X Jornadas Interescuelas/Departamentos de Historia. Escuela de Historia de la Facultad de Humanidades y Artes, Universidad Nacional del Rosario. Departamento de Historia de la Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad Nacional del Litoral, Rosario, 2005.

Tutelas delegadas o muerte social. Un estudio antropológico comparativo entre la necesidad infantil del control esfinteriano y su necesidad sobrevenida en la decrepitud.

Martínez Magdalena, Santiago.

Cita:

Martínez Magdalena, Santiago. (2005). *Tutelas delegadas o muerte social. Un estudio antropológico comparativo entre la necesidad infantil del control esfinteriano y su necesidad sobrevenida en la decrepitud. X Jornadas Interescuelas/Departamentos de Historia. Escuela de Historia de la Facultad de Humanidades y Artes, Universidad Nacional del Rosario. Departamento de Historia de la Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad Nacional del Litoral, Rosario.*

Dirección estable: https://www.aacademica.org/000-006/534

ARK: https://n2t.net/ark:/13683/e8OH/qVW

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto*. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: https://www.aacademica.org.*

Xº JORNADAS INTERESCUELAS / DEPARTAMENTOS DE HISTORIA
Rosario, 20 al 23 de septiembre de 2005

Título:

Tutelas delegadas o muerte social. Un estudio antropológico comparativo entre la necesidad infantil del control esfinteriano y su necesidad sobrevenida en la decrepitud.

Mesa Temática:

Mesa Nº 57: *"Marginación y exclusión: otras formas de pensar la agonía y la muerte".*
Coordinadores: Claudia Fernanda Gil Lozano (UBA) - Susana B. Murphy (UNLu)

Pertenencia institucional: Universidad, Facultad y Dependencia:

UNED-Centro Asociado de Tudela de Navarra (España); e Instituto Darién de Estudios Socioculturales (IDAES), Pamplona (Navarra, España).

Autor/res: (Apellido y nombres, Cargo Docente, Investigador, Estudiante):

Martínez Magdalena, Santiago.
Profesor-tutor de Antropología social y cultural (UNED-Tudela, España).

Dirección, teléfono, fax y dirección de correo electrónico:

Dr. Repáraz, 2, 5º D,
31012-Pamplona, Navarra, España.
cn020844@can.es

Lo cierto es que, habiendo perdido la especie humana sus naturales instintos al adquirir las ventajas de la civilización, cuanto más civilizado, tanto más inerme se encuentra el hombre frente a las asechanzas de la naturaleza.

Tal reflexión malhumorada vino a asaltarme anoche… En tan ociosas divagaciones se entretenía mi emperezada mente cuando otra urgencia vino a imponerse a mi espíritu acuciándome a saltar del blando lecho para satisfacerla. Y menos mal -me consolé- que siquiera resta todavía de nuestra pasada molicie ese cuarto de baño provisto de todas las instalaciones sanitarias no lejos de la alcoba. Terrible hubiera sido que, hecho como está uno a las facilidades de la vida moderna, hubiera tenido que transladarme, como antaño nuestros abuelos, a lejano corral para evacuar a la intemperie necesidad tan menor bajo la indiferente mirada de Diana, de Venus y de las demás estrellas, si no, acaso, bajo las tormentosas iras de Júpiter.

Eso meditaba, dilatando el momento de levantarme. Pero, sí, es que estoy medio adormilado; pues recapacito y me doy cuenta de que nuestros abuelos, a no ser siervos de la gleba, podían prescindir y prescindían de tan azaroso viaje para aliviar la presión de su vejiga. Aun careciendo del gran confort a que nosotros estamos -o estábamos hasta hace poco- acostumbrados, disponían sin embargo de medios para eludir el riesgo de alevosa pulmonía. Bajo la cama, sólo tenían que sacar el brazo y alzar por el asa la propincua bacina introduciéndola bajo la sábanas; y ya sabrían ellos, con el saber que la práctica proporciona, cómo evitar el desagradable contacto del metal o de la loza al servirse del humilde recipiente.

Yo, pobre de mí, no poseía recipiente tal.

Francisco Ayala, 1981.

I. Introducción.

Este "Nostálgico recuerdo del gorro de dormir, la bacina y la bolsa de agua caliente" que escribiera Francisco Ayala en 1981, parte de *Las admoniciones de un nuevo filósofo rancio*, nos va a ocupar en lo sucesivo, aunque sólo en la urgencia esfinteriana, de manera harto extravagante si se quiere.

La Historia, por lo común arrinconada en los estudios sociales (antropo-, socio- y psicológicos), está, por principio, desterrada de los estudios médicos o sociobiológicos en su aplicación epistemológica y práctica. No tanto como complemento historiográfico en la descripción y evoluciones de las enfermedades, los descubrimientos científicos o las prácticas curativas (Thompson, 1955, Alsina, 1982, Laín Entralgo, 1987, etc.). Podría esperarse, tal vez, que la paleopatología la incorporara decididamente; pero si lo hace, no deja de tomarla como otra cosa que herramientas didácticas de carácter contextual: cuadros evolutivos, cronologías y marcos situacionales o artificios semejantes, con una teorización muy deficiente (*cfr.* Campillo, 1993, etc.). Sin

embargo, incluso desde perspectivas historiográficas más o menos clásicas, y auxiliadas por la antropología, la contribución de la historia a procesos evolutivos humanos (no sólo en la historia de la filogenia) está consolidada: en la ontogenia, y especialmente en asuntos sociobiológicos y rituales como la infancia, la sexualidad, la muerte, etc. (Ariès, 1982 y 1983, Vovelle, 1983, Thomas, 1989, Morin, 1974, Brown, 1993, etc.). De cualquier modo, no parece decidirse, salvo casos honrosos (quizá E. Morin, con resultados muy desiguales), a atravesar este espacio en una disidencia clara: como recurso metodológico y epistemológico, o como discurso crítico y analítico de la ciencia. Este divorcio se estrecha a iniciativa de la propia metodología y teorización historiográfica, que quiere y puede acercase a estos problemas, proponiéndose como disciplina dispuesta a contribuir a las cuestiones sociales del momento actual, salvando el hiato temporal respecto a su distante objeto de estudio (esa condición epistemológica que da el estatuto científico a la Historia: la distancia temporal que la hace una ciencia objetiva) que la paraliza en las decisiones contemporáneas. Y así podemos encontrar ya propuestas de una Historia de la inmediatez y lo estrictamente contemporáneo a las vivencias del historiador (Aróstegui, 2004), aunque se concentren, por ahora, en cuestiones identitarias y sociopolíticas, donde poder auxiliarse de doctrinas proyectivas, emancipadoras o de la acción.

Sin embargo, queda por explorar la incorporación de la perspectiva histórica, en coalición con la antropológica (más avanzada en estas lides, junto con la sociológica y la filosófica en el ámbito de los estudios críticos de la ciencia), en asuntos propios de la biología, las ciencias de la naturaleza y la medicina[1].

Concretamente, vamos a ocuparnos de un marcador de cultura y sociedad que prescribe fronteras de socialización o endoculturación: el control esfinteriano (de la micción y la defecación) en la infancia, y su *desarreglo* (mantengamos el eufemismo) en la vejez. En estos dos extremos del itinerario vital, podemos comprobar cómo el control externo y el autocontrol interno en la infancia, y, al contrario, la pérdida del autocontrol interno y la necesidad sobrevenida del auxilio exterior en la vejez, están

[1] Ya Latour y Woolgar (1995) se preguntaban por cuestiones similares en su estudio etnográfico sobre la ciencia de laboratorio (p. 120 sobre la importancia de historia en este tipo de estudios; pp. 266-267 sobre la relevancia de las circunstancias de la indagación científica; pp. 82-83 sobre cómo los aparatos científicos reifican teorías históricamente consolidadas). Nosotros hemos ensayado algunos acercamientos a la teoría celular, la inmunología, etc., en cuanto sigue modelos cognitivos tomados análogamente de la organización sociopolítica en distintos contextos históricos (Martínez Magdalena, 2002 b).

concebidos como separadores orgánicos (de justificación naturalista o biologista) de una larga etapa vital, la adultez, donde al hombre se le concede responsabilidad (imputabilidad). Pero, en general, la infancia y la vejez decrépita serán dos márgenes orgánicos que delimitan (sancionan) la pérdida del bien gobernarse en la vida (la pérdida de una *consciencia* que se otorga o resta) y, por tanto, la necesidad de tutela social (tutela que, igualmente, no siempre es querida ni asumida por las instancias tutelares, al resultar gravosa). Hemos considerado que estas instancias sociales sean, para mejor ejemplo, instituciones de acogida o internamiento de niños desestructurados (en *riesgo social*, sigamos manteniendo los eufemismos) (Martínez Magdalena, 2002 a) o ancianos decrépitos (enfermos crónicos, etc.) (Martínez Magdalena, 1997 a, b y c). Estos extremos (sujetos institucionalizados y problemáticos) nos son convenientes por cuanto hacen más explícita esta cuestión, además de que la institución, en su sentido "total" o "totalitario" (como quiere Goffman), recoge estos problemas en su perspectiva histórica (lo que exige el concierto de disciplinas antropológicas e historiográficas), exhibiendo manipulaciones corporales muy ilustrativas.

2. Socialización y desocialización orgánicas: adquisición infantil y pérdida senil del control esfinteriano.

Uno de los criterios fundamentales en la designación y administración social de los excluidos es la suficiente "capacidad de bien gobernarse en la vida". Un recurso, de claros visos morales, que no sólo antecede a la persona sujeto de la exclusión -por ejemplo, en sus problemas familiares y vecinales, escolares o laborales, etc., y cuya inadaptación problemática es sancionada por disciplinas, instituciones y discursos psicológicos, psiquiátricos, sociológicos, etc.-, sino que la persigue –generalmente por medio de la terapia y su gestión social como excluido-, con consecuencias jurídicas claras: la tutela delegada, lo que constituye una "muerte social" (en la vejez decrépita y en el niño institucionalizado). En este proceso, es posible discernir la entidad biológico-socio-jurídica que permite sancionar socialmente este proceder mediante un discurso biologicista que lo naturaliza ideológicamente. Dos ejemplos permiten compararlo: la necesidad del control esfinteriano (biológico) en la educación infantil, estudiado en sujetos marginales (niños institucionalizados en residencias de acogida, como se ha dicho), en tanto proceso de maduración que estos sujetos marginales no han experimentado; y la necesidad sobrevenida del mismo control esfinteriano en ancianos

institucionalizados, con desarraigo familiar, patologías diversas, físicas y psíquicas, etc., en cuanto la pérdida de este control esfinteriano permite elaborar el discurso biologicista que justifica la tutela delegada en base a la pérdida del bien gobernarse en la vida (y que remite a la adquisición y conservación de la "consciencia").

En el niño no institucionalizado (o mejor dicho, institucionalizado primariamente en su familia), su nacimiento es considerado como el inicio de un curso temporal que, con la superación de determinadas etapas y tareas de supuesta maduración orgánica, da entrada paulatina en una sociedad cíclicamente estructurada: la adquisición del control esfinteriano supondrá así un "nacimiento social" (de corrección, decoro y autopresentación)[2] en el caso del niño que alcanza la madurez. Aunque la enuresis y la encopresis se dé también en niños no institucionalizados en centros específicos (o sea, en niños en su familia de origen), éstos requieren intervenciones técnicas, y en ciertas condiciones pueden pasar a ser considerados niños patológicos o con retrasos de maduración. Aun en el caso de que esto no ocurra, el control esfinteriano se institucionaliza más allá de la familia: en el colegio, por ejemplo, donde pueden encontrarse cartillas de evaluación ordinarias en las que constan *itemii* relativos a este control: nosotros hemos visto cartillas en las, además de *itemii* relativos a los "hábitos higiénicos", o "hábitos de orden", se hallan otros como el "Control de esfínteres: Acude solo al servicio; Controla regularmente los esfínteres; Indica la necesidad de ir al baño". En el caso de los niños en centros de acogida, la no adquisición del control esfinteriano será tomada como un síntoma más de su inadecuación personal (de su inmadurez), lo que exigirá tutelas delegadas (en la institución) que se retirarán y negarán a sus padres biológicos, precisamente por cuanto será una prueba (entre otros *síntomas* más)[3] de que *no han educado* bien a sus hijos.

Se trata, por tanto, de casos evolutivos que, en verdad, evalúan o disponen (bajo diagnósticos de corte médico u organicista que acaban por comprometer la funcionalidad cotidiana) la "independencia" o la "autonomía", aspectos que traerán, ineludiblemente, a nuestro concepto de "bien gobernarse en la vida" y que sancionará el nacimiento social (en el control esfinteriano en la niñez) y la muerte social (en la vejez). Esta perspectiva aproxima el control esfinteriano a un ritual de paso a partir de una base orgánica, pero en sentido doble, como luego veremos.

---

[2] Ligado al vestido y el decoro (así en Kardiner, 1945: 46; *cfr.* Casas Gaspar, s. f.).
[3] Prueba de no-control corporal=síntoma patológico.

2. 1. Consideraciones teóricas: la socialización del impulso.

El estudio comparativo en torno al control esfinteriano y la interiorización de conceptos y valores sociales, mediado el cuerpo, asimismo, bajo su noción cultural, hace de este estudio una interesante ocasión para observar la socialización y desocialización, o concesión y arrebato de la personalidad jurídica ("consciencia" o "bien gobernarse") del hombre en sus diferentes edades y estatutos concedidos socialmente. Así, nos parece pertinente averiguar el proceso de socialización del infante en torno al control esfinteriano, y cómo se le concede el estatuto de persona autónoma (paso previo hacia la concesión social de la *adultez*), en comparación con la pérdida de este control esfinteriano por el anciano, y cómo, por éste (y otros motivos similares en torno a la pérdida del autocontrol corporal), se le niega y arrebata el estatuto social de adulto, para serle sustituido por el de anciano y sus concomitancias (enfermo crónico, demenciado –otro eufemismo para distinguirlo del de demente-), y precisar, como en el caso del niño, asistencia en el control de su cuerpo.

El individuo, no reconocido aún *persona*, o, por mejor decir, reconocida persona en diferentes estatutos de validez, según sus circunstancias y dotación física, el paso a lo largo de su vida biológica y su reconocimiento social, se socializa, precisamente, mediante la sanción grupal (primeramente familiar) de su cuerpo. La colectividad ejerce así violencia sobre el individuo[4], directamente sobre su cuerpo o por medio de mecanismos sociales que le obligan a autocontrolar sus impulsos[5], para satisfacer sus necesidades demoradamente y bajo maneras, tiempos y en espacios adecuados para estos menesteres (Kardiner, 1945: 46ss.). Esta sujeción del individuo será la que le conceda el estatuto de persona plena (madura). Su dejación (la pérdida o abandono de autocontrol de su cuerpo, por ser anciano o enfermo, o niño que aún no lo ha hecho) supone la restricción o negación de que tenga conciencia (siendo así señalado como loco, pueril o senil).

[4] Durkheim, E., *L'Education morale* (escrito póstumo de 1925); *cfr. Las formas elementales de la religión*, p. 638. Este autor pensará que la violencia social hace interiorizar al sujeto valores y conceptos.

[5] Es imprescindible mencionar siquiera la metáfora biopsicológica del "instinto", "impulso" y similares, de base analógica mecanicista (así en el psicoanálisis, que concebirá este constructo como puente entre lo biológico y lo psicológico-social, y bajo la imagen de *carga* y *descarga* energética).

El individuo, desde su nacimiento, está dotado con un cuerpo en desarrollo. Pero este desarrollo, como es sabido, no es libre ni natural, sino que las diferentes concepciones socioculturales del cuerpo manipulan y restringen la expresión libre del cuerpo, hasta provocar en el individuo una interiorización de valores y conceptos sobre su cuerpo por medio del necesario autocontrol corporal que lo autoriza apto para ingresar o ser re-conocido en sociedad[6].

Así pues, el individuo nace con *impulsos* (fuerzas endógenas, instintivas, un constructo biológico), necesidades y tendencias fisiológicas universales que han de autocontrolarse progresivamente en la socialización como *infante* (Kardiner, *ib.*). La sociedad, por medio de las instituciones sociofamiliares (padres) y las correspondientes tradiciones filiales, instauran en torno al niño, y según la concepción corporal respectiva, prohibiciones y coerciones, manipulaciones corporales prestadas (que luego el niño deberá interiorizar y hacer suyas), etc. Según Franck, en el niño concurren tres procesos fisiológicos que son objeto de su aprendizaje social: el metabolismo, la acumulación en el organismo de materias fecales y urinarias (también mucosidades, semen, restos de uñas, adecentado del cabello, etc.) y su expulsión, y la respuesta orgánica a las estimulaciones afectivas[7]. Así, estos tres elementos generales son socializados con diferentes medios y de diferentes formas: a. Respecto al control metabólico, el niño abandonará su autonomía libre, espontánea y natural, doblegándose a las constricciones civilizadoras y al dominio cultural, sometiéndose a una periodicidad en la alimentación, aceptando intervalos más largos entre las comidas y el destete, etc. (lo mismo puede decirse respecto al sueño, por ejemplo); b. Respecto a la acumulación de materias fecales, urinarias, y diversas secreciones o restos corporales, y su expulsión, Franck entiende que el niño debe readaptar su eliminación fecal, urinaria, etc., disciplinándose en un orden, tiempo y espacio adecuados, aprendiendo a dominar sus impulsos fisiológicos demorando su expulsión, por lo que aprende a dilatar y controlar la eliminación esfinteriana; c. Por último, respecto a la

[6] Para esta cuestión, seguiremos los estudios de L. K. Franck: "The Concept of inviolability in culture", *American Journal of Sociology*, nº. 36, 1931, pp. 607-615, reimpreso en *Society as the patient*, New Brunswick, 1948, pp. 142-150; "Cultural control and physiological autonomy", *American Journal of Orthopsychiatry*, nº. 8, 1938, pp. 622-628, reimpreso en C. Kluckhohn y H. A. Murray (eds.), *Personality in nature, society and culture*, New York, Knopf, 1948, pp. 113-116; "Cultural coertion and individual distorsion", *Psychiatry*, nº. 2, 1939, pp. 11-27, reimpreso en *Society as patient...*, pp. 166-192.

[7] "Cultural control and physiological autonomy"..., p. 113.

afectividad, el niño aprende el autocontrol de sus emociones, expresándolas de manera aceptada socialmente, en qué situaciones y cuándo son oportunas, etc.[8] Así, estos autocontroles dispares serán entendidos conjugadamente como *bien comportarse y ser (re-conocido)*, como conducta dirigida a fines sociales, en cuanto se pliegan a maneras de cortesía y relaciones sociales, culturales o de clase social. El control fisiológico, por tanto, se transforma así en conducta. Dicho en sentido contrario, el control orgánico de los impulsos, que evidentemente está entre unos límites fisiológicos plásticos (más allá de los cuales no se puede ir, a riesgo de enfermedades, accidentes o la muerte, aunque todos ellos sean propiamente manipulaciones socioculturales, aceptadas o no, aberrantes), adquiere siempre una concepción sociocultural concreta, pero variable en formas y tiempos. Kardiner (*ib.*) insiste en relacionar estos lineamientos que van desde la socialización en el control esfinteriano (muy agresivo en ciertas culturas –*ib.:* 283-284-) al desarrollo del sentido de obediencia, responsabilidad y consciencia. Por todo ello, Kardiner habla del control esfinteriano como "institución" (*ib.:* 46).

La interiorización de valores y conceptos de relevancia social que hace el niño en estos aprendizajes de autocontrol y represión y demora corporal tienen lugar en cuanto éste identifica y comprende estos conceptos y valores que le son prestados socialmente. Las prohibiciones y coerciones, ejercitadas y experimentadas por y en el cuerpo mismo del niño, suponen conceptos y valores de relevancia sociocultural. En efecto, estas prácticas presuponen conceptos y valores tales como el de la *inviolabilidad*. Franck explica que la inviolabilidad es una generalización de la noción de tabú. El niño debe aprender a respetar, por medio de las formas sociales (es decir, mediante el control de sus impulsos), la integridad y dignidad de las personas ajenas, las pertenencias y bienes ajenos, etc., es decir, precisamente aquellos objetos que le impulsan a obrar, pero ante los cuales debe contenerse, consiguiéndolos por medio de conductas demoradas (cuando no negadas, reprimidas o sublimadas) y socioculturalmente determinadas (en base al concepto de esfuerzo y logro, p. ej.)[9]. El aprendizaje de estas consideraciones se realiza mediante cambios de rol y estatus, por medio de rituales y juegos, etc.[10]

---

[8] *Ibídem*, p. 114.
[9] "The Concept of inviolability in culture"..., p. 143.
[10] *Ibídem*, pp. 144 y 178; y "Cultural control and physiological autonomy"..., p. 115.

La enculturación (o socialización) del niño no consiste pues, meramente, en su claudicación sociocultural (al modo coercitivo propuesto por Durkheim), puesto que es precisamente mediante este doblegamiento como adquiere su condición de persona (lo que, empero, justificaría la violencia educativa o correctora); ni tampoco en su aprendizaje por simple imitación (al modo de Tarde o, más modernamente, de Bandura), sino que consiste en una readaptación social que está fuertemente motivada, puesto que el niño ha de satisfacer sus necesidades, y sólo las puede satisfacer mediante maneras determinadas de hacerlo, canalizadas u orientadas según la costumbre[11]. Y estas formas de comportarse son las que, socioculturalmente, definen y otorgan el estatuto de persona humana, como hemos dicho. De lo contrario, se adjudica al sujeto el estatuto inferior de primitivo, salvaje (no civilizado, no educado), niño (pueril, es decir, aún niño, aún no socializado definitivamente), loco, enfermo, o anciano (senil), en etapas más maduras, pero en las que se sucede una pérdida del control corporal[12].

Así es como el niño busca satisfacer sus necesidades fisiológicas adquiriendo las maneras socioculturales de hacerlas aceptables. Por esto, se dice que busca conocer las normas y comprobar los límites de su dominio. Sin embargo, no siempre existe esta deliberación del sujeto, que busca socializarse. En la vida cotidiana, la socialización es plenipotenciaria, y no siempre requiere la conciencia despierta del sujeto, ni su voluntad[13]. De hecho, podremos observar cómo los demenciados (en otro caso locos, deficientes, etc.), también son socializados, y moralmente aptos (aunque menguados, como *pacientes* u objeto del cuidado), al depender la socialización de sus cuidadores, quienes manipulan el cuerpo de aquellos conforme a tradiciones asistenciales determinadas (Martínez Magdalena, 1997 a). Además, la socialización no es absoluta, sino parcial y multicausal, creativa, produciéndose nuevas maneras de socialización paralela y contradictoria. A los niños no sólo los socializan sus padres, sino sus amigos,

[11] Esta idea parece acercarse a las consideraciones tenidas por el conductismo psicológico, puesto que se supone que el individuo percibe que sus fracasos (frustración en la satisfacción de sus necesidades) resultan de inadaptaciones sociales, y sus éxitos, de adaptaciones.

[12] La pérdida del cuerpo como república con regiones sedicentes, ataques, desmembramientos, etc. siguen una metáfora bélica en medicina y doctrina corporal, como hemos estudiado en otro lugar (Martínez Magdalena, 2002 b).

[13] Cáceres (1991: 15 ss.), explicando el mecanismo humano de micción, se refiere a la consciencia o inconsciencia, control voluntarista o no, de los dos esfínteres del aparato miccional: existe un primer esfinter interno autónomo, y uno externo que es el que podemos controlar voluntariamente, una especie de esfinter susceptible de *educarse*.

la televisión, etc.[14] Del mismo modo, esta fricción permite al niño sortear las normas y *desviarse*, creando nuevos modos de relación por medio de su cuerpo (modos no siempre aceptados, o aceptados parcialmente por otros círculos o clases sociales: amigos de correrías, etc.). Las crisis, el trauma de estas coerciones, las frustraciones y la agresividad, el choque con las normas legisladas y la autoridad, etc., son otras tantas cuestiones de interés.

2. 2. El control esfinteriano como indicador del autogobierno y la autonomía adulta.

Ahora bien, ¿qué se entiende por control esfinteriano en la infancia? Veamos algunos ejemplos tomados de casos clínicos, en los que se contrasta la adquisición y la pérdida traumática de la misma. En algunos autores, a propósito de estos casos, podemos leer: "La madre confirmó que el niño era consciente de cuándo su vejiga estaba llena, era capaz de retener la orina, podía interrumpir la micción una vez iniciada y, por fin, iniciar la micción con bajos niveles de presión vesical. Es decir, había adquirido todas las habilidades de control necesarias que a su edad es normal poseer, consiguiendo el control diurno de la micción a los 2 años de edad"[15].

No vamos a entrar, por supuesto, en la fisiología de los aparatos de evacuación (véase Guyton, 1989: 457-458 y 461-462). Aparte de que estas descripciones anatomofisiológicas obedecen a recursos cognitivos donde las metáforas y otros tropos son dudosos para dar cuenta de lo inefable[16], lo cierto es que se le concede al cerebro, como centro rector, un cierto dominio sobre los reflejos o impulsos miccionales y defecatorios (*cfr.* Guyton, *loc. cit.*). Los casos con patología de origen orgánica son los más claros, aunque acaban por afectar a lo conductual, claro es (Khosravi, 1995: VIII); del mismo modo, lo inadecuado conductualmente es atribuido a una disfunción orgánica leve (a veces iatrogénica) o, al menos, a un trastorno pasajero y susceptible de corrección. Por lo tanto, siempre acabamos, en este área, en un campo ambiguo de carácter *psico-somático* (Callabed, 1997, etc.). Podemos resumir con todo, para todos estos casos, lo que Vera Guerrero y Fernández Santiago (*loc. cit.:* 230-231) respecto de la intervención en problemas de estreñimiento: que el diagnóstico debe "confirmar la

[14] Los juegos infantiles con la orina, las competiciones entre ellos en el orinar, etc., son ejemplos.
[15] R. Santiago García y A. Roa Álvaro, "Enuresis", en Vallejo Pareja *et alii* (1997, p. 268).
[16] Por lo común, se usa la metáfora del estado orgánico –jerarquía política- para dar cuenta tanto de las células como de los aparatos orgánicos; para su funcionamiento o anatomofisiología se emplea la

existencia de hábitos inadecuados que puedan explicar la aparición o mantenimiento del trastorno", para "incrementar la toma de conciencia, por parte de las personas afectadas, de la relación existente entre tales hábitos y el trastorno". Es decir, en ausencia de una patología física (y aún así sería de interés), el dominio esfinteriano es una cuestión ligada a malos hábitos higiénicos, la educación muscular es demandada socialmente, y el individuo ha de interiorizarla y mecanizarla (tomando consciencia del problema que lo contrario supone en su compostura y reconocimiento de la personalidad), tal y como quería Kardiner (*loc. cit.*).

En efecto, entre otros criterios a caballo entre la disfunción orgánica y la inadecuación conductual, se estima conveniente una "funcionalidad" orgánica, que siempre será una adecuación (por demora en el control de los impulsos) social. Las escalas de desarrollo, que recogen las tareas necesarias para evaluar la normalidad madurativa del niño, por ejemplo las que propone Havighurst (Hurlock, 1988: 40), exigen, entre otras habilidades motoras e intelectuales, "aprender a controlar la eliminación de los deshechos corporales". Del mismo modo, escalas de la evaluación de la funcionalidad en la vejez, como la de Katz y otros, que miden la Independencia en las "Actividades de la vida diaria" (INSERSO, 1994: 49, Tabla 2, y 63), incluyen tanto la capacidad del aseo y la higiene diaria como el explícito control esfinteriano o las actividades propias de ir al servicio correctamente. Se trata, por tanto, de instrumentos de evaluación (más que de diagnóstico, que siempre sería de corte médico u organicista, aunque acaba por comprometer la funcionalidad) que asignan (o etiquetan) la "independencia" o la "autonomía", muy ligados además a la higiene y la sexualidad[17], aspectos que traerán, ineludiblemente, a nuestro concepto de "bien gobernarse en la vida" y que sancionará el nacimiento social (en el control esfinteriano en la niñez) y la muerte social (en la vejez).

---

metáfora fabril, mecanicista, y el intercambio económico –capitalista por o demás-; y, por último, la metáfora bélica para explicar la enfermedad (Martínez Magdalena, 2002 b).

[17] De la sexualidad nos ocuparemos más adelante. Respecto de la higiene, hay que decir que el lavado de manos y la decencia en el orinar y defecar (esta decencia supone el *no mancharse*) remiten a la "limpieza" (con su aspecto moral de purificación) y el decoro y la presentación social, pero sobre todo para lo que nos importa ahora más, remite a una doctrina de la higiene bajo la metáfora médica del contagio bacteriológico y viral (o miasmático en épocas anteriores).

2. 3. Ejemplos de control y des-control esfinteriano.

Antes de continuar con las intervenciones (que serán muy significativas para calibrar el grado de importancia social –en cuando necesidad de intervención y necesidad protésica (de sustitución del autocontrol por un control extensible y externo-), nos detendremos en unos pocos ejemplos ilustrativos:

En el caso de adquisición del control esfinteriano infantil, es fácil averiguar cómo el niño *tiraniza* –se dice así- a los padres mediante el llanto o el sueño, pero también marcando sus necesidades de limpieza genito-anal, lo que constituye un acto de o para la socialización corporal del niño en manos de los padres[18]. La pérdida (casi siempre momentánea) del control esfinteriano en niños que ya lo habían adquirido o estaban en proceso de hacerlo, es considerada traumática (post-traumática; reactiva), regresiva (a etapas anteriores, genitoanales: acaso por tener dificultades para enfrentarse a la realidad más autónoma que se le exige), o francamente patológica (que ahora nos interesa menos).

En el caso de los ancianos demenciados (asumiendo que la pérdida del control esfinteriano es un síntoma más de esa demencia o demenciación), la pérdida esfinteriana es, además de tener un impacto en su grado de independencia y decoro (social), un recurso de manejo institucional del cuerpo *muerto* (decrépito)[19]. Aparte de la relación protésica que se establecerá (y que trataremos en seguida) en el cuidado del anciano decrépito, es dado ilustrar cómo la pérdida del autocontrol esfinteriano en casos de demenciados o gravemente perturbados es simbólica (relacional) (Zulaika Calvo y Gómez Castillo, 1990), puesto que es provocada (autoprovocada), recuperándose momentáneamente la situación inversa (el control), lo que pone en

[18] Es conocida la imagen que consignara Freud en *La interpretación de los sueños* –a raíz de una viñeta- de la mucama que, adormilada, prolonga su sueño ante la llantina del niño a su cargo, soñando con que el niño orina y orina hasta inundar la calle como los canales venecianos. Por cierto, que esta imagen es popular (Bajtin, 1995).

[19] Hay que pensar en que el manejo del cadáver las instituciones (tanatorios, medicina legal, costumbres funerarias) recurren a la detención y conservación (y uso en ocasiones) de los líquidos móviles corporales (Thomas, 1989). En el ejemplo que pondremos en seguida, una anciana moribunda (en agonía de muerte) era calificada en el parte de enfermería del siguiente modo: "No orina. No come. Aviso a su [pariente para notificar el agravamiento y la muerte inminente]. Está muy mal" (Martínez Magdalena, 1997 a: 63). La retención de orina (que protésicamente se combate con medios mecánicos invasivos) es signo de muerte, y reduce el cuerpo a cadáver.

serias dudas la tesis de la pérdida de la consciencia de estos *pacientes*[20]. Veamos algunos extractos de una investigación de campo del autor sobre el seguimiento de una anciana institucionalizada, desde su agravamiento demenciado, agonía y sepelio (Martínez Magdalena, 1997 a):

Existe un fenómeno característico en la institución residencial –escribíamos en 1997-, cual es la dejadez o el abandono consciente del autocuidado corporal, castigando al personal asistencial, con lo que el sujeto restituye su fuero al obligar a este personal a asistirle. Esto se deja ver, para el caso de nuestra anciana estudiada [que llamaremos E.], en los sucesos que a continuación leemos en algunos partes internos de la institución:

> "E. vomita nada más acabar de cenar. Hay que vigilar. Yo creo que se lo provoca ella. Ha entrado [al comedor] bien y ha salido bien. No le he prestado atención. Después, subo a la habitación [y] le pregunto, sin darle mucha importancia. Me dice que cuando vomita no se lo nota nadie, por eso pienso que se lo provoca ella" (Parte de subgobernación, tarde del 2 de abril de 1996).

Antes de este primer suceso, E. dejaba de acudir al comedor. Posteriormente:

> "E. vomita en el comedor. Apenas le hago caso. Le digo que lo hace a propósito".

Y, finalmente:

> "E. vomita el primer plato. Sigue cenando como si nada hubiera pasado. Le dijo [*sic*] que como vuelva hacer [*sic*] eso lo limpiará ella. Sigo observando a escondidas y veo que iba hacer [*sic*] lo mismo con el segundo plato. La he despachado del comedor. Se ha ido gritando" (Parte de subgobernación, 21 de abril de 1996, tarde).

Esta forma de protesta, evidentemente, se relaciona con el control esfinteriano. Así, exponemos a continuación lo acontecido con otra residente, con diagnóstico de Esquizofrenia catatónica (según el diagnóstico recogido en su historia clínica), suceso

[20] Evidentemente, puede haber pacientes demenciados que aún conserven el control esfinteriano (aunque deben ser mínimos, porque incluso se produce iatrogénicamente). Por lo tanto, la pérdida esfinteriana (por supuesto en relación con otros cuadros sintomáticos que dan lugar a síndromes demenciales y anejos) se hace equivalente a la pérdida de consciencia. Como si la consciencia fuera, por ejemplo, la pérdida del decoro. Aunque no vamos a entrar en las muy debatidas teorías de la consciencia, nos preguntaremos: ¿es un constructo socio-relacional, más que biológico-mental?

que, por su crudeza, demuestra que no es extraordinario en la institución, de ningún modo, lo anteriormente narrado respecto de E.[21]:

> "C. está muy alborotada. Ayer y hoy, en el comedor, monta follón [escándalo]. Hoy ya le he dicho que, si no callaba, que la sacaba sin cenar. No ha callado y estaban todos [los demás residentes] protestando. Intentamos calmarla a las buenas, sin conseguirlo. La sacamos del comedor. Se le sube a la habitación. Al cuarto de hora se le acuesta. *Se ha hecho de vientre* [se ha defecado encima] *porque ha querido* [la cursiva es nuestra]. No se le hace caso y se le limpia. Se queda calmada. ¿Toma las gotas [medicación] en la comida?" (parte de subgobernación, tarde del 18 de junio de 1996).

Desde luego, esta referencia merece un comentario. Aunque no da noticia del motivo por el que la residente "monta follón", podemos entender fácilmente que su conducta, en lugar de obedecer a un sentimiento de injusticia cometido con la residente, se atribuye a su natural perturbación, cuando se alude a que "está muy alborotada"[22]. La residente, en efecto, no queda satisfecha, puesto que, no siendo entendida, es decir, no habiéndosele restituido su fuero, se le exhorta a que calle, abortando definitivamente su expresión de protesta al sacarla del comedor y confinarla en su habitación sin cenar. El cambio de escenario es significativo. La alimentación es un servicio fundamental de la institución, como un derecho, igualmente fundamental, del residente (según la normativa institucional donde se habla de la alimentación); sin embargo, pese a que el personal asistencial está obligado a proporcionarlo, el hecho de que la situación anterior hiciera que los demás residentes protestaran a su vez en el comedor de la actitud de esta residente, impuso la necesidad de penar a ésta y trasladarla a su habitación privada. La presión ejercida por la colectividad de los residentes del comedor sobre el personal asistencial para ejecutar la sanción, subraya la necesidad de ponderar las diferentes prerrogativas, puesto que, en efecto, estimar el fuero de una residente, más aún por cuenta del escandaloso modo de la expresión de su agravio, hubiese sido dar pábulo a cada uno de los restantes. Ya en su habitación,

[21] Esta especie de rebeldía o protesta de los residentes, castigando al personal asistencial, es ciertamente común, y no siempre en residentes gravemente perturbados, según vemos, afirmado también mediante comunicación personal de diversas trabajadoras que en mí confiaron.

[22] Repárese también en el final del aviso: "¿Toma las gotas en la comida?". Estas gotas no son otra cosa que la medicación para su esquizofrenia y conducta perturbada. Por lo tanto, definitivamente, se atribuye la siguiente cadena de efectos y causas: Conducta perturbada, debido a que no se toma la medicación que palie su enfermedad. Es decir, la expresión de su protesta se debe a su naturaleza perturbada, y no tanto a la situación o relación jurídica establecida, que, a lo sumo, puede considerarse como desencadenante. De cualquier modo, no estableceremos aquí una crítica antipsiquiátrica.

aquella residente no hubo por más que expresar su protesta y restituir su fuero perdido de modo tan singular, que -como quedó dicho, no lo es tanto-, haciéndose de vientre (defecando de pie y ensuciándose) "porque ha querido". En efecto, ha creado esta paciente otra situación, sustituta de la primitiva, en la que exige ser reparada. Ahora, aunque "no se le hace caso..., se le limpia". He aquí, por tanto, el uso consciente de los esfínteres (supuestamente perdido el autocontrol por la decrepitud), un autocontrol *perdido* que parece recuperarse, más allá del abandono (propio de la depresión mayor ligada a la ancianidad decrépita), y usufructuarse en sus beneficios secundarios: la limpieza y más aún, la restitución del fuero: y, por tanto, de la consciencia[23].

De hecho, el problema de la consciencia es un asunto jurídico o legal, y de adaptación normativa al nuevo estatuto orgánico-social de E.: su condición de demenciada le resta, por definición, el autogobierno; y su resistencia a perderlo le crea disputas y sanciones con la institución. Veámoslo en palabras de sus cuidadoras:

> "E. iba siempre a su aire, y, claro, cuando entras en una casa de éstas [se refiere a la residencia de ancianos], tienes que acatar las normas; y más [aún], se supone... (por lo menos, así, teníamos todas un referencia de que su cabeza la tenía bien, o sea, no es que estuviera demenciada, ni otra cosa parecida) [que], entonces, había que ir todavía... dándole a entender que tenía que acatar las normas; con una demenciada no le puedes dar a entender eso, aparte de que si está demenciada..., ya de por sí las acata, porque haces con ella lo que quieras hacer tú, ¿no?, con una demenciada[24]. Pero, con ella, no hubo manera" (Diario de campo, 3 de julio, pp. 2-3).

O en esta otra descripción:

> "Bueno, pues vino así..., muy deteriorada. Con el tiempo..., sin tardar mucho tiempo, se repuso..., incluso hubo una época de mejorarse [*sic*] que tuvo un temperamento majo, agradable...; estaba muy agradecida de nosotras, porque ella misma se dio cuenta de que se había recuperado, de que

[23] Tampoco nos vamos a detener en las distintas formas o grados de consciencia atribuida a los enfermos mentales o los demenciados. La conciencia pérfida (como la criminal) es una variante de consciencia dañada o perturbada, que también necesita tutela. De hecho, no existe ausencia de consciencia en ningún caso.

[24] De especial interés nos han parecido estos distingos: primero, a E. se le niega el estatuto de *demenciada*, porque se entiende que su actitud corresponde a su personalidad o carácter intrínseco, porque conserva la consciencia y la inteligencia, y, porque, finalmente, se advierte en su conducta mala fe, es decir, propósito (conservación de la voluntad); segundo, el carácter de *demenciado* distingue claramente a la persona así designada (sin ninguno de los atributos anteriores), siendo sumisa, apacible, manejable (cuando es sabido que las demencias son síndromes complicados en los que no está ausente la agresión, etc.). Se considera, pues, la ausencia de propositividad o voluntad en la persona demenciada como eximente o excluyente de la imputabilidad. Finalmente, aunque E. no pueda acogerse a este estatuto, se le recrimina por igual su falta de sumisión, como correspondería a su verdadero estatuto, el único que puede serle concedido: el de anciana y enferma que va perdiendo la voluntad.

estaba mejor de [*sic*] cuando vino; y ella misma nos manifestó: "¡Ay, cuántas gracias os tengo que dar! -dice-, porque *no era ni persona* [énfasis añadido] cuando vine aquí, porque ahora -dice- no soy ni conocida..., estoy muy contenta"[25] y tal... Eso, pues, fue una temporada..., digamos corta, un mes, no más allá. Pero ya..., empezó a coger ya..., pues eso, a no acatar las normas..., ya empezó pues con detalles pequeños, que después fueron a más grandes. Empezó con el aseo personal, que ya no quería..., no se dejaba... Eso es imprescindible acatarlo, el aseo personal diario, más el baño que hay a la semana..., tampoco, no acataba nada. Todo lo que sea aseo personal...; la ropa no la dejaba [para] que se la lavaran..., se la escondía y se la lavaba ella..., bueno, si se puede decir lavar..., porque ella..., pues no estaba como para lavar ropa, ni mucho menos..., pues hacía: meterla en el agua y sacarla. Entonces, claro, olía mucho[26], y eso conllevaba que tenías que hacer un seguimiento [ininteligible]. Tienes que hacer un seguimiento de obligarla a bañarse..., y, al obligarla a bañarse, pues ya empezó a..., pues que, cada vez que ibas a bañarla, con tres o cuatro personas, pegándote, y defendiéndose como podía..., pero, claro, había que bañarla porque olía muy mal [ininteligible]. Tiene problemas de lo que es la vejez normal, pero esto, ella no lo acataba. Y de esto ya pasó, pues, a poner problemas en el comedor. Que nada de lo que había para comer le parecía bien. Y hasta..., bueno, se le fue dando largas, largas..., pues para que no armara follones, pues para que a ver sí..., de alguna manera, se apaciguaba un poco..., adaptarse un poco a lo que ella quería comer; que, al final, se componía..., pues de sopa y huevos pasados por agua" (Diario de campo, 3 de julio, pp. 4-5).

En fin, es suficiente. Sin embargo, necesitaremos a continuación saber acerca de las intervenciones protésicas que la institución (como el mejor brazo de la acción social) adopta en estos casos.

[25] Estas palabras que pone la entrevistada en boca de E. vienen a ser ejemplo de la creencia, tanto de quien habla como de E. -en el caso de que fueran palabras literalmente ciertas, y no sólo atribuidas a E.-, de que al estatuto de la *anciana enferma* corresponden determinadas características que establezcan la relación social entre ella y sus cuidadoras. En efecto, la *vejez* y la *enfermedad* determinan un estatuto diferente, que, acaso, no pueda considerarse menguado, sino, simplemente, cambiado. Es menester un orden nuevo, una vinculación determinada entre la anciana enferma y sus cuidadores. Y si la anciana enferma no se comporta como tal, es decir, no asume el nuevo estatuto que se le concede, no puede ser re-conocida. Así, felizmente, E. comprendió en este texto, que, de no aceptar el nuevo orden que se le propone, las consecuencias son nefastas: *ni era persona, ni conocida.* Es ahora, cuando ingresa en la residencia y se recupera, cuando se le restituye un nuevo estatuto, y cuando, definitivamente, se *le reconoce* (como enferma anciana). Sin embargo, E., en lo sucesivo, se resistirá a este nuevo orden, entrando en conflicto permanente con la institución, la cual, por tanto, amparada en la legalidad, se mostrará beligerante y coactiva. Posteriormente hubo una intervención legal, retirándosele la tutela legalmente. Esta será la definitiva pérdida de la consciencia o el bien gobernarse de E., su pérdida legal, como también el hecho de que se le acumularan las cartas (del banco, de parientes) sin abrir ni contestar.

[26] He aquí el decoro y la presentación en público (recordemos los trabajos de Erving Goffman).

2. 4. Intervención socioeducativa para el control esfinteriano. Algunos ejemplos.

La exigencia social (externa si se quiere) para el autocontrol esfinteriano es muy consistente, como ya estamos viendo. En los casos límite, como en los niños institucionalizados o los ancianos decrépitos, que no ganan o pierden, respectivamente, este autocontrol corporal, se inicia la tutela delegada. Ahora bien, esta tutela no supone, sin más, la dejadez social de tales exigencias. Al contrario, se despliegan entonces baterías redobladas de "intervenciones", la más de las veces baldías (y aún diríamos que esto es así intencionadamente, para garantizar la persistencia de la tutela: un cadáver social difícilmente puede ser resucitado), y que, por lo común, son manipulaciones corporales muy agresivas. Esta agresividad, al igual que sucedió con el tratamiento de la histeria femenina, por cierto, indica el grado de preocupación social por esta necesidad de la interiorización del control esfinteriano: previene así la condición cadavérica de quien es un agónico social[27].

Leitenberg (1983: 91 y 113 ss.) recoge la investigación con niños retrasados e institucionalizados encaminada, eufemísticamente, al "entrenamiento de los hábitos de limpieza". Se parte, por cierto, de que estos niños tienen una mínima capacidad de aprendizaje psicomotor, pero suficiente para responder comedidamente a la canalización de sus impulsos. De hecho, la base teórica de estas intervenciones recuerdan una reducción típica de los mismos al estado primitivo o meramente impulsivo.

La vida en las instituciones viene marcada temporalmente por horarios de actividades cotidianas, entre las que destacan las higiénicas. Leitenberg escribe: "La práctica estándar en servicios custodiales, créase o no, era (y continúa siendo en muchas instituciones) hacer sentar en el orinal a todos los residentes, *en masa*, con arreglo a un horario establecido; así, por ejemplo, al despertar por la mañana, antes o después de las comidas y antes de acostarse. En otros momentos permanecían cerradas con llave las puertas del aseo. Los residentes que orinaban o defecaban en sus camas eran despertados periódicamente y enviados al aseo" (*ib.:* 113)[28]. En éstas,

[27] En la era de las prótesis, las operaciones estéticas y transexuales, los implantes y sistemas mecánico-plásticos sustitutos (corazón, etc.), las escarificaciones corporales, los ciborgs, el auge medicamentoso, etc., los tullidos, ancianos, etc. (antecedentemente *cibernéticos*) siguen estando al margen social. La postmodernidad no ha llegado a superar un mismo canon estético corporal (de juventud y quizá *trans*).

[28] Nótese la diferencia respecto al uso esfinteriano que hacía la paciente C., encaminado –ensuciándose a propósito- a restituir su fuero; mientras aquí se deja sucio a los niños para que

por tanto, se masifican las estrategias habituales en la familia; que consisten, básicamente, en sentar al niño en el orinal, con unos patrones temporales consistentes (p. ej., después de las comidas), elogiando al niño si evacua, recompensándolo o castigándolo si no lo hace o lo hace a deshoras y en sitios inapropiados[29]. Precisamente se dice de los niños institucionalizados que sus padres han dejado o fallado en la implantación de estos hábitos, lo que lleva, junto con otros criterios, a sospechar un desamparo (de consecuencias sociojurídicas que dan lugar a la institucionalización del menor así desamparado). En uno y otro caso, más agudamente en las instituciones, claro está, se emplean métodos correctores agresivos: dilación calculada entre el accidente urinario y el cambio de pañales (para que el niño *interiorice* el malestar o la incomodidad de *estar mojado* como consecuencia de su irresponsabilidad esfinteriana), reprimendas más o menos severas, castigos físicos, restricciones y deprivaciones (Leitenberg, *ib.:* 113). En casos posteriores, el tratamiento de la enuresis y la encopresis supone ejercicios de la musculatura pélvica (es decir, *entrenamiento*), medicación (ya una forma de tutela protésica), etc. (Cáceres, 1991).

En el caso de los ancianos institucionalizados ocurre otro tanto, más agresivamente si cabe por la concomitancia de infecciones, disfunciones y patologías crónicas de todo tipo, lo que supone operaciones quirúrgicas y farmacología (Salinas *et alii*, 1988; Chasco Parramón, 1996; García Morata *et alii*, 1991; Díaz Fernández *et alii*, 1994).

Tanto en la niñez disfuncional (enuresis-encopresis) como en la incontinencia en la decrepitud, se emplean artefactos sofisticados de manipulación corporal (directamente esfinteriana), lo que constituye una técnica diagnóstica invasiva (*cfr.* algunos aparatos en Salinas *et alii*, 1988), una intervención quirúrgica (Díaz Fernández *et alii*, 1994: 30-31) y farmacológica (p. ej., Reuss y Muñoz, 1996), o una ayuda muy ofensiva para hacer consciente el estado (de control) de los impulsos (eufemismo técnico de la musculatura afectada). En éste último caso, el tratamiento con aparatos de *biofeedback* permiten una suerte de bio-control ("Biocontrol de las funciones vitales…", 1994).

---

experimenten el desagrado y la necesidad de autolimpieza y autocontrol (la interiorización de la limpieza=pureza).

[29] Una cuestión de la que se es poco consciente, puesto que los padres siguen pautas culturales de socialización infantil consistentes con una tradición determinada. Los padres, por lo común, explican el control esfinteriano de sus hijos como si fuera un paso (evolutivo) adelante, con un simple "tiene lugar, sin más" (expresión tomada de Leitenberg, *ib.:* 113). Pero como veremos más tarde, incluso las técnicas de socialización, así como las médicas más agresivas, responden a una cultura o tradición cultural en el manejo del cuerpo y sus necesidades (*cfr.* Kardiner, *ib.,* que compara los Tanala con los isleños de las Marquesas, con disciplinas de evacuación diametralmente opuestas). Será sorprendente constatar cómo técnicas de psicología, como el condicionamiento, pueden documentarse en una literatura no exactamente *científica* (Pelechano, 1989; Feixas y Miró, 1995).

Concretamente: “El biocontrol es una técnica de entrenamiento que permite a un individuo alcanzar un cierto control voluntario sobre algunas funciones corporales autónomas” (*ib.:* 5). Como venimos insistiendo, esta técnica separa al hombre, cartesianamente, en dos: su basamento impulsivo y su voluntariedad de auto-control (lo que sanciona su consciencia y, por tanto, lo hace *hombre*). Cuando esto falla, ese hombre, venido a menos, o reducido a la animalidad *bondadosa* (por el contrario con la animalidad criminal), es sustituido (mejor dicho, su voluntad y consciencia) protésicamente. Estos artilugios (aparatos de biofeedback, etc.) *se apropian*, si así pudiéramos hablar, de la conciencia del individuo, lo que suponen una conciencia de aparato o mecánica, una apoyatura artificial que domestica los impulsos desatados, en términos foucaultianos; la que daremos en llamar, si se nos permite, una “conciencia ortopédica (o protésica)” de sustitución del autocontrol por un control extensible y externo (es la prevención del cadáver). Es en verdad, si no lo hace definitivamente, al menos un suplemento artificial del cerebro (bien sea dañado en el caso de los ancianos, bien sea inmaduro o patológico en el caso de los infantes). Un suplemento artificial que en el primer caso acaba por sustituir al cerebro por completo en los casos de agonía o enfermedades degenerativas y demenciales (Alzheimer, accidentes cerebrovasculares, etc.), comas irreversibles y en los cuidados paliativos. Tanto en el aparataje como en los cuidados paliativos e higiénicos, de asistencia sociopsicológica, familiar, etc. (Mittag, 1996; Sandrin *et alii*, 1992). En el caso de los niños, el inicio del currículo farmacológico (ironizamos, por supuesto), como otros problemas de desadaptación social (sobre todo en institucionalizados y niños con retraso orgánico) podría entenderse de modo equivalente, salvando la magnitud respecto al primer caso, que es mucha, dado que los infantes han de disciplinarse irremediablemente excepto en casos muy concretos.

2. 5. La in-continencia sexual.

Ya hemos vislumbrado que esta persistente y honda preocupación (lo que se demuestra en la tremenda agresividad de las técnicas manipulativas) por el control esfinteriano de niños, enfermos y ancianos decrépitos retrotrae al *problema* de la continencia sexual[30]. Antes de Freud, la sexualidad infantil era inexistente, negada,

[30] Como, por cierto, en el caso de la histeria, que no hará falta documentar.

pecaminosa y aberrante en todo caso; en la vejez también (González Felipe y Szurek Soler, 1991; Jiménez Herrero, 1995), de modo inverso. Una vez otorgada la sanción social de la adultez, donde el acceso a la sexualidad es admisible (bajo generales condiciones de "intimidad" y dentro de las relaciones familiares[31]), los ámbitos etarios previos (niñez) y posteriores (vejez) delimitan bio-socialmente los patrones conductuales pertinentes[32]. Es necesario pensar que la intimidad es nula en el caso de los niños (por lo general, y hasta la adolescencia al menos, no se guarda en las familias, menos aún en los hospitales, instituciones de acogida y hospicios, etc., donde, en todos los casos, se persigue), por su sola condición de infantes que, supuestamente, *no tienen* sexualidad o, mejor dicho, no les corresponde manifestarla ni desarrollarla, por lo que socialmente les es negada y vigilada (p. ej., el onanismo en los niños). En la senectud ocurre lo contrario, pero complementariamente (González Felipe y Szurek, 1991; Mongil, 1995): la sexualidad es negada, al darla por perdida (impotencia) o por inadecuada (hipersexualidad o manifestaciones sexuales no oportunas). La intimidad en esta etapa es puesta en cuarentena (Mongil, 1995), para permitir la manipulación médico-corporal (bajo el criterio de la vejez decrépita como enfermedad crónica) o el control institucional.

En realidad, el control esfinteriano es un subcaso de éste más general: la sexualidad[33]. No podemos sino recordar cómo la continencia en el orinar o el defecar, como en el de aventarse (por ejemplo viajando en un transporte, o estando en una convención social determinada) es una exigencia (no tanto clasista) que va más allá de la estimación en "el buen tono", puesto que es imprescindible para la consideración como persona apta o habilitada para su relación en sociedad, y que está sancionada

[31] Es decir, toda vez que se institucionalizan (en distintas edades y condiciones) las diferentes esferas sociofamiliares donde poder ejercer la sexualidad: masturbación, sexualidad en el noviazgo, sexualidad marital, sexualidad extramarital con amantes, esporádicas o mediante la institución de la prostitución, etc.

[32] Kaplan (1986: 158 ss.) dice que los periodos de latencia de la sexualidad infantil dependen, más que de procesos de autocontención o desarrollo evolutivo, de la prohibición (social y paterna) de la masturbación infantil. Como señalara Kardiner (*ib.:* 206), la masturbación es una técnica educativa de los adultos hacia los niños en ciertas culturas, masturbándolos para tranquilizarlos; algo espantoso en nuestra sociedad, claro está.

[33] No sólo porque atañe a los aparatos sexuales, sino porque además la suciedad de las excrecencias humanas contribuyen o están cercanas a la suciedad atribuida culturalmente a la sexualidad, y más en la ancianidad o la infancia. No será necesario recordar la vinculación de las etapas orales, anales y genitales.

con correlatos fisiológicos netos: algunas de estas demoras orgánicas producen estreñimiento (tratado, inversamente, con enemas)[34], infecciones, etc.[35]

De ahí que sea pertinente el análisis etnográfico (comparado) e histórico. En los manuales de "buen tono", p. ej. tan tardío como el de Oheim (1968), a "los mal educados" (p. 130) es preciso avergonzarlos con nuestra buenas maneras, o, sencillamente, dejar de tratarlos. El saber estar en la mesa, la higiene, etc., son aspectos que debemos cuidar. Específicamente, incluso tan tardíamente como 1968, este manual sentencia: "La limpieza corporal es el primer paso para la pureza del alma" (p. 51). Los ruidos son algo desagradable en la comida, etc., y la sexualidad, ni se menciona.

La historia del retrete es algo proverbial para lo que nos ocupa, aunque no podamos detenernos[36]. Uno de los signos de diferencia clasista es la higiene y la conducta de cortesía en la comensalía. Los hábitos rurales (aligerarse en el campo, o en letrinas), necesariamente, son distintos de los urbanos (el no lavarse las manos antes de comer, por ejemplo), la elegancia en los tipos de evacuación (invención del papel higiénico, la intimidad del retrete privado), etc. Actualmente, es notable observar las conductas machistas en relación con la higiene en el evacuatorio: puede constatarse cómo los hombres europeos y de otros lugares, que disponen de retretes privados de taza en sus hogares, suelen orinarse fuera de los mismos, ensuciándolo todo, al no poder fijar con precisión, desde su altura, el objetivo de su evacuación; las mujeres de la casa, por supuesto, protestan con razón, pues encuentran la taza manchada de orina (cuando no

[34] Las explicaciones técnicas sobre el estreñimiento son interesantes. Vera Guerrero y Fernández Santiago ("Tratamiento conductual del estreñimiento crónico", en Buceta y Bueno, 1990: 229), por ejemplo, citan, entre otros factores más o menos relevantes (fisiológicos y conductuales), "[l]a costumbre, bastante generalizada, de posponer la necesidad de evacuar si aparece en un momento *inoportuno*, ya sea porque estemos ocupados o porque no dispongamos de sanitarios adecuados". Y continúan: "Este retraso en la evacuación suele provocar, a la larga, la pérdida de los reflejos naturales de la defecación". La fisiología del sistema defecatorio "explica el hecho de que muchas personas, acostumbradas a ignorar e inhibir con demasiada frecuencia sus reflejos naturales de defecación acaben sufriendo estreñimiento".

[35] Sobre los cálculos biliares, es interesante el verso de Rafael Alberti recogido por Cela: "Piedras felices, que quien no las mea,/si es que no tiene retención de orina,/si es que no ha muerto, es que está ya expirado" (Cela, 1988, voz *meada*). Ambroise Paré (1987, cap. XV), en 1575, había estudiado las piedras producidas por el cuerpo, con un sentido muy sugestivo.

[36] La historia del retrete privado marcará la trayectoria de la higiene pública: John Harington en 1589 desarrollo el water closet (w. c.) de válvula; instalado en el palacio de Isabel I en Richmond. En 1668, el comisionado de policía parisiense ya dictaminó la instalación de inodoros en las casas, y en 1739 se dispuso la separación de los excusados para señoras y caballeros en actos públicos. En 1775 J. Cummins patentó un wc de cisterna, perfeccionado en 1778 por S. Prosse con válvula esférica. El acta de Salud Pública inglesa de 1848 obligó a instalar en todas las casas que se construyeran un servicio de excusado que, hacia 1890 ya había sido adoptado en toda Europa. En sus comienzos, y sobretodo a partir del retrete de porcelana, eran tazas decoradas al modo de la porcelana.

el suelo). Aparte de que el hombre se avenga o no a limpiarla, la cuestión se resolvería fácilmente: orinar sentado en la taza, a falta de un evacuatorio vertical, como el que suele haber en los baños masculinos de los bares o locales públicos, útiles para los hombres y no aptos para las mujeres, al ser evacuatorios elevados y cerrados con orejas. Pues bien, por lo común, la respuesta de los hombres al requerimiento de sus mujeres para que se sienten en la taza familiar es la negación: uno no puede sentarse, "porque eso [esa postura] es de mujeres"[37]. El margen estrecho en la identidad sexual (sentarse es cosas de mujeres y, por tanto, más que confundirse la virilidad con la mujer, se aproximaba a la homosexualidad) afecta al control esfinteriano en un sentido claro: no tanto en que se pueda o quiera controlar el impulso de evacuación, sino en cuanto a la exigencia social o formal de la evacuación y lo que supone para la identidad sexual: como marcador o indicador de hombría (identidad sexual) en este caso.

3. Conclusiones y problemas.

La historia puede aportar no sólo el relativismo comparado o histórico, sino que tiene una aplicación en el plano más duramente cognitivo y teórico de la ciencia: como método y fuente de localización y crítica de los modelos cognitivos o las metáforas y su potencia[38]. Pero, a partir de ello, sobre todo como método de análisis crítico[39]. El cuerpo como instinto-impulso saciable y demorado, la interiorización del mismo y el problema de la conciencia y el auto-control no pueden responder a ninguna realidad que no esté *representada* (Locke, 1997: cap. 2) bajo modelos cognitivos muy discutibles (y quizá poco discutidos). El análisis metafórico de Draaisma (1998) es un buen ejemplo de la comparación de modelos metafóricos sobre la descripción de la mente y la memoria, y podría dar las pautas para un cotejo de la potencialidad diferencial de unas y otras teorías y su instrumentación.

---

[37] Tal esa así que en una convención de inventos en España (en 2005) se presentó un evacuatorio exclusivo para hombres que, siendo elevado y con orejas, pudiera instalarse fácilmente en el hogar (sus medidas eran muy reducidas, muy estrecho). De tal manera que los inventores, un hombre y una mujer, ambos jóvenes, explicaban que al situarse el hombre entre el estrecho evacuatorio, "al tenerlo entre sus piernas", podría orinar de pie sin marchar. Y, a continuación, sus inventores afirmaban que este invento *arreglaría* muchas *discusiones de pareja* y, por tanto, muchos *matrimonios*.

[38] R. Koselleck, por ejemplo, y aunque en otro contexto (de teorización historiográfica), dirá: "He de advertir que, como historiador, no soy capaz de realizar afirmaciones fundamentadas física o biológicamente. Me muevo más bien en el ámbito de las metáforas" (2001: 35).

[39] No tenemos más que recordar cómo Freud, ejemplo muy pertinente para este caso, usó indiscriminadamente de recursos históricos como modelos de interpretación (Edipo, etc.).

De hecho, la concepción occidental del cuerpo como susceptible de patología y desgaste (lo que asumiría la noción de *errores* de la naturaleza, como si ésta pudiera errar, por volición o falta de ella, como yerra un hombre), al trasladarla al concepto de "disfunción" (y su opuesto descriptivo: "funcionalidad orgánica"), cobra otro sentido diferente: la funcionalidad o la disfuncionalidad remiten siempre a lo social, a la adecuación o la inadecuación. Ya vimos las escalas de evaluación funcional, donde los órganos deben satisfacer un estándar de (buena) vida, el criterio de *lo salubre*.

No vamos a ensayar aquí una historia de las prácticas psicológicas y psiquiátricas, por lo demás conocidas desde antiguo (Laín Entralgo, 1987; Feixas y Miró, 1995: cap. 2; y Pelechano, 1989: 270 ss.). Pero sí cabe recordar que las sofisticadas estratagemas y artefactos, como antes las teorías explicativas (más bien justificativas de estas prácticas), se han de plegar a tradiciones científicas y populares muy concretas, y cuyo estudio permite des-naturalizar este estado de cosas y necesidades.

Ahora bien, acabamos por encontrar un problema epistemológico adscrito a las ciencias sociales y humanas cuando se proponen estudiar aspectos de posible separación (disciplinara) *biológica* (Latour y Woolgar, 1995). Lévi-Strauss, a partir del problema del incesto como quicio entre lo natural y lo cultural, lo resolvió por medio del estructuaralismo como dispositivo cognitivo general. No podemos limitarnos a criticar la teoría del impulso y la necesidad como metáfora científica. Porque nosotros también hacemos la crítica desde una metáfora de base. La metáfora de la que partimos, de índole temporal-histórica es la del curso de la vida y la del gobierno (aunque en sentido crítico), la del ritual de paso, la de la muerte social (un pseudobiologicismo) y el *poder* (nuestro auto-gobierno) de manipulación técnica sobre el cuerpo (la enajenación marxiana y, por tanto, economicista del cuerpo vivo, y muerto, su reificación como substancia manipulable, y los usos y discursos de esta manipulación en términos foucaultianos). La vida como mojones e hitos, la misma que la psicología evolutiva, aunque quizá menos economicista y mecanicista. Pero precisamente esa es la cuestión que puede aportar la historia y la antropología: la búsqueda del relativismo temporal y cultural permitirá comparar modelos metafóricos y calibrar su potencia cognitiva e instrumental[40]. Dicho de otra manera: no sólo hay que ir a lo profundo de las selvas tropicales como botánicos para descubrir sustancias de potencia farmacológica para la

[40] Nosotros ya apuntamos la comparación de la explicación hegemónica (en base al modelo capitalista y de la información) de la teoría celular con el intento explicativo de la misma desde perspectivas marxianas (por los científicos soviéticos) (Martínez Magdalena, 2002 b).

aplicación médica; al mismo tiempo, será necesario explorar metáforas cognitivas distintas (de otras culturas, de otras épocas y contextos) sobre la concepción del cuerpo y su manipulación, evaluando su potencia teórica e instrumental.

Bibliografía.

Ariès, Ph. (1982). *La muerte en Occidente.* Argos-Vergara, Barcelona.

Ariès, Ph. (1983). *El hombre ante la muerte.* Taurus, Madrid.

Aróstegui, J. (2004). *La historia vivida. Sobre la historia del presente.* Alianza, Madrid.

Bajtin, M. (1995). *La cultura popular en la Edad Media y en el Renacimiento. El contexto de François Rabelais.* Alianza, Madrid.

"Biocontrol de las funciones vitales: de las cefaleas a la incontinencia". Monográfico en *GERpress*, nº. 17, marzo de 1994.

Brown, P. (1993). *El cuerpo y la sociedad. Los hombres, las mujeres y la renuncia sexual en el cristanismo primitivo.* Muchnik, Barcelona.

Buceta, J. Mª., y Bueno, A. Mª. (1990). *Modificación de conducta y salud. Perspectivas actuales en la aplicación de tratamientos de psicología.* Eudema, Madrid.

Cáceres, J. (1991). *Cómo ayudar a su hijo si se hace pis en la cama.* Siglo XXI, Madrid.

Callabed, J. (1997). "Alteraciones de la eliminación: enuresis, estreñimiento, encopresis". En: J. Callabed *et alii* (eds.). *Las enfermedades psicosomáticas y su relación con la familia y la escuela.* Laertes, Barcelona, pp. 101-105.

Campillo, D. (1993). *Paleopatología. Los primeros vestigios de la enfermedad.* Fundación Uriach 1838, Barcelona. 2 vols.

Casas Gaspar, E. (s. f.). *El origen del pudor.* Madrid (Mimeo).

Cela, C. J. (1988). *Diccionario del erotismo.* Grijalbo, Barcelona, 2 vols.

Corbin, A. (2002). *El perfume o el miasma. El olfato y lo imaginario social. Siglos XVIII y XIX.* FCE, México.

Cruz Roja (España) (1991). *Salud para la Tercer Edad. Guía del formador*. Madrid.

Chasco Parramón, C. (1996). "Estreñimiento e incontinencia". En: *Geriátrika. Rev. Iberoamericana de Geriatría y Gerontología*, 12 (5), pp. 250-251.

Díaz Fernández, O., *et alii* (1994). "La incontinencia fecal: causa y alternativas de tratamiento". En: *Geriátrika. Rev. Iberoamericana de Geriatría y Gerontología*, 10 (3), pp. 114-121.

Draaisma, D. (1998). *Las metáforas de la memoria. Una historia de la mente.* Alianza, Madrid.

Feixas, G., y Miró, Mª. T. (1995). *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos.* Paidós, Barcelona.

García Morata, F., *et alii* (1991). "Patología urológica en el enfermo geriátrico". En: *Geriátrika. Rev. Iberoamericana de Geriatría y Gerontología*, 7 (5), pp. 203-217.

González Felipe, M. A., y Szurek Soler, S. (1991). "Negación de la sexualidad en la Tercer Edad". En: *Geriátrika. Rev. Iberoamericana de Geriatría y Gerontología,* 7 (4), pp. 184-189.

Guyton, A. C. (1989). *Anatomía y fisiología del sistema nervioso. Neurociencia básica.* Ed. Médica Panamericana, Buenos Aires.

Hurlock, E. B. (1988). *Desarrollo del niño.* McGraw Hill, México.

Instituto Nacional de Servicios Sociales (1994). *La persona mayor. Guía aplicada de evaluación psicológica.* INSERSO, Madrid.

Jiménez Herrero, F. (1995). "Sexualidad en muy viejos". En: *Rev. Esp. De Geriatría y Gerontología*, NM (2), pp. 57-63.

Jos Pérez, E. (1950). *Ciencia y osadía sobre Lope de Aguirre.* El Peregrino, Sevilla.

Kaplan, H. S. (1986). *La nueva terapia sexual. I. Tratamiento activo de las disfunciones sexuales.* Alianza, Madrid.

Kardiner, A. (1945). *El individuo y su sociedad.* FCE, México.

Khosravi, M. (1995). *Convivir con un enfermo de Alzheimer. Guía de ayuda para familiares y cuidadores.* Temas de hoy, Madrid.

Koselleck, R. (2001). *Los estratos del tiempo: estudios sobre la historia.* Paidós, Barcelona.

Laín Entralgo, P. (1987) *La curación por la palabra en la Antigüedad clásica.* Anthropos, Barcelona.

Latour, B., y Woolgar, S. (1995). *La vida en el laboratorio. La construcción de los hechos científicos.* Alianza, Madrid.

Leitenberg, H. (1983). *Modificación y terapia de conducta. Infancia y juventud. Aplicaciones generales.* Morata, Madrid. Tomo II.

Locke, D. (1997). *La ciencia como escritura.* Frónesis-Cátedra-U. de Valencia, Madrid.

López Mongil, R. (1995). "Intimidad y sexualidad en los cuidados de larga estancia". En: *Rev. Esp. Geriatría y Gerontología*, NM 2, pp. 33-42.

Martínez Magdalena, S. (1997 a). *La muerte figurada. Advertencias para la instrucción de una antropología en torno a la desdicha del anciano, enfermo y moribundo.* UNED-Madrid.

Martínez Magdalena, S. (1997 b). *El visitador del pobre y preso moribundo. Advertencias sobre la intención antropológica en la inquisición de la identidad biográfica.* UNED-Madrid.

Martínez Magdalena, S. (1997 c). *Anotaciones a la vida breve de Maximino Iturbe en sus años finales, contada por él mismo.* UNED-Madrid.

Martínez Magdalena, S. (2002 a). "Robar, hurtar, coger, encontrarse, tomar prestado, el rastro, la feria y la oficina de objetos perdidos. A propósito de la diversidad normativa y su pertinencia en la educación institucional". *IX Congreso Nacional de Antropología, FAAEE, Barcelona, julio de 2002.* Simposio 9: Multiculturalidad, inmigración y políticas educativas: de flexibilidades, permeabilidades y resistencias (Actas en CD).

Martínez Magdalena, S. (2002 b). "Enfermedad, alteridad y metáfora bélica. Recursos cognoscitivos y didácticos en la concepción corporal humana". *IX Congreso Nacional de Antropología, FAAEE, Barcelona, julio de 2002.* Simposio 6: Cultura, poder y salud (Actas en CD).

Mittag, O. (1996). *Asistencia práctica para enfermos terminales. Consejos para la familia y para la hospitalización.* Herder, Barcelona.

Morin, E. (1974). *El hombre y la muerte.* Kairós, Barcelona.

Oheim, G. (1968). *Tu vida social.* Daimon, Madrid-Barcelona-México.

Paré, A. (1575 [1987]). *Monstruos y prodigios.* Siruela, Madrid.

Pelechano, V. (1989). "Ejes de referencia y una propuesta temática [en Psicología de la Personalidad]". En: E. Ibáñez y V. Pelechano. *Personalidad*. Tomo correspondiente al *Manual de Psicología General* de Mayor y Pinillos (eds.). Alhambra, Madrid, pp. 265-329.

Reuss Fernández, J. M., y Muñoz, S. (1996). "Proyecto Stop-in. Estudio sobre la eficacia y tolerancia de flavoxato en la Incontinencia urinaria por vejiga inestable en pacientes ancianos en Centros de larga estancia". En: *Residential*, 3, enero de 1996, pp. 13-20.

Salinas, J., *et alii* (1988). "Valoración urodinámica de la incontinencia en la vejez". En: *Rev. Espa. Geriatría y Gerontología*, 23 (5), pp. 283-285.

Sandrin, L., *et alii* (1992). *Comprender y ayudar al enfermo. Elementos de psicología, sociología y relación de ayuda.* Eds. Paulinas, Madrid.

Simón, M. Á. (1993). *Psicología de la salud. Aplicaciones clínicas y estrategias de intervención.* Pirámide, Madrid.

Smith, A. (1759 [1997]). *La teoría de los sentimientos morales.* Alianza, Madrid.

Thomas, L.-V. (1989). *El cadáver. De la biología a la antropología.* F. C. E., México.

Thomas, L.-V. (1983). *Antropología de la muerte.* F. C. E., México.

Thompson, C. J. S. (1955). *La curación por la magia.* Ed. AHR, Barcelona.

Vallejo Pareja, M. Á., *et alii* (1997). *Modificación de conducta: análisis de casos.* TEA, Madrid.

Vovelle, M. (1983). *La mort et l'Occident de 1300 à nos jours.* Gallimard, Paris.

Zulaika Calvo, B., y Gómez Castillo, D. (1990). "La enfermedad como modo de expresión en los ancianos: apuntes desde una teoría de la comunicación y la medicina psicosomática". *Geriátrika. Rev. Iberoamericana de Geriatría y Gerontología*, vol. 6, nº. 8, 1990, pp. 54-59.