lugar a la relación consigo mismo y a la constitución del sí mismo. De este modo, el sujeto cerebral es una de las modalidades de la historia de la subjetivación. Nuevamente y desde una lectura compatible con la anterior, Preciado (2017) afirma que a *“las figuras del cyborg, el gen o el cerebro descienden de implosiones de sujetos y objetos, de lo natural y lo artificial”* (p. 43, citando a Haraway, 2004: 29).

Es decir, este modo de comprender los modos de subjetivación supone una ruptura con los enfoques clásicos, centrados en las disociaciones del pensamiento, tales como sujeto/objeto, naturaleza/cultura o individuo/sociedad, de las cuales la noción de sujeto cerebral es heredera. Así, y para comprender y explicar la constitución de dicha noción, es preciso abandonar cualquiera de esas escisiones dicotómicas. Por último, podemos considerar dos preguntas formuladas por Deleuze y Guattari (2001 [1991]) que resultan un antecedente interesante: *“¿No se situará el punto de inflexión allí donde el cerebro se vuelve sujeto? (...) ¿Cuáles son los caracteres de este*

cerebro que ya no se define por unas conexiones y unas integraciones secundarias?”. Para los autores, el cerebro “es” el que piensa y no la persona, quedando ésta subsumida a una mera cristalización cerebral: *“...el hombre ausente, pero todo él dentro del cerebro”* (Ibíd., p. 192). Un cerebro como forma absoluta, facultado en la creación de conceptos, un cerebro que es en sí mismo el espíritu, un cerebro-alma.

2.2. Subjetivación cerebral: del fatalismo hacia una ética.

Desde esta perspectiva, es claro que no hay un sujeto cerebral en términos de una realidad ontológica previa a su historicidad, sino que la hegemonía ontológica le corresponde al propio proceso de subjetivación (Ortega, 2009). La ontología de la persona humana y su historia ponen en evidencia las técnicas e instrumentos con los que se ha constituido la problematización de sí mismo. En otras palabras, aunque la historia de las formas de subjetivación se puede remontar al pensamiento griego y luego romano (Foucault, 2001), durante buena parte del siglo XX los habitantes del mundo capitalista de occidente adquirieron una visión de sí como un espacio interior. Es decir, actuaron sobre sí mismos en función de auto descripciones en términos de angustia, depresión o introversión, o desde las psicoterapias, entre otras.

Específicamente, y a modo de ejemplo, la alegría o cualquier estado de ánimo son atribuidos al cerebro. Al ser histórico, el sujeto cerebral no tiene una existencia previa al proceso de subjetivación que forma a los diversos sujetos: es parte de una genealogía de la relación con nosotros mismos. Se ha constituido bajo ciertas condiciones, apoyado en los conocimientos de las neurociencias, pudiendo incluso desaparecer o atenuarse.

Como se ha mostrado (Azize, 2011; Castorina, 2016), el discurso de las neurociencias es un intento de superar al dualismo cartesiano, en el que se apoya la creencia de la persona en occidente, apelando al monismo y reduccionismo naturalista; por otro lado, y en lo referido a la subjetivación cerebral, se trata de una radicalización de ciertos rasgos del sujeto moderno: los valores de la individualidad, de la autonomía aislada del mundo social, el progreso de la conciencia de sí. Al ser histórico y depender de diversos procedimientos de formación, el sujeto cerebral ni es monolítico ni necesariamente hegemónico. Sin embargo, no sustituye del todo a otras modalidades de subjetivación, ya que puede convivir con otras como el sujeto espiritual, o el sujeto psicológico del sentido común, según varíen las situaciones contextuales de la existencia. Según Menéndez (2003), las diferencias o exclusiones teóricas de ningún modo imposibilitan articulaciones en las prácticas de las

personas. Sin embargo, en lo que va del siglo se va imponiendo el sujeto cerebral, lo que se hace evidente en que cualquier “desorden” ocurre en el ámbito del cerebro. Es dentro de semejante perspectiva de gobierno de los sujetos que se puede comprender el rol central que se atribuye a los psicofármacos, ya que tanto se trate de imágenes cerebrales o de exámenes genéticos, “...*todos los caminos que pasan por el cerebro parecen conducir al uso de psicofármacos*” (Rose, 2012, p. 407).

Luego, y siguiendo con libertad la perspectiva de Foucault, es preciso hacer una distinción de relevancia para pensar un cuestionamiento del sujeto cerebral. Es decir, si lo que constituye al sujeto es una relación consigo determinada por técnicas de dominación, históricamente contextualizadas, ello no implica pasividad. Más aún, para Foucault y hacia el final de su obra (2001) aquella subjetivación surge en una encrucijada de las técnicas de dominación (como las tecnologías del yo) y una técnica del cuidado de sí. En este sentido, hay una cierta irreductibilidad de las técnicas del yo respecto a las técnicas de dominación, de modo que el sujeto de la acción de sí, de la inquietud de sí, es el sujeto de la acción recta, diríamos de una ética de la que hablaban los pensadores griegos y romanos; una práctica de sí, vinculada a las prácticas sociales, y datadas históricamente.

En otras palabras, el sujeto cerebral proviene de una de las tecnologías del yo, pero se puede apostar a una cierta resistencia, un camino de exploración personal que nos aparte del fetichismo, esto es, la naturalización de la vida humana. En este sentido, y siguiendo a Foucault (1981-2), dichas prácticas de sí, lejos de ser consideradas como una moda filosófica, son más bien la punta de lanza de otros modos de subjetivación, alejado de las constituciones trascendentales. Esto último puede tenerse en cuenta para revisar críticamente prácticas en *salud mental*, al oponerse a la biologización de la representación de las personas como un “fatalismo”. Hay modos de pensar la conciencia de sí, o la ocupación consigo mismo, una subjetivación que desplaza al yo objetivado propio del sujeto cerebral. De todos modos, estamos distinguiendo la posible resistencia de los actores del campo de la salud mental a su subjetivación cerebral, con su carácter pasivo, impuesto por las tecnologías del yo. En verdad, se trata más bien de producir cambios en el sentido común de sí, partiendo de una actividad reflexiva y crítica, mediante acciones autónomas -diríamos de no aceptación de la pasividad de la subjetivación cerebral- y enmarcadas en prácticas colectivas.

Sujeto cerebral y prácticas en Salud Mental

Ahora bien, para continuar el análisis resulta relevante y necesario exponer críticamente las relaciones entre

la noción de sujeto cerebral y ciertas prácticas en salud mental, a los fines de responder finalmente a las siguientes preguntas: ¿puede pensarse un sujeto cerebral en las prácticas en salud mental? Y si así fuera, ¿con qué versión de la salud mental está asociada la noción de sujeto cerebral? Para nosotros se puede postular una relación dialéctica entre ciertas prácticas psiquiátricas y neuropsicológicas hegemónicas -intervinientes en prácticas clínicas concretas- y la tesis de un sujeto cerebral. Ante todo, la elección de dichas prácticas y marcos disciplinares se vincula con la influencia técnica y cultural de ciertos enfoques en neurociencias, específicamente los tendientes a una aplicación directa -un *aplicacionismo*- de estas disciplinas en el campo de la SM (Ferreyra y Castorina, 2017). En otras palabras, dicha implementación no ha sido posible sin el marco epistémico (García, 2006) escisionista de la psiquiatría y la psicología cognitiva, que ha posibilitado una “nueva alianza” entre dichas prácticas biologizantes y las neurociencias, legitimando un modo particular de subjetivación, la de sujeto cerebral, siendo a la vez que esta última a su modo, la facilita.

Sobre la llamada nueva alianza, damos algunos ejemplos o referencias. En primer lugar, existen autores (Tirapu-Ustárroz y Muñoz-Céspedes, 2014) del campo de la psiquiatría que introducen una tenue crítica al

aplicacionismo de las neurociencias en la salud mental. Los mismos adscriben a un naturalismo que no es eliminacionista, sino que defiende un cierto nivel de “vida mental”, aunque su explicación genuina reside en las neurociencias o, más específicamente, en las leyes del funcionamiento cerebral. En segundo lugar, el célebre testimonio del psiquiatra Richard Loren Mosher al momento de renunciar al Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos: “Ya no tratamos de comprender a la persona integral en su contexto social: estamos allí para reacomodar los neurotransmisores” (citado por Rose, 2012, p. 425). Esto último se relaciona con lo planteado por Levín (2018) que ubica que en la actualidad la psiquiatría se encuentra en una profunda crisis de paradigma. La aludida nueva alianza se fundamenta por el surgimiento de una nueva manera de pensar de muchos psiquiatras y psicólogos cognitivos. Así, por ejemplo, un diagnóstico es más exacto cuando puede vincular síntomas con anomalías de las conexiones cerebrales; o si bien no se excluye lo propio de la biografía o de la historia, las mismas ejercen sus efectos a través del impacto en ese cerebro. Así y a continuación, el interés apunta a analizar sus efectos, situados en las prácticas en salud mental.

3.1. El sujeto de las prácticas en salud mental

¿Quién es el destinatario de las prácticas en salud mental? Desde los marcos normativos vigentes (Ley N° 26657/ del 2010) se considera a la salud mental como “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (Ibídem, Art. 3°). Así, desde la citada Ley Nacional de Salud Mental -y aun cuando no esté explicitado-, se deduce una concepción de sujeto que incluye una multiplicidad de dimensiones y componentes -incluyendo la historia-. En este sentido, las prácticas clínicas en salud mental así planteadas se dirigen finalmente a una apuesta a la singularidad. Más aún, de la lectura global del marco normativo se sitúa como central la noción de *sujeto de derecho* como destinatario de dichas prácticas. Va de suyo que la condición de posibilidad para la emergencia de un sujeto de derecho es suponer la categoría de persona, entendida ésta no como individualidad sino atravesada por el hecho social, cultural, político y comunitario. En otras palabras, una concepción de sujeto que vuelve central al lazo social.

Concebir a un sujeto de derecho permite pensar tanto modalidades de abordaje, enfoques, dispositivos y prácticas, así como también una forma de pensar la clínica:

comandada por las nociones de conflicto y malestar, y reconociendo como centrales las decisiones, la voz y el saber de *usuarios y usuarias*. Es decir, una concepción afín a pensarse desde una *clínica ampliada* (Campos, 2001), la cual no implica una negación de las especialidades, pero sí su incorporación en procesos de trabajo en salud horizontales, integradores e interdisciplinarios; siendo de este modo una concepción crítica al *modelo médico hegemónico* (Menéndez, 2003). Y es a su vez una concepción de sujeto que reconoce como central la posibilidad de discusión en el interior del propio campo de la salud mental: discusiones teórico-epistémicas, pero también respecto a los modos de ejercer el saber y el poder, incluyendo entonces no sólo a los trabajadores, profesionales y expertos sino también y centralmente a usuarios y usuarias.

Si el sujeto cerebral no es un concepto de sujeto sino una vivencia de sí, una modalidad de subjetivación, no deja de ser relevante, sin embargo, que cada teoría o corpus disciplinar relacionado con prácticas clínicas supone y define una concepción de sujeto. Sea, entre otros, un sujeto de las representaciones sociales que dan su identidad social a los grupos de actores en salud mental, o el sujeto del inconsciente, hasta el sujeto de las diversas subjetivaciones que hemos tratado aquí. Para las prácticas de salud mental, no se trata de

impugnar o de excluir un saber o marco teórico/disciplinar, sino que resulta necesario tender hacia modalidades de abordaje interdisciplinarias o, más aún, pensar en términos de *intersaberes* (Stolkiner, 2005). Esto incluye no sólo saberes disciplinares propiamente dichos sino también a otros, como los correspondientes a las reflexiones sobre las prácticas de diferentes profesionales y trabajadores, hasta las experiencias de los usuari@s en salud mental. Más aún, se trata de analizar los marcos epistémicos subyacentes a cada uno de estos campos disciplinares, evaluando si los mismos son compatibles con la concepción de sujeto y de clínica instituida por los marcos normativos vigentes en nuestro país. Es decir, es deseable una pluralidad teórica, de enfoques y de dominios del conocimiento para pensar prácticas en salud mental, pero a condición de que los diferentes campos disciplinares y teóricos asuman un marco epistémico (o concepción del mundo) que permita modos colaborativos de indagación, de dirección y orientación de las prácticas.

De acuerdo a lo dicho, reformulamos las preguntas iniciales: ¿puede ser un sujeto cerebral el destinatario de las prácticas en salud mental, enmarcadas éstas en los marcos normativos vigentes? Dicho de otro modo, ¿es compatible con un enfoque de derechos otorgarle tal protagonismo a un sujeto cerebral? De manera preliminar, resulta

incompatible la noción de sujeto cerebral y la de sujeto de derecho, en tanto afirmar a este último presupone como unidad mínima a una persona situada histórica, social, cultural, comunitaria y políticamente; en todo caso, los aspectos físicos, psicológicos, o neurológicos se suponen como componentes válidos e interrelacionados dialécticamente desde estructuras dinámicas y complejas; pero de ningún modo uno o alguno de ellos podrá ser condición única y/o suficiente para definir al sujeto destinatario de las prácticas en salud mental. Dicho de otro modo, un cerebro –sea su imaginarización subjetiva, o su versión conceptual naturalista del sentido común académico- nunca puede ser el destinatario de derechos. A no ser, claro está, que se proclame algo más parecido a una *ciudadanía biológica* (Rose, 2012), que no podemos desarrollar en este espacio.

3.2. Efectos en la clínica

No obstante, la crítica a dicha perspectiva, existe una creciente hegemonía de prácticas que igualmente sitúan a un sujeto cerebral como su destinatario. Sin negar que dichas prácticas habitan el campo de la salud mental -aún incluso cuando sus practicantes no se reconozcan ni consideren a sus intervenciones como parte de dicho campo-, resulta necesario entonces analizar al menos dos problemas: en primer lugar, cuál es la

versión de salud mental implícita en dichas prácticas y, en segundo lugar, cuáles son las consecuencias clínicas de dicha versión. Básicamente, se debe reconocer la dificultad de caracterizar a la salud mental, habida cuenta de la necesidad de que dicha caracterización no reproduzca una diferencia entre enfermedades “mentales” de otras “biológicas” o “corporales”; al mismo tiempo, resulta necesario dar relevancia a la dimensión social, así como al nivel del malestar subjetivo en el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado.

La versión de salud mental que se desprende de enfoques de corte naturalistas y organicistas lleva a concebir a la misma unívocamente desde la enfermedad: “mental” clásicamente, o “cerebral”³ desde discursos más actuales. Más aún, dicha “enfermedad” tiende a ser explicada como un déficit o anomalía que debe ser normalizada, corregida, estimulada o compensada; y no, por el contrario, como un fenómeno inherente a la vida que, en todo caso, produce sufrimiento o malestar en función de una multiplicidad de situaciones y sin omitir la relación o lazo con los otros y la comunidad. Dicho de otro modo, una concepción que se ubica en total oposición a la propuesta freudiana en la obra *Psicopatología de la vida cotidiana* (1901), omitiendo así la circunscripción de los padecimientos desde su carácter conflictivo y sintomático.

Aun así, existe en dichas versiones una sutileza que se debe considerar: es muy frecuente que lo que hemos caracterizado como enfermedad no sea el centro, ni tampoco esté difundida ni nombrada, en algunos enfoques actuales de salud mental desde las neurociencias: no es lo central de sus prácticas. La explicación hunde sus raíces en que dicha categoría supone a un sujeto nombrado como enfermo; esto es, la clásica figura del “enfermo mental”, propia de la psiquiatría clásica, la cual implica una reducción considerable de los destinatarios y/o demandantes de dichas prácticas, estigma mediante. En otras palabras, que la enfermedad sea condición para el acceso a determinados tratamientos o dispositivos termina siendo excluyente y poco atractivo, y esto es bien leído por diversos neurocientistas que, sutil y hábilmente, no la ponen como condición para el diagnóstico y tratamiento, produciendo un deslizamiento de la categoría clásica de enfermedad hacia modos *new age* tales como la merma o falta de rendimiento, la auto superación, el acceso al éxito, entre otros. Pareciera en apariencia un avance pero en verdad es su contrario, ya que igualmente se invalida y obtura la dimensión de la salud y, como consecuencia, se imposibilita pensar en prácticas que tiendan a la promoción de la salud/ salud mental. Toda práctica que suponga o exija mayor rendimiento o productividad es en el fondo normalizadora, en tanto supone parámetros externos -y en muchos

casos morales-. Se trata de un retroceso de las categorías de normalidad/patología elucidadas críticamente por Canguilhem (1971).

De este modo, esta versión borra en un mismo movimiento la noción de enfermedad y a su vez también termina obturando la noción de salud. Se trata entonces de una versión de la salud mental para nada difusa, sino consolidada y de creciente hegemonía en el discurso y las prácticas, pero que paradójicamente no es pensada o expuesta por dichos actores como una versión de la salud mental. Dicha versión requiere de, por un lado, diversos saberes nosográficos de corte estáticos y esencialistas; y por otro lado de concepciones unicauales que ubiquen a lo tradicionalmente pensado como enfermedad como un suceso totalmente intrínseco al organismo, en términos cerebrales. Un diagnóstico en función del cerebro y no en torno a la interpretación del significado de los síntomas; un estilo de pensamiento que lleva a convertir lo propio del acontecer subjetivo en puros *asuntos cerebrales* (Rose, 2012). Así, encontramos una versión sutil y sofisticada de la medicalización, que incluso puede llegar a prescindir de la psicopatología en tanto se presenta como “superadora”: lo patológico ya ni siquiera estaría asociado a lo psíquico o mental, sino directamente al cerebro. Quien se enferma sería el cerebro, y esto ni siquiera es transmitido

como enfermedad sino como estados plausibles de ser mejorados. ¿Cuáles son las consecuencias en las prácticas clínicas de dicha versión de la salud mental? En primer lugar, es lícito considerar que si se adopta esta versión o posicionamiento, el acto clínico –en sentido clásico y por supuesto también como clínica ampliada– es forcluido. Es decir, una práctica que interviene sobre la salud mental de las personas, pero que prescinde y hasta degrada a la propia clínica, justamente al negar a las personas. Desarrollamos esta tesis desde al menos tres fundamentos.

Ante todo, una práctica que apunte a un “yo”, o a cualquier entidad similar –como por ejemplo a un yo neuroquímico o a un sujeto de la vivencia cerebral– es en definitiva una práctica adaptativa y normalizante. Es inevitable que al centrarse en algo parecido a un “yo” se termine incurriendo en una ponderación o espectro de normalidad/anormalidad, grados de adaptabilidad, buenas y adecuadas conductas o respuestas, etc. Estas afirmaciones son compatibles con lo planteado por Judith Butler (2016) en torno a la falacia del <<yo-soberano>> y de su supuesta auto soberanía; un *yo* separado del tú, o del *ellos*. Se produce así un yo sin exterioridad, sin los otros. Además, y en relación a lo anterior, se produce una perversión del acto clínico que lo reduce a una mera práctica correctiva, a un entrenamiento o

adiestramiento de un órgano, el cerebro. Encontramos, en palabras de Canguilhem (2004), una idea *vulgarizada* del cerebro, y por ende de los modos de tratarlo o curarlo. Es decir, la reproducción de una idea de sentido común, que propone el adiestramiento del cerebro como si el mismo fuese un músculo. Finalmente, lo que ordena a dichas prácticas nada tiene que ver con la singularidad del usuario, y si la posición y función del profesional/trabajador de la salud mental es reducida a la de un mero administrador o gerente de tecnologías y aparatologías, se trata de intervenir desde un universal, un genérico que parte de las leyes del funcionamiento neurocerebral. Dicho de otro modo, y como mucho, se defiende una intervención que particulariza un universal. De ahí que dicha tarea gerencial tenga más que ver con la administración de recursos o mercancías que con lo propio de cualquier prescripción. Esta es una intervención que debe ser efectuada en el interior del acto clínico, y no reemplazándolo; por otra parte, observamos un perfeccionamiento del clásico modelo médico hegemónico en tanto no sólo predominan la a-historicidad, la a-culturalidad o la a-socialidad, sino que también el saber técnico-aparatológico, que hasta podría incluso prescindir completamente de la figura de un agente curador. En cualquier caso, la subjetivación cerebral es inseparable de aquella forclusión y del rechazo del acto estrictamente clínico, ya que la vivencia de sí

acompaña, respalda y hasta consolida, a su manera, la orientación de las prácticas de salud mental en los profesionales y en la aceptación de much@s usuario@s.

3.3. Dispositivos y modalidades de abordaje

Describir efectos en la clínica, o incluso discutir sobre cómo una versión de la salud mental puede llegar a invalidarla o hasta forcluirla, culmina en la descripción de determinados dispositivos y modalidades de abordaje. El enfoque de derechos que atraviesa a la Ley Nacional de salud mental se fundamenta en la clásica Declaración de Alma Ata (1978), es decir, sigue los lineamientos de la atención primaria de la salud (APS). Dicha estrategia, transversal a los diversos niveles de complejidad de las instituciones de salud/ salud mental, ubica la centralidad de modalidades de abordaje con posicionamiento comunitario. Este último, entre otros aspectos, pone en cuestión la conveniencia y hasta efectividad de los modelos hospitalocéntricos. Esta consideración al hecho comunitario no invalida modalidades de abordaje ligadas al caso por caso, al tratamiento individual ni a la pregunta por la singularidad. Es más bien un posicionamiento ético y político. En la misma línea, se valoriza a las prácticas asistenciales como una acción sanitaria crucial, pero a condición de que se produzcan también intervenciones ligadas a la promoción y prevención;

sobre todo, discutiendo que éstas últimas sean en general subalternas o secundarias a la primera.

Referirse a un posicionamiento comunitario no es reductible a lo que pueden ser actividades en espacios comunitarios (Bang, 2011). Dicho de otro modo, efectuar una actividad o intervención en espacios comunitarios diferentes a la institución sanitaria no es condición suficiente, ya que incluso algunas de ellas pueden estar planificadas y concebidas desde una perspectiva quizás diversa o incluso opuesta a la concepción que se desprende de la APS. Tal sería, por ejemplo, el caso de diversas actividades o talleres que han aparecido en los últimos tiempos que se presentan con nombres tales como “ejercitación cerebral”, “Un cerebro sano para mejorar en el estudio”, “Cerebro, adultos mayores y memoria”, etc. Se trata de espacios ligados a las neuroscencias: esto es, no necesariamente pensados como sanitarios, clínicos o terapéuticos, pero no obstante signados por el centramiento en la mejora del rendimiento cerebral. Por ende, dispositivos en espacios comunitarios que paradójicamente rechazan los lazos comunitarios en tanto se centran en unidades de análisis netamente atomistas. Luego, proponer únicamente prácticas asistenciales conlleva una profunda dificultad, o incluso a una imposibilidad, para pensar en promoción y prevención. La promoción de la salud termina

siendo dejada de lado o a lo sumo subsumida en la prevención –de la enfermedad, o mejor dicho del bajo rendimiento-. Al mismo tiempo, si lo preventivo existe es sólo a través de *screenings* masivos, homogeneizantes y poco advertidos por las diversidades.

4. Conclusiones y discusiones a futuro

En este artículo se ha efectuado una discusión acerca de la subjetivación cerebral desde distintos niveles de análisis, y desde diversos autores y líneas de investigación, pero introduciendo las particularidades de este problema en el interior del campo de la salud mental. Así, se desarrollaron sus implicancias y efectos en dicho campo de prácticas, en sus dispositivos y modalidades de abordaje. En ese marco, se concluye que dicha subjetivación lleva a la franca imposibilidad de asumir al hecho clínico desde una complejidad que incluye al enfoque de derechos, así como también a la formulación de los problemas en términos de abordajes interdisciplinarios, intersectoriales y con un reconocimiento por el hecho comunitario.

La sutil y sofisticada objetivación producida por la reducción del padecimiento y el sufrimiento -supresión del conflicto mediante- y que se sostiene por la imaginarización cerebral, amerita tanto reflexiones teóricas y epistémicas,

como clínicas y políticas. Dicho modo de subjetivación contribuye a obturar la posibilidad de abordajes con enfoque de derecho, los cuales requieren la no reducción de la persona a ninguna clase de ontología. Por el contrario, y como se ha enfatizado, es necesario ante todo recuperar la categoría de persona como un más allá de la individualidad; la persona como sujeto de derechos en función de los otros, las instituciones, los dispositivos de poder, el Estado y las políticas públicas. Resulta curioso cómo a mayor progreso de la tecnociencia encontramos nociones cada vez menos abstractas y de sentido común, como la de sujeto cerebral, que nos retrotraen incluso a formas de la exploración de sí arcaicas, siendo el cerebro imaginarizado; algo más parecido al concepto de alma que a una teorización científica. Esto último nos compele a futuras reflexiones acerca del carácter fetichista de la subjetivación producidas por las prácticas sociales, y sobre las sofisticadas tecnologías y discursos que tienden a hegemonizar a un naturalismo cerebral indisociable de aquella subjetivación.

Aun así, y tal como se ha desarrollado, dicho modo de subjetivación no constituye ni una condena inexorable ni un destino inevitable, habida cuenta del capital simbólico, la diversidad y potencia de enfoques y tradiciones, la historia y luchas acontecidas en nuestro campo de la salud mental. Pero tampoco es exterior a las neurociencias, como un hecho impuro que quitara objetividad al conocimiento, ya

que los propios actores no pueden evitar participar de las modalidades de subjetivación. Estas, en convergencia con los presupuestos ontológicos y epistemológicos, condicionan a ciertos aspectos de los procesos de investigación y a la manera de concebir su implementación en el campo de la salud mental. Buena parte de los neurocientistas se viven también a sí mismos como sujetos cerebrales. Si los propios neurocientistas, por el contrario, reflexionaran sobre el significado de la subjetivación cerebral, su carácter condicionante respecto de sus prácticas y formulaciones, podría abrirse una discusión crítica y, como consecuencia, el esbozo de diversos programas de investigación y modalidades de abordaje interdisciplinarios.

Por ello, como horizonte futuro, proponemos un diálogo respecto del sentido y orientación de las políticas

públicas en salud mental, como también de las políticas públicas en general y sus relaciones con los imaginarios subjetivos. Los modos de subjetivación aquí analizados no se agotan en lo acontecido dentro de la escena clínica propia de dispositivos e instituciones sanitarias, sino que tienen efectos tanto en la vida cotidiana de los pacientes y los otros actores de las prácticas de salud mental, que no hemos desarrollado aquí. Por tanto, y nuevamente, ulteriores análisis y discusiones deben continuar, a nuestro juicio, centradas en la pregunta por las condiciones de posibilidad de la emergencia de un sujeto de derecho en las prácticas en salud y en salud mental en particular. Una discusión que requiere problematizar y examinar exhaustiva y críticamente diversas formas contemporáneas de gobierno de sí y de construcción de (bio)ciudadanía.



Bibliografía

Azize, R. (2011). “O cérebro como órgão pessoal: uma antropologia de discursos neurocientíficos”. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 8 n. 3, p. 563-574.

Bang, C. (2011). “Debates y controversias sobre el concepto de participación comunitaria en salud: una revisión histórica”. En *Revista de Humanidades Médicas & Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología*.

Boletín Oficial (2010). *Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657*. Año CXVIII, No. 32.041, 3 de diciembre de 2010.

Butler, J. (2016). *Los sentidos del sujeto*. Herder: Barcelona.

Canguilhem G. (1971). *Lo normal y lo patológico*. México, Siglo XXI Editores.

Canguilhem, G. (2004). “La salud: concepto vulgar y cuestión filosófica” (49-67). En *Escritos sobre la Medicina*, Buenos Aires: Amorrortu.

Castorina, J. A. (2016). “La relación problemática entre Neurociencias y educación. Condiciones y análisis crítico”. *Propuesta Educativa*, Año 25, Nro. 46, págs. 26 a 41.

Castro, E. (2004). *El vocabulario de Michel Foucault. Un recorrido alfabético por sus temas, conceptos y autores*. Buenos Aires: Prometeo / Universidad Nacional de Quilmes.

De Sousa Campos, G. W. (2001). *Gestión en Salud. En defensa de la Vida*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Ehrenberg, A. (2004). “Le sujet cérébral”. *Esprit*, n.309, p.130-155.

Ferreyra, J. A. y Castorina, J. A. (2017). “El aplicacionismo de las neurociencias en el campo de la salud mental”. En *Revista Investigaciones en Psicología*, Facultad de Psicología UBA. Año 22, volumen 2.

Foucault, M. (1981-2). *La hermenéutica del sujeto. Curso en el Collège de France (1981-1982)*. 2ª ed. - México: FCE, 2002. (1984). *Le souci de soi*. Paris. Gallimard.

Foucault, M. (2001). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. México D.F.: Siglo XXI editores.

Foucault, M. (2004). *Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France 1978-1979*, Paris: Gallimard.

Freud, S. (1901). *Psicopatología de la Vida Cotidiana*. Amorrortu, Bs. Aires, 1986.

García, R. (2006). *Sistemas complejos*, Barcelona, Gedisa.

Golombek, D. y Bär, N. (2017). *Neurociencias para presidentes*. Siglo XXI editores.

Hagner, M. (1977). *Homo cerebialis*, Der Wandel Vom Seelenorgan Zum Gehirn, Berlin, Berlin Verlag.

Hagner, M. y Borck, C. (2001). “Mindful Practices: On the Neurosciences in the Twentieth Century”. *Science in Context*, 14 (4), 507-510.

Levín, S. (2018). *La psiquiatría en la encrucijada*. EudeBA, Buenos Aires.

Mantilla, M. J. (2018). “La vida pública del cerebro. El boom de las neurociencias: ¿científicos, gurús o consejeros?”. En *Saberes desbordados: historias de diálogos entre conocimientos científicos y sentido común, Argentina, siglos XIX y XX* / Jimena Caravaca [et al.]; 1a ed compendiada. - CABA: Instituto de Desarrollo Económico y Social.

Martínez Hernández, A. (2015). “Antidepresivos y neuronarrativas en la era del sujeto cerebral”. *Interrogant*, Nº. 13, 2015, págs. 53-56.

Menéndez, E. (2003). “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y prácticas”. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1): 185-207.

Organización Mundial de la salud (1978). *Declaración de Alma-Ata*. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata.

Ortega, F. (2009). “Neurociencias, neurocultura y autoayuda cerebral”, en *Interface*, 13, p. 240-260.

Ortega, F. y Vidal, F. (2017). *Being Brains. Making the Cerebral Subjects*. New York, Fordham University Press.

Percheron, G. (1987). “Neuromythologies: cerveau, individu, espèce et société”. En *Sur L’individu*. Éditions de Seuil, 1987.

Pickersgill, M.; Cunningham-Burley S.; Martin, P. (2011). “Constituting Neurologic Subjects: Neuroscience, Subjectivity and the Mundane Significance of the Brain”. *Subjectivity: International Journal of Critical Psychology* 4 (3): 346-65.

Preciado, P. B. (2017). *Testo yonqui: sexo, drogas y biopolítica*. 1º edición adaptada. CABA: Paidós.

Rebasa, S. (2018). *Neurociencia ficción. Del dominio de una retórica a una retórica de dominio*. Suplemento *Psicología*, Diario Página 12 (26 de julio de 2018).

Rose, N. (1998). *Inventing our selves: Psychology, power, and personhood*. Cambridge University Press.

Rose, N. (2012). *Políticas de la vida: biomedicina, poder y subjetividad en el Siglo XXI*. 1º edición, La Plata: UNIPE: editorial universitaria.

Russo, J. A. & Ponciano, E. T. (2002). “*O sujeito da neurociência: da naturalização do homem ao re-encantamento do mundo*”. *Physis: revista de saúde coletiva*, 12(2):345-373.

Stolkiner, A. (2005). *Interdisciplina y Salud Mental*. Conferencia presentada en las IX Jornadas Nacionales de Salud Mental - I Jornadas Provinciales de Psicología Salud Mental y Mundialización: Estrategias Posibles en la Argentina de hoy, Posadas.

Stolkiner, A. (2010). “*Derechos Humanos y Derecho a la Salud en América Latina: la doble faz de una idea potente*”. *Medicina Social*. Extraído el día 29 de abril de 2013 de: <http://www.medicinasocial.info/> Volumen 5 Número 1, 89-95.

Tirapu-Ustárrroz, J. y Muñoz-Céspedes, J. M. (2014). *Neurociencia, neuropsicología y psicología clínica: Necesidad de un encuentro*. Recuperado desde <https://psiquiatria.com/neuropsiquiatria/neurociencia-neuropsicologia-y-psicologia-clinica-necesidad-de-un-encuentro/> (13 de diciembre de 2018).

Vidal, F. (2005). “*Le sujet cérébral: Une esquisse historique et conceptuelle*”. *Psychiatrie, Sciences Humaines*. En *Neurociencias*, 3, pp. 37-48.

Vidal, F. y Ortega, F. (2017). *Being Brains. Making the Cerebral Subjects*. New York, Fordham University Press.

Notas

¹ Tal fue el caso de la creación del Instituto Nacional de Neurociencias y Políticas Públicas en mayo de 2018 y presentado en la Bolsa de Comercio de Buenos Aires.

² Expresión acuñada tanto por Facundo Manes como por Diego Golombek en notas periodísticas del Diario Clarín (Suplemento Mujer, 23 de enero de 2015) y del Diario Río Negro (Cultura+Show, 9 de septiembre de 2017) respectivamente.

³ De más está decir que con la idea de ‘cerebral’ no aludimos ni aquí ni anteriormente a las diversas patologías descriptas por la neurología y demás ciencias médicas al respecto.