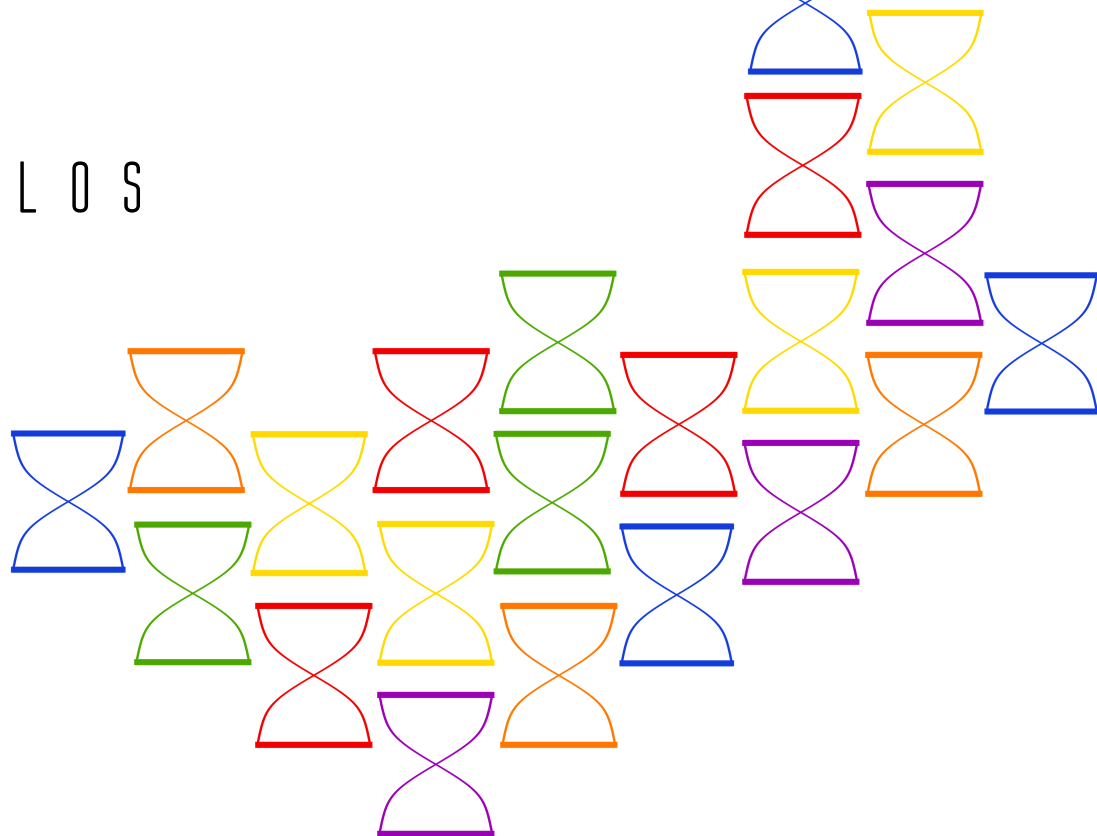
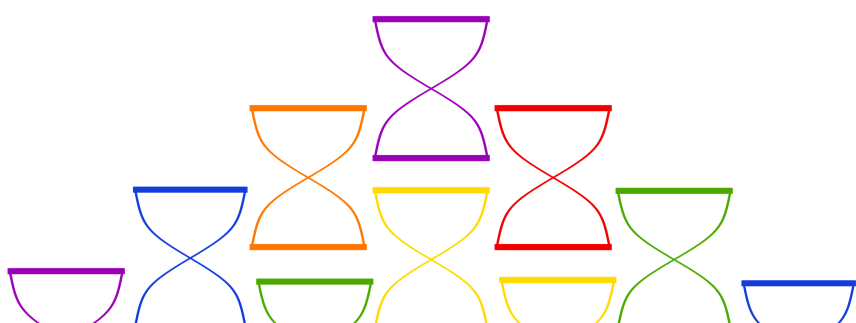


ARTÍCULOS



# TOCANDO EL CUERPO, LA CLÍNICA DE LA DISCAPACIDAD

Matías R. Cabrol Seias



**HETEROCRONÍAS**  
FEMINISMOS Y EPISTEMOLOGÍAS DEL SUR

## TOCANDO EL CUERPO, LA CLÍNICA EN LA DISCAPACIDAD

Matías R. Cabrol Seia <sup>a</sup>  
<sup>a</sup> Red de psicólogxs feministas

---

### Abstract

Body conception has effects on psychological clinic practice. This results evident in patients with disability certificates, where the body excesses all existing techniques. The French philosopher Jean-Luc Nancy thinks in the body and in the possibility to disarm and act out it openly, allowing us to question about disability and their associations. In this sense, we found pleasure and pain produced by touch like shared sensations, although experienced in different ways. Certain clinical or daily experiences are qualified such as lack or excess of this sense and, therefore, designated like disability.

Touch is transversal to medical-psychological treatments and allows us to reconfigure different methods to approximate to the patients.

Jacques Derrida's approach about touch has impacts in the meeting, immediacy, and law conceptions. In our practices, we found certification, diagnostic, and signifiers associated with disabled persons, as mediations of touching. At the same time, these regular practices become relevant to this sense and defined respect for the untouchable.

Diagnosis and certification act as latex gloves in the treatment, i. e., technique mediates contact. However, this procurement of neutrality does not remove the permanent regimen of intrusion and the sense of estrangement that the treatment itself produces. Derrida theorization regarding Touch Law leads to the same aporia since it places two contradictory orders: touch without touching.

### Keywords

*<touch> <body> <clinical practice> <disability certificate> <Nancy>*

### Resumen

La concepción de cuerpo tiene efectos en la práctica de clínica psicológica. Esto se torna más evidente en pacientes con certificado de discapacidad, donde el cuerpo desborda toda técnica. El filósofo francés Jean-Luc Nancy piensa al cuerpo desjerarquizado y abierto a la exterioridad, lo cual nos permite poner en tensión la discapacidad y sus asociaciones. En este sentido, encontramos el placer y el dolor producidos por el tacto como sensaciones que compartimos todos pero no



Fecha de recepción: 12 de mayo 2020. Fecha de aceptación: 16 de julio 2020  
Heterocronías, Vol. 1 N° 2. Correo electrónico: [heterocronias@gmail.com](mailto:heterocronias@gmail.com)

experimentamos de la misma manera. Ciertas experiencias encontradas en la clínica o en la cotidianeidad son calificadas como faltas o excesos de este sentido y, por tanto, designadas como discapacidad.

El tacto es transversal a los tratamientos médicos-psicológicos y nos permite reconfigurar las formas de aproximarnos a los pacientes. El abordaje que Jacques Derrida realiza sobre el tacto tiene repercusiones en las concepciones de encuentro, de inmediatez y de ley. En nuestra práctica, encontramos la certificación, el diagnóstico y ciertos significantes asociados a los discapacitados como mediaciones del tocar. Es decir, que resultan ordenadores del contacto y definen el respeto por lo intocable.

La técnica media el contacto, el diagnóstico y la certificación. Actúan como guantes de látex en el tratamiento. Sin embargo, esta procuración de neutralidad no suprime el régimen permanente de intrusión y el sentimiento de ajenidad que el mismo tratamiento produce. La teorización derrideana acerca de la Ley del Tacto parece llevarnos a la misma aporía, porque pone dos órdenes contradictorias en contacto, hay que tocar sin tocar.

### **Palabras claves**

*<cuerpo> <toque> <clínica> <certificado de discapacidad> <Nancy>*

---

## **Introducción**

En el siguiente trabajo se aborda el cuerpo en el tratamiento clínico psicológico, puntualizando en el sentido del tacto ¿cómo pensamos la corporalidad en este abordaje? ¿Qué técnicas se suelen establecer a la hora de su intervención? ¿Qué dimensiones nos resultan intocables y en cuales terminamos manoseando? Desde la perspectiva de lo imposible, el cuerpo se concibe como un espacio abierto, a-estructural e indisociable de las técnicas que lo tratan.

En la siguiente sección, se profundizará sobre el certificado de discapacidad como un dispositivo instituido que significa a ciertos sujetos bajo ciertos criterios. ¿Qué funciones cumple este certificado en la red social? ¿Qué implica la acción de certificar? Se desplaza así el análisis al plano institucional, procurando poner en evidencia la contingencia de las categorías que nos significan y los efectos que ellas comprenden.

Por último, nos preguntamos por las mediaciones del tocar. Es necesario estar advertidos que no existe una experiencia táctil neutra y que no hay encuentro directo. Aun así, es esta experiencia la que permite la corporalidad. De aquí se desprende una aporía, un saber imposible y necesario en la clínica de la singularidad.

## **1. Un cuerpo**

Para comenzar, hablaremos del concepto de cuerpo y para ello nos basaremos en el recorrido que hace Nancy en *Corpus* (2003) y *El Intruso* (2006a). En este último, el autor realiza un trabajo sobre su propio trasplante de corazón, procurando pensar el cuerpo sustrayendo las imágenes y el discurso desde los cuales ha sido explicado siempre. Entre otras cosas que iremos develando, este otro modo de hacer hablar al cuerpo lo sustrae del horizonte *bio-teleológico* del organismo para entregarlo al horizonte del *acontecimiento* (Vásquez Rocca, 2008). Esto implica dejar de pensar en un cuerpo organizado sobre la base de una finalidad separada de sí mismo -biológica, técnica o de mercado-, ya sea que esta le trascienda o le anteceda. Es decir que, a partir de esto, ya no se podrá hablar en función de un cuerpo que se encuentra direccionado a un fin o a una productividad, con una utilidad ajena o una condicionalidad en su existencia. El cuerpo es una singularidad en un ahora, un acontecimiento determinado y con valor en sí mismo.

Esta concepción va en contra posición de la que emerge en la modernidad y todavía está vigente, sobre todo en el discurso médico. Refiere a un cuerpo que funciona como máquina suficiente, autónoma y contiene al alma o la mente.

La idea de cuerpo que fundamenta Nancy incluye a la materialidad que nos constituye. Se trata de la carne, los aparatos, las prótesis, los tratamientos y químicos. A su vez, implica los sentidos y discursos que nos atraviesan y significan. Pero también a la alteridad y la apertura que está dentro y nos configura.

El cuerpo, en tanto *corpus*, es un lugar de existencia expuesta. Es un espacio abierto, indefinido, *a-céfalo*, *a-fálico* y *a-estructural*. Es *acéfalo* porque no tiene una cabeza que lo piensa. Cada parte se constituye a sí misma y a otras, tiene valor en sí, de lugar de exposición del ser. Es *afálico* porque no posee centro determinado, no posee jerarquías. Es multiplicidad, recibe su propia estructura por el pensamiento que cada vez lo piensa (Vásquez Rocca, 2008). En este mismo sentido, retomando a Nancy (2003:16) el cuerpo no es ni substancia, ni fenómeno, ni carne, ni significación. No tenemos un cuerpo, ni siquiera podemos decir que lo somos, el cuerpo *da lugar* a la existencia.

Así, la corporalidad se desarrolla en el contacto con el afuera, es exposición. El cuerpo es aquello que permite sentir hacia fuera y hacia dentro. Sin embargo, se trata de una interioridad que se realiza también desde fuera.

Consecuentemente, la piel es el espacio sobre el que se conectan y se cruzan las diferentes sensaciones, por el cual entramos en contacto. También los órganos internos están en fricción y forman ese cuerpo-superficie. Es por esto que el tacto establece la configuración del cuerpo, que toca y a la vez es tocado. Cabe destacar

que la experiencia sensible no es el límite de lo corporal. Al contrario, es la apertura a la experiencia y a la alteridad.

De esta manera, es a partir del tacto como exterioridad, en su interioridad, como se constituye el cuerpo. Tenemos en cuenta que todo el tiempo estamos tocando el cuerpo. Sucede en la escritura, con la mirada o un ruido, etc. Nancy (2003:19) menciona que no hay posibilidad de una escritura que no toque el cuerpo. Así la conceptualiza como *ex-critura*, porque se trata de una existencia dirigida al afuera o en ese afuera. Entonces, el cuerpo posee diversas materialidades y es indivisible del tacto que lo constituye.

Hablamos de cuerpo porque resulta fundamental para pensar el tratamiento clínico. Por un lado, nos permite pensarlo construido con palabras, encuadres, repeticiones, etc. Y, por el otro, explícita la asociación del cuerpo con el mismo tratamiento que lo produce y lo cura. Se entiende una asociación doble porque es el cuerpo quien también habilita y contiene este tratamiento.

Es así que en el horizonte del *acontecimiento* se evidencia una *iatrofilosofía*, ilustrada por Nancy (2006) como: “*soy la enfermedad y la medicina, soy la célula cancerosa y el órgano trasplantado (...) soy los ganchos de hilo de acero que me sostienen el esternón y soy ese sitio de inyección cosido permanentemente bajo la clavícula*” (43). Esta ontología del cuerpo que introduce el autor es esencial. Por un lado, para pensar los tratamientos, pero también las sensaciones que le atraviesan.

## 2. Afectación

El cuerpo está atravesado por sensaciones como el *placer* y el *dolor*, experiencias tanto excepcionales como comunes. Comunes, por un lado, porque juegan un papel fundamental en las relaciones entre los sujetos y en la construcción de la *comunidad*. Esta se entiende como exposición desnuda de una evidencia igual, banal, sufriente, gozadora, temblorosa. Además, la igualdad es la condición de los cuerpos. Qué hay más común que los cuerpos, se pregunta Nancy (2003: 37). Sin embargo, por otro lado, son excepcionales porque el placer y el dolor singularizan. Estas afecciones son acontecimientos, experiencias únicas que no se pueden repetir ni compartirse. Y, aun así, poseen todo el valor de certeza y verdad que sólo un testimonio en primera persona puede dar.

A la vez, estas experiencias son percibidas en un cuerpo propio pero extraño. Resultan un punto de acceso a la existencia y de fuga de sí mismo, de apertura y llamado a la otredad. De este modo, en el dolor y en placer hay algo del sí mismo que

quiere preservarse a sí y que, a su vez, se desborda, excede, rompiendo el orden del cuerpo. De acuerdo con Pagotto (2011), tanto el *yo gozo* como el *yo sufro* implican dos yoes extraños, distantes, separados, que a la vez se tocan y están ligados. El placer y el dolor son una alteridad que quiere dominar, algo que se impone y dispone el cuerpo.

En este sentido, las sensaciones resultan una *co-existencia singularmente plural* (Nancy, 2006b). Una tensión que constituye todo cuerpo y permite poner en evidencia ciertas situaciones que se califican como excesos y faltas según lo que se espera de las mismas. A partir de estas, es que se caracteriza como discapacitados a los sujetos que las atraviesan.

A modo ilustrativo, podemos mencionar a sujetos expuestos al dolor corporal de manera constante y expandida. En personas con *piel de cristal*, el contacto puede generar ampollas, úlceras y heridas en la epidermis. En estos casos, una caricia debe ser sólo una aproximación a la piel, procurando alivio, pero sin producir mayor dolor físico. El tacto es aproximación y sensibilidad. Otro caso particular es el que atraviesan sujetos del espectro autista, que a veces parecerían no sentir molestias frente a un golpe fuerte o no afectarse por calor o frío intenso; sin embargo, se pueden conmover frente al solo contacto de un otro, aunque resulte a través de la mirada. El tacto no siempre resulta físico, aunque sí posea materialidad.

Entonces, cabe pensar que el efecto cuando tocamos es incalculable. Como lo son la intensidad, la influencia de las expectativas, la sensación, la representación, entre otras. Del mismo modo, en esta situación no hay sujeto-objeto o activo-pasivo. En el sentido que el que es tocado, toca, a su vez.

Uno de los asuntos que despiertan más discusiones cuando hablamos del cuerpo y del tacto en personas en situación de discapacidad es la sexualidad. Esta parecería siempre resultar inadecuada, en el sentido que se invisibiliza o se concibe de manera ensimismada, improductiva. En general, se supone la inexistencia de deseo sexual, se interpreta que no están preparados para relacionarse eróticamente con otro. En cualquier caso, debería resultar materia de educación o terapia de rehabilitación. Esto raramente sucede, debido a que, entre otras cuestiones, no se encuentra legislación local vigente ni práctica avalada por comité respectivo.

En realidad, se interpreta que no existe la posibilidad de que un otro pueda desearlos eróticamente. Es decir, se considera que no están dadas las condiciones de posibilidad de un deseo sexual que les invista. De cualquier forma, como vemos, el tocar aquí se representa como inadecuado e irrespetuoso, cuestión a la que volveremos más tarde.

En este sentido, cabe aclarar que hay movimientos contemporáneos que buscan visibilizar el erotismo en personas con diversidad funcional<sup>1</sup>, mostrando la

sexualidad como un espacio central en el desarrollo de las propias personas y en las relaciones sociales. El documental Yes, we fuck! (Centeno y de la Morena, 2015) procura mostrar diversas formas de experimentar la sexualidad, maneras alternativas u opuestas a la norma, bajo un concepto de cuerpo sin jerarquías de zonas ni formas pre-configuradas de ejercicio.

Re-pensar el cuerpo de esta manera permite ampliar el abanico de eroticidad, autorizando ciertas prácticas no normativas y nuevos espacios para la exploración del placer. Es decir, no se trata sólo de hacer foco en las personas con diversidad funcional para otorgarles una licencia de prácticas sexuales, sino que es necesario interpelar la constitución de las concepciones normativas o reduccionistas de estas prácticas de manera general.

### 3. Tratamiento

Jean-Luc Nancy (2006a) aborda el cuerpo a partir de la escritura testimonial sobre su propio trasplante al corazón. En este libro relata los recovecos de ciertos padeceres humanos y sus respectivos tratamientos médicos. El autor puntualiza que la enfermedad diagnosticada genera una sensación de extrañamiento y que el tratamiento también exige una intrusión violenta que roe y agota el propio cuerpo que trata. Aun la morfina, aclara, que calma los dolores, provoca otro sufrimiento, embrutecimiento y extravío (Nancy, 2006a:38). En consonancia con lo mencionado, desarrolla la idea de subjetividad con un régimen permanente de la intrusión, explícita:

*(...)a la ingesta más que cotidiana de medicamentos y los controles en el hospital se agregan las consecuencias dentales (...), el control de los alimentos y el de los contactos contagiosos, el debilitamiento de los músculos y de los riñones, la disminución de la memoria y la fuerza para trabajar, la lectura de los análisis (...) y esa sensación general de no ser ya dissociable de una red de medidas, de observaciones, de conexiones químicas, institucionales, simbólicas, que no se dejan ignorar como las que constituyen la trama de la vida corriente y, por el contrario, mantienen incesante y expresamente advertida a la vida de su presencia y su vigilancia. Soy ahora indisociable de una disociación polimorfa. (Nancy, 2006a: 42)*

La discapacidad parece estar sometida al mismo tacto. En el tratamiento clínico se llega a una cierta continuidad en las intrusiones, los horarios de las múltiples terapias, las indicaciones, la medicación que se toma o podría tomarse, los trámites asociados para el sostenimiento de lo mismo, etc. En efecto, el sujeto se pierde entre sensaciones de ajenidad, emergen dificultades en la relación consigo mismo y con otros, se generan resistencias u oposiciones. Incluso estos mismos obstáculos que

surgen del tratamiento, luego son atribuidos como responsabilidad de los mismos sujetos en situación de discapacidad.

Así encontramos un trato permanente que incapacita, en el ámbito social, familiar o médico. Respecto a la clínica, es necesario estar advertidos sobre el grado en el que el tratamiento contribuye a discapacitar o patologizar al paciente. En este sentido, se considera importante comenzar a disociar el tratamiento de rehabilitación con certificado de discapacidad. Por un lado, no todos los sujetos con certificación de discapacidad requieren tratamiento. Por otro, no toda la rehabilitación tiene el objetivo de revertir alguna discapacidad.

Entonces, en esta aproximación entre el paciente y el tratamiento, no se trata de esperar que algunas de las partes se adapten a la configuración o las formas de la otra. En cuyo caso se tiende a develar las vulnerabilidades y fragilidades de un dispositivo para contener, a la construcción en serie -caso a caso- o al sometimiento. Lo que se procura es poder generar la posibilidad de constituir un cuerpo. No se trata necesariamente de un cuerpo propio, pero sí uno con el valor de acontecimiento. Un cuerpo de diversas materialidades y no sólo afiliado a la lógica médico-psicológica o institucional.

En este sentido, emergen preguntas como ¿quién discapacita a quién? y ¿dónde es que se sitúa el saber necesario para rehabilitar a un sujeto?

En este encuentro del cual hablamos, la discapacidad está presente. Es pensada como saber incompleto, desencaje o en sentido de preguntas. Es conveniente que emerja y pueda circular entre todas las partes que componen esta función. El hecho de que se quede estancada en un cuerpo o certificada en una de las partes, permite que el resto quede inmutable. Esto significa sin que se puedan instalar preguntas a partir de la singularidad y la contingencia, sin la posibilidad de un pensamiento crítico de la situación.

En un sentido social, la discapacidad es producto de la carencia de las condiciones dadas para acceder a ciertos beneficios. Es un efecto de la opresión. Si se implementa una accesibilidad allí donde no la hay, la falta de posibilidad desaparece. Cabe aclarar que, del hecho de la certificación, legalmente se desprenden derechos y deberes. Asimismo, estos efectos de la certificación no sólo presentan consecuencias para dichas personas, sino también para aquellas no-certificadas. De esta certificación tácita emergen imperativos de productividad y adaptabilidad, aunque en este trabajo no se pretenda abordarlo.

### **3. Certificación**



El certificado de discapacidad es burocrático, obligatorio para acceder a ciertas prestaciones que el Estado debe garantizar y estigmatizante porque, además, requiere otros diagnósticos que lo fundamenten.

Es cierto que la significación de la discapacidad históricamente ha cambiado de manera radical. Podemos ver que, al menos en el último siglo, se ha incrementado significativamente la inclusión de sujetos con discapacidad en los puestos de producción industrial, en la atención al cliente, en puestos políticos públicos, entre otros. La inclusión, en estas condiciones, se encuentra vigente y está bien aceptada socialmente. Sin embargo, mientras que con este movimiento no se pretenda modificar los modos de producción ni los cánones sociales establecidos, más que una inclusión, será un encaje y la discapacidad será utilizada a la manera de mercancía. Se trata de la comercialización de los significantes supuestos sociales que tienen los sujetos con discapacidad. Esto termina siendo, a su vez, un estigma de *deber ser* para los mismos y su familia.

Entonces, surge la necesidad de dejarse interpelar por la discapacidad para, por un lado, poder preguntar sobre las alternativas de funcionalidad, incluyendo a la diversidad de las mismas. Y por el otro, pensar críticamente en la configuración de las subjetividades y en la configuración de los cuerpos según el binario capacidad-discapacidad.

Con respecto a lo anterior, es necesario tener en cuenta que siempre está la posibilidad de la pregunta sobre lo que se presenta como fenómeno o hecho dado, aunque éste parezca indudable y manifiesto. Debido a que esa *presencia* siempre es el efecto de un juego de diferencias. En efecto, Derrida (2011) lo evidencia al postular el invencible principio de divisibilidad en el tacto. “*El contacto no produce fusión ni identificación, y tampoco contigüidad inmediata. Debemos disociar el tacto de lo que el sentido común le acuerdan siempre como la evidencia misma, como el primer axioma de una fenomenología del tacto: la inmediatez*” (Derrida, 2011: 178). Es decir, para el autor, no existe tal cosa como la intermediación de una presencia tocando a otra presencia.

Retomando la idea de la certificación, de esta manera, resulta como el tacto. Se trata de una aproximación de dos presencias que se muestran continuas, pero demarcan una diferencia no franqueable. Esto se vuelve evidente, por un lado, entre las corporalidades y la certificación, cuya relación no es unívoca ni esencial. Y, por otro lado, más relevante resulta el hiato, la brecha que existe entre los sujetos con certificación y los no certificados, o entre los que tienen diagnóstico y los que no.

Podemos mencionar, a modo ilustrativo, a las instituciones escolares, donde frecuentemente surgen dificultades institucionales de vinculación con los estudiantes. A pesar de su reiteración, cuando alguno de estos eventos implica a un alumno con certificado de discapacidad, cambia el abordaje y el certificado se vuelve el ordenador de la posibilidad de contacto con el otro, sin tocarlo.

De manera análoga, en referencia al concepto de diversidad sexual, Vale Flores (2013) explica el surgimiento de esta categoría como una zona de pacificación del antagonismo -no heterosexual-. Así, se modela como

*una novedosa feria de atracciones que se conforma simplemente con ordenar y exhibir una suma amansada, domesticada, de identidades y saberes complementarios, destinados a integrar una nueva totalidad de conocimientos más abarcadora y funcional que deja finalmente intocados los contornos de cada identidad heredada (Flores, 2013: 309)*

En este proceso de reontologización liberal del individuo, la diferencia es constituida como atributo, así la identidad y la corporalidad se esencializan. Se desdibuja su emergencia a partir de un contexto y su carácter contingente. Sólo algunas diferencias son susceptibles de ser aceptadas, mientras que otras ni siquiera son percibidas (Flores, 2013). En efecto, Wittig (2006) resalta que “constituir una diferencia y controlarla es un acto de poder ya que es un acto esencialmente normativo, pero hay que ser socialmente dominante para lograr presentar al otro como diferente” (en Flores, 2013: 307). Esta vía puede permitir constituir nuevos horizontes para los tratamientos, estableciendo una distancia con la tradicional idea de rehabilitación. A saber, el tratamiento nunca es neutro ni se trata de un encuentro directo. Todo toque está mediatizado y todo lo que media es técnica (Derrida, 2011). A pesar de esto, existe una preocupación por la neutralización del tocar, la apariencia que ello también neutraliza la intrusión y la resistencia que la intervención produce.

Con la intención de seguir indagando sobre el tacto que se procura producir desde la clínica, vamos a recuperar los progresos de las técnicas de diagnóstico médico por imágenes. Estas, siguiendo a Candelaria de Olmos (2006), configuran una lógica de la materialidad del cuerpo como una superficie virtualizada. Ya nada se encuentra oculto y se desdibujan la diferencia entre lo interno y lo externo. De esta manera, lo que consigue el diagnóstico por imágenes es exponer todos los recovecos del espacio del ser humano sin alterar la superficie. Se garantiza el cuerpo no tocado, es decir, que su exclusión se hace extrema y la asepsia, total.

*Presidido por lo que Le Bretón llama el imaginario de la transparencia, el diagnóstico por imágenes se propone erradicar las fantasías sobre el cuerpo y la*

*enfermedad, anular las metáforas que le dan sentido y duplicar lo real. La operación es paradójica porque esa pretendida mirada sin distanciamiento es una mirada sobre la copia del objeto, sobre el simulacro obtenido merced a la reproductibilidad técnica (...) No solo la superficie sino también la profundidad del cuerpo son virtualizadas, descorporizadas. (de Olmos, 2006: 133)*

A saber, siempre se actúa sobre una virtualidad, debido a que procurar actuar sobre *lo real* sería buscar ese toque directo del que se hablaba. Sin embargo, cabe preguntar sobre qué criterios se constituye ésta en la clínica psicológica, cómo es que construimos el cuerpo a tratar y su influencia en las intervenciones que realizamos.

A este respecto, por un lado, encontramos necesario desafiliarse de cierta lógica que el diagnóstico y la certificación proponen. Permitir que el acontecimiento, la singularidad y la apertura a la alteridad tomen lugar en la constitución de dicho cuerpo. Y, por otro lado, estar advertidos que la virtualización y descorporeización sólo dan la apariencia de neutralizar el toque, eliminar la intrusión de las intervenciones y las resistencias que ello genera, como veremos más adelante.

En suma, el diagnóstico mediatiza la aproximación al otro, actúa como guantes de látex. En instituciones como la escuela o la familia, existe una obsesión por el diagnóstico, como aparente curiosidad científica que encubre un ejercicio de superioridad. No sólo se trata de lo que el diagnóstico deja afuera, sino su visibilización en tanto ejercicio de poder y su ineludibilidad.

A pesar de que a veces el diagnóstico calma ansiedades, ordena y da sentido a lo que está sucediendo; al mismo tiempo, taponas las emergencias de las contingencias que pueden contradecirlo. Esta acción de marcar establece una regularidad, pero justamente para contribuir a la constitución de la misma.

En definitiva, lo que este toque pretende es buscar la forma de anular la resistencia u hostilidad que se genera a partir del mismo.

#### **4. La técnica.**

La técnica media, mide el acercamiento y, aparentemente, protege la integridad del intervenido. También del interventor. Desde el momento en que no hay inmediatez posible, todo proceso es técnico. Pero éste varía, procurando un objetivo determinado y encubriendo una violencia subyacente.

Según el discurso moderno de la metafísica de la presencia<sup>2</sup>, la objetividad se vislumbra como el camino para eliminar la violencia que implica el tacto. Pero la técnica no se comanda sola, ni se generó a sí misma. Parece que no basta con que algo nos toque, sino que alguien debe tocar.

En este sentido Derrida nos puntualiza la existencia de la Ley del Tacto, “*Hay esa ley, y es la ley misma, ley de la ley (...) hay que tocar sin tocar*” (Derrida, 2011: 105). Esta ley de la ley se encuentra ahí, ante todo, la ley es quizás siempre *del tacto*. Cabe aclarar que cuando el autor se refiere a la ley, no sólo lo hace en el sentido del derecho, sino como orden cultural, como una serie de normas y esperables, como ley natural o física. La ley es justamente la prueba de que no hay naturaleza. Si hubiera contacto inmediato, si hubiera tacto de todo, no haría falta ley. Es la mediatez misma que siempre busca afectar, sea descriptiva o prescriptivamente, aquello que no es inmediato.

En efecto, la Ley procura estipular una regularidad, busca enunciar qué es lo que es el toque, cómo se debe tocar o cómo se toca de hecho, pero sin contacto con eso que determina. En referencia a la clínica con sujetos en situación de discapacidad, la certificación, el diagnóstico, el tratamiento ineludible se constituyen en ley que regula y forma el cuerpo. Procuran, sin lograrlo, un cuerpo sin cuerpo, una intervención sin violencia ni resistencias.

A su vez, la ley prescribe el respeto por prohibiciones de una cultura o de costumbres y determina lo intocable. Se trata de tener cuidado de no tocar, afectar, corromper, ensuciar. Pero también no afectarse, no corromperse, no ensuciarse. Derrida (2011) aquí encuentra que el tocar resulta *limítrofe*, toca lo que no toca, toca y es tocado; tocar, pero cuidándose de evitar el contacto. Dos órdenes dadas, la ley instala un parentesco que parece a la vez conjuntivo y disyuntivo; ella pone dos órdenes contradictorias en contacto. Se trata, más bien, de una locura. O quizás una aporía, es decir, un paraje de lo imposible de saber o de un saber imposible.

## **Conclusión**

De la producción de este trabajo se desprenden algunas críticas a la organización del sistema de salud y a la burocracia estatal respecto al tratamiento de los sujetos signados por la discapacidad. Se evidencia que este tacto discapacitante es reproducido y retroalimentado también por ciertos dispositivos clínicos de los profesionales tratantes.

La forma en que pensamos un cuerpo trae de suyo una concepción de la enfermedad, de las faltas y del modo en que podrían suplirse o curarse. En primera medida, resulta interesante deconstruir estas formas desde los cuerpos considerados como discapacitados, para luego ser más extensivos. A su vez, es importante tener en

cuenta que no es posible pensar en una terapéutica a-táctil o a-corporal, es decir, donde se prescindiera de la aproximación técnica a un cuerpo.

La discapacidad no se trata de una cuestión esencial, con la que se nace o que se adquiere invariablemente de acuerdo a unas determinadas características. Sí existen diferencias en la adaptación de diferentes sujetos a los dispositivos e instituciones sociales. Precisamente se procura visibilizarlas para poder poner en ejecución un mecanismo de justicia y equidad, a saber, posibilitar las condiciones para su funcionalidad o procurar resarcir estas diferencias. En este sentido, resulta tan opresivo negar esta diferencia como intentar naturalizarla y situarla en calidad de invariable.

Entonces, este mecanismo de diagnóstico y certificación es discapacitante cuando se procura realizar la inversión de la opresión, *rehabilitación*, pero dejando intactos los procesos que la generan y reproducen. Esta diferencia, para los sujetos certificados con discapacidad, se vuelve infranqueable. Se pone en funcionamiento una economía diferencial, donde hay cuerpos, deseos e identidades que valen menos.

El foco de este trabajo está puesto en la clínica y, en particular, en el sentido del tacto que la constituye. Este nos permite deconstruir el concepto de cuerpo, para poder poner en tensión su materialidad, su estructura y las certificaciones que se le adjuntan. A su vez, nos cuestionamos también la objetividad en la técnica, la que no puede ser separada de su interventor.

Cuando abordamos la clínica, nos ubicamos en una aporía. Se trata de un saber imposible, sin lugar propio y que se establece a sí mismo. Sin embargo, para esto, es fundamental haber pasado y pasar por los desfiladeros que la deconstrucción habilita, debido a que permite desafiliarnos de ciertas lógicas del discurso médico-psicológico, del *deber ser* social o de la dicotomía discapacidad-capacidad.

---

## Notas

1. Se utiliza este término en el documental por tratarse de una terminología no negativa, menos estigmatizante. De la misma manera que existe diversidad cultural, sexual, generacional. Sin embargo, *Discapacidad* es el término oficial, utilizado para la certificación, y de uso corriente, por lo que continuaremos utilizándolo como concepto referente en este trabajo.
2. Entendida como el deseo de acceso inmediato al significado. El privilegio de la presencia sobre la ausencia atraviesa toda la historia occidental, según Derrida, J. (2005) en "Hay que comer' o el cálculo del sujeto".

## Referencias Bibliográficas

- Centeno, A y de la Morena, R. (2015) *Yes, We Fuck!*. (Documental). España.  
Recuperado en: <https://vimeo.com/yeswefuck>
- de Olmos, C. (2006) "Escrito en el cuerpo" En M. Beltrán...(et al.) *Sociosemiótica. Análisis de los discursos sociales*. (pp 119-138) Córdoba Argentina, Ed. Brujas.
- Derrida, J., (2011) *El tocar, Jean-Luc Nancy*. Buenos Aires Argentina, Ed. Amorrortu.
- Derrida, J. (2005) "Hay que comer' o el cálculo del sujeto". En *Confines*, N° 17, pp. 149 –170. Buenos Aires.
- Flores, V., (2013), *Interrupciones. Ensayos de poética activista*, Neuquén, Argentina, Ed. La Mondonga Dark.
- Nancy, J-L. (2003), *Corpus*, Madrid, España. Ed. Arena Libros.
- Nancy, J-L. (2006a), *El intruso*, Buenos Aires, Argentina. Ed. Amorrortu (Colección Nómadas).
- Nancy, J-L. (2006b) *Ser singular plural*, Madrid. Ed. Arena Libros.
- Pagotto, A. (2011) *Jean-Luc Nancy: pasajes en torno al dolor y la subjetividad*. VI Jornadas de Jóvenes Investigadores. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de: <https://www.aacademica.org/000-093/224.pdf>
- Vásquez Rocca, A., (2008), *Las metáforas del cuerpo en la filosofía de Jean-Luc Nancy: nueva carne, cuerpo sin órganos y escatología de la enfermedad*. Revista Nómadas. Vol 18, N° 2. Madrid, España. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/NOMA/article/view/27537>

**Matías R. Cabrol Seia**

[cabrolseia@gmail.com](mailto:cabrolseia@gmail.com)

Lic. en Psicología (UNC). Especializado en Ps. Clínica, forma parte de la Red de Psicologxs Feminista (Asociación Civil) en Córdoba. Militante en género y diversidades en diferentes organizaciones en Córdoba. Trabajó como Acompañante Terapéutico, Maestro de apoyo a la inclusión y Orientador en Centro Educativo-Terapéutico.