

# Autonomía y cuerpo objetivado en grandes instituciones: Dispositivos de interiorización del control esfinteriano infantil y su externalización sobrevenida en la decrepitud

Santiago Martínez-Magdalena

ISSN 1699-437X | Año 2014, Volumen 10, Número 4 (Noviembre)

**Resumen:** Uno de los criterios fundamentales en la designación y administración social de los inmaduros (niños) y relegados (ancianos) es la insuficiente "autonomía personal"; la cual se basa, entre otros mecanismos, en una "funcionalidad anátomo-fisiológica" competente en las exigencias sociales cotidianas, que se pone en entredicho en la inmadurez infantil o la deficiencia cognitiva senil. En ambos extremos (infancia y vejez) la tutela está delegada, por "no nacimiento social" o "muerte social". Comparamos la necesidad del control esfinteriano en la socialización infantil en sujetos institucionalizados con la necesidad sobrevenida del control esfinteriano en ancianos institucionalizados.

**Palabras clave:** Etnografía de grandes instituciones - Infancia - Ancianidad - Control de esfínteres - Autonomía

**Abstract:** One of the key criteria for the designation and management of the socially immature (Children) and the relegated (Elderly) is inadequate "personal autonomy". This is based, among other mechanisms on "physiological functional autonomy" which is put under question both during infant immaturity and senile cognitive impairment. At both ends (Children and Elderly) guardianship is delegated, as "not-social birth" or "social death". We compare the need for sphincter control in Childhood socialization in institutionalized subjects with the arisen need for sphincter control in institutionalized Elderly.

**Keywords:** Ethnography of large institutions - Childhood - Old Age - Sphincter control - Autonomy

## Sobre el autor y contacto

Santiago Martínez-Magdalena  
Universidad de Murcia  
Departamento de Filosofía, Área de Antropología Social  
Campus de Espinardo Edificio Luis Vives  
30100-Murcia  
correo-e: [santiago.magdalena@um.es](mailto:santiago.magdalena@um.es)

## Cita del artículo

Martínez, S. (2014). Autonomía y cuerpo objetivado en grandes instituciones: Dispositivos de interiorización del control esfinteriano infantil y su externalización sobrevenida en la decrepitud. *Papeles de Trabajo sobre Cultura, Educación y Desarrollo Humano*, 10 (4), 1-23. [http://www.uam.es/otros/ptcedh/2014v10\\_pdf/v10n4esp.pdf](http://www.uam.es/otros/ptcedh/2014v10_pdf/v10n4esp.pdf).

## INTRODUCCIÓN

Francisco Ayala escribe en 1981 un *Nostálgico recuerdo del gorro de dormir, la bacina y la bolsa de agua caliente*, parte de las admoniciones de un nuevo filósofo rancio, dando noticia de algunas tradiciones que vinieron a solventar las urgencias que nos van a ocupar en lo sucesivo (Ayala, 1993, pp. 1236-1237):

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 trasladarme, 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 recapacité 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 las 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.

Un espacio doméstico que supone la resolución civilizatoria (Elías, 1989) de estas incomodidades que interpelan al sujeto y comprometen al cuerpo en situación, instituido: pues la evacuación remite a la intimidad, y ésta permite aquélla. La disposición de (el tener a la mano) dispositivos anexos al cuerpo que faciliten su tracto sin molestar mucho la comodidad, nos trae a un apresto mayor: la institución, que objetiviza los cuerpos por medio de sus dispositivos de regulación funcional. Y que trae al sujeto, comparativamente en el ciclo vital, desde el proceso civilizatorio en la niñez al descivilizatorio en la ancianidad decrepita. Se ha querido ampliar la perspectiva civilizatoria de Nöbert Elías (1989) con procesos igualmente descivilizatorios (García Martínez, 2006), lo que, en el proceso general de individuación/desindividuación, caro al modelo liberal (Zabludovsky, 2011), puede verse en la comparación del control esfinteriano en la infancia y su pérdida en la vejez.

Entendemos por dispositivo un procedimiento o artefacto disciplinario, un saber instrumental, un recurso de dominación (mirada, examen y acción normalizadora) que proporciona un espacio organizado y que compromete al cuerpo en su práctica (sujeto, objeto e instrumento) bajo un discurso determinado (cf. Moro Abadía, 2003; Velasco, 2007). El examen "objetiviza" al individuo atendiendo a una relación de parámetros clasificatorios (normativización) y sumergiéndolo en un "campo documental" que individualiza, hace "caso" (clínico y social), y cuyos modos de subjetivación pueden ser resistentes (Moro Abadía, 2003, pp. 36-37). El dispositivo produce subjetivaciones (fabrica "sujetos" encarnados) y por ende es también una "máquina de gobierno", funcionando como un espacio vacío entre dos polos: soberanía y gobierno, cuya estrategia se resuelve en la captura de la vida articulando el poder político-estatal y el económico-de-gestión (Agamben, 2011, p. 9). El cuerpo se estaría objetivizando por medio de sus extensiones tecnológicas producto de la mirada médica interna (Ortega, 2010), antes por sus representaciones e intervenciones ideológicas (tecnologías yoicas), y coevolutivamente en la filogenia. Estos dispositivos no sólo se muestran como instrumentos de uso (en nuestro caso los útiles domésticos, las prótesis e instrumentos higiénicos y médicos), sino que se amplían como grandes dispositivos encadenando planificaciones e ideologías, recursos, personal profesional, espacios de reclusión y disciplina panóptica, etc. La institución podría englobar, como gran artefacto, los dispositivos precisos para el dominio así legitimado sobre las poblaciones (Foucault, 2005, pp. 141-169). Krassoievitch (1993) considera los hogares de ancianos como "instituciones de confinamiento" (destierro) en las que estarían reclusos bajo supervisión médica (instalados en el eufemismo del "bienestar" técnico, de familia/institución sustitutoria y supletoria, añadiríamos

nosotros) para gestionar su muerte, es decir, su no incorporación ni rehabilitación definitiva a la sociedad, a diferencia de otras instituciones (de menores, etc.). Autoras como Bareyns (1993) insisten en integrar a los ancianos dentro de las instituciones de reclusión, siguiendo a Foucault y Goffman (cf. Martínez Carrasco y Vargas Llovera, 1993). Dubet (2006), por otro lado, se refiere al “programa institucional” como modo particular de socialización en el trabajo sobre los otros; un trabajo que, precisamente por profesional, viene articulado en la “vocación” del trabajador social que procura la “conversión” del paciente intervenido, mediante mecanismos o dispositivos como el apartamiento extraterritorial (confinamiento), que persigue la autonomía disciplinada por el “control de sí” moderno (interiorización de la vigilancia). Nos referimos a la modificación de hábitos del “intervenido”, que aunque mantiene el “pesar” de su cuerpo, que lo sustantiva, se doblega a la autoridad hospitalaria por cesión de su raciocinio escaso o imperfecto, externalizándose en un dispositivo cuando fracasa el autocontrol. Hay aquí una teoría política del administrado-administrador, que traslada el “agente” al “paciente”. La tarea profesional, evidentemente, está inserta no sólo en la disciplina de formación y los protocolos de cada institución como agencia de normalización, sino que todo ello responde al “sentido del orden” vital, en ayuda de lo que se da (biológica, madurativamente) y se espera (socialmente).

Dispositivo e institución que se hacen imprescindibles en situaciones vitales de extrema necesidad, cuando el control sobre los músculos o no se instaura o se pierde irremisiblemente. La ayuda externalizada, la sobrecorrección, la tecnificación del socorro, la atención o el cuidado, hacen de la institución un sistema experto (Giddens, 1994, p. 37; Velasco *et al*; 2006). Siempre sobre un cuerpo problematizado: objeto, sujeto e instrumento (Velasco, 2007). Un asunto viejo, nunca suficiente ni tampoco bien resuelto, que hace más complejo un simple añadido socio-antropológico a temas propios de una biología paradójica en la intervención médica: donde no llegan éstos resuelven los primeros. Es decir, donde la explicación médica es insuficiente o insatisfactoria, entran las explicaciones socioculturales como argumento complementario o sumativo, apenas contradictorio. Si estas tensiones son palpables en la socialización primaria, entendiendo no sólo la familia como tal, sino la construcción de la individualidad entre persona jurídica, sujeto afectivo e integridad corporal viable, cuánto más en instituciones secundarias, totales y especializadas, que comprometen, como decimos, esencialmente, al cuerpo como gozne sobre el que pivotan y se ejercen las relaciones sociales (cf. Kardiner, 1945). Este cuerpo viable que, concediéndole entidad analítica, actúa como materia sobre la que trabaja lo social. De ahí que se pueda hacer de él, un molde negativo. Podemos explorar entonces la antropología, el concepto de humanidad, que está a su base, y cómo se articula e hiperespecializa (se muscula), por decir así, en grandes instituciones, totales, de manera comparada (Bareyns, 1992 y 1993; Martínez Carrasco y Vargas Llovera, 1993; Ariza Segovia, 1993); en los cuales observar tanto las disciplinas de interiorización del control fisiológico en menores con demora (deficitarios) como la exteriorización mecánica, asistida, de las funciones fisiológicas en ancianos con premura (decréptos). 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. Díaz Curiel y Marti Felipe (1991, p. 64), siguiendo a Anna Freud, relacionan dos ámbitos fundamentales en las primeras etapas mediante una metáfora corpórea consabida: “Durante... la etapa anal es importante la conexión que se establece entre las normas para el control de esfínteres y las conductas del comer, asociando el niño internamente la acción de llenarse por la boca y vaciarse mediante los excrementos así como entre los distintos orificios orales y expulsivos”. En estos dos extremos del itinerario vital, podemos comprobar cómo el control externo que lleva al autocontrol interno en la infancia, y, al contrario, la pérdida del autocontrol interno y la necesidad sobrevenida del auxilio exterior en la vejez, están concebidos como separadores funcionales (lo que pasa por presencia orgánica: es decir, cuerpo vivo) de una larga etapa vital, la adultez, donde al hombre se le concede responsabilidad o imputabilidad a partir de la integridad física y por ende su capacidad productiva. La infancia y la vejez decrepita serán así dos márgenes orgánicos instituidos que delimitan la pérdida del bien gobernarse en la vida, la pérdida de una conciencia de obrar que se otorga o resta; y, por tanto, la necesidad de externalización de las funciones fisiológicas, lo que señala el espacio de tutela social. La conciencia como tecnología, no sólo en relación con la memoria, sus extensiones artefactuales y deficiencias, o en relación con la definición de persona/personalidad en la senilidad, revierte a la noción de “autonomía”, tan cara a la tradición occidental liberal (Dubet, 2006), y en especial a la de “control/autocontrol” que se objetiviza en grandes instituciones (Bareyns, 1993) y sus externalizaciones corporales y sociales. Es clásica la propuesta de G. Allport (1937) sobre la *functional autonomy* frente a las tesis instintivistas de McDougall y Freud: la motivación sería independiente de la pulsión original, convertida en interés personal, persistiendo el hábito después de la

desaparición del incentivo (en Harré y Lamb, 1992, voz “Autonomía funcional”). Gratiot-Alphandéry y Zazzo (1975, p. 246), a propósito del control esfintérico, reducen el instinto natural al placer del ejercicio en el control voluntario. Ciertamente, la “autonomía” dota de personalidad, hace persona, por la intencionalidad que requiere y permite, donde el hábito se transmuta o funciona en lugar de o como instinto; su artificio procedimental se conformará, de todas formas, como “dispositivo” por su artefactualidad y relacionalidad, tanto en las posiciones de Allport como en el postulado de la fase anal y el mundo externo freudiano. Si la autonomía se basa en una “funcionalidad anatomofisiológica” competente en las exigencias sociales cotidianas, puesta en entredicho en la inmadurez infantil o la deficiencia senil, parece definida entonces con arreglo a una serie pautada de conductas que solventen las demandas relacionales, comunicativas, en el contexto social. Una secuencia de procedimientos o maneras concretas, consignadas, de obrar. Es decir, la autonomía es un procedimiento, no un proceso natural: requiere la coordinación anatomofisiológica del individuo en un contexto que lo define como funcional.

Exploraremos estas categorías analíticas comparando casos-de-instituciones donde se dan casos-sujetos, considerado que estas instancias sociales productoras son instituciones de acogida o internamiento de niños desestructurados (Martínez Magdalena, 2002, 2007) o ancianos decrepitos (enfermos crónicos, inválidos, demenciados, etc.) (Martínez Magdalena, 1997 y 2000). Estos extremos (sujetos institucionalizados y problemáticos o gravosos) nos son convenientes por cuanto hacen más explícita esta demarcación (donde falla la “persona” suple el cuerpo externalizado/institución), además de que las instituciones, en su sentido “total” (como quieren Mauss, Goffman o Foucault) y como topos, recogen estos problemas en una perspectiva genealógica (histórica, del origen de las instituciones asilares; la doctrina y la terapéutica; el cuerpo profesional; la práctica clínica y moral, etc.), exhibiendo manipulaciones corporales y externalidades técnicas bien documentadas. Es de notar la persistente redundancia al separar “persona” de “institución” (secundaria), como si la primera no fuera ya una institución histórica (Fontúrbel y Barriga, 2009), un artificio conceptual y operativo (jurídico). Todo un ensamblaje entre instituciones, aunque de diverso tipo, como la misma Infancia (DeMause, 1982) o la Ancianidad (Fericgla, 1992).

Partimos de la idea, entre estructura y agencia, de que la Institución (infantil o geriátrica) crea “casos sociales y clínicos” (I>C) mediante procedimientos complejos de rotulación y manejo terapéutico sancionadas por la ciencia y la disciplina de la organización interna; aquí se abre un espacio habitacional para los “internos” (I>i), quienes construyen subjetividades “a su pesar”, en tanto “internos”, pero practicables. La Institución, sin embargo, se nutre de (se funda en lo social con) personas previas estigmatizadas (P>E>I), que pasan a ser internas (P>E>I>C=i)<sup>1</sup>. Puesto que estos espacios son “habitables” aún, a pesar de la coacción o el muro, habilitan subjetividades (I<i), que dan sentido a la Institución, justificándola. Entre la microsociología de Goffman, la teoría represora psicoanalítica y la productiva de Foucault, podemos comprender que el “niño-institucionalizado” es un individuo estigmatizado, previo pero trabajado, un cuerpo-sujeto, que ya viene “de algún lugar” (con una socialización que se quiere “fallida”: su familia des-estructurada), y que se resignifica en la institución de acogida en la disciplina contra-familiar, un espacio resocializador que combate la socialización de origen, pero que merced a la imposibilidad panóptica efectiva o absoluta, o con ella, proporciona respiraderos clandestino o resistentes, provocando ambos productos espacios de subjetivización mixta. En este proceso, el niño institucionalizado es un cuerpo-sujeto-sujeto. En el caso de los ancianatos, el anciano previo viene de algún otro lugar bien disciplinado como adulto (sujeto-cuerpo) pero con una fuerza decadente, vaciándose como persona y perdiendo subjetivación hasta convertirse en un exceso corporal necesitado de asistencia: sujeto-cuerpo-cuerpo. Hay una ganancia de sujeto en el primer caso y una pérdida del mismo en el segundo.

## **SOCIALIZACIÓN Y DEJACIÓN ORGÁNICAS: ADQUISICIÓN INFANTIL Y PÉRDIDA SENIL DEL CONTROL ESFINTERIANO**

Así pues, uno de los criterios fundamentales en la designación y administración social de los inmaduros (niños) y relegados (ancianos) es la insuficiente “autonomía personal”, la cual se basa, entre otros mecanismos, en la “autonomía fisiológica” y funcional. Fontúrbel y Barriga (2009) destacan la “autonomía fisiológica” como característica del “individuo biológico”. Posee, no obstante, un claro valor social, que compromete especialmente la contención urinaria (Eisenhandler, 2008). Un recurso que otorga al “cuerpo” un estatuto social objetivado por dispositivos que hacen de soporte externo a estos “casos”; cuya inadaptación problemática, la del cuerpo inepto,

es sancionada por disciplinas, entidades de asistencia y discursos psicológicos, psiquiátricos, sociales, que la consignan así (Martínez Magdalena, 2002 y 2007), con consecuencias jurídicas claras, lo que constituye bien un retraso madurativo, bien una “muerte social” en los dos extremos (infancia y vejez).

Es en esta relacionalidad además, con el cuerpo como mediador, donde se produce la consecuencia tutelar. Aparecen aquí por tanto los agentes socializados y socializadores, estableciendo obligaciones y creando sujetos reactivos y proactivos (activos por interiorización); o, en el caso de la edad propecta, sujetos que pierden la capacidad de respuesta y reciprocidad ante agentes sustentadores. Janin (2008, p. 44), sobre la infancia, dice: “El niño supone que el control esfinteriano es una arbitrariedad de la madre, mientras que ella está aplicando una norma colectiva, que posibilitará al niño la inserción en un mundo social”. En las instituciones, la madre es sustituida por la física social. En los procedimientos vitales es posible discernir la funcionalidad biológica sobre la que se soporta la entidad socio-jurídica que permite sancionar socialmente este proceder mediante un discurso experto que lo naturaliza ideológicamente. Los dos ejemplos que citamos permiten compararlo: 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, ligado al vestido y el decoro, así en Kardiner, 1945, p. 46) en el caso del niño que alcanza la madurez. Aunque la enuresis y la encopresis se dé también en niños no institucionalizados, éstos requieren intervenciones técnicas que objetivan el control externalizándolo (instituyéndolo), y en ciertas condiciones pueden pasar a ser considerados niños problemáticos o con retrasos de maduración. En el caso de los niños en centros de acogida (Ariza Segovia, 1993), la no adquisición del control esfinteriano será tomada como un síntoma más de su inadecuación personal, de su inmadurez; lo que exigirá delegar el control en la institución, negando o sustituyendo a los padres biológicos, precisamente por cuanto será una prueba, entre otras, de una socialización insuficiente.

### **La socialización del impulso**

La socialización es un esfuerzo sostenido a lo largo de la vida, que principia con el apoyo externalizado del entrenamiento esfinteriano, en un contexto higiénico determinado (el aseo) que confiere identidad (intimidad y decoro), y que supone una tecnología a la que se accede mediante una disciplina con un aparataje auxiliar para la musculación<sup>2</sup>; y que, tras largos años de autonomía funcional (e identidad adulta), acaba en la dejación o la imposibilidad que devuelve al sujeto a la condición originaria de dependiente. Podemos oscilar explicativamente entre la conjetura de que la colectividad ejerce, fundacionalmente, violencia sobre el individuo (al modo de Durkheim), o que el sostén inter-psíquico proporciona mediaciones materiales y signos para la interiorización (con Vigotski), disponiendo de todas formas de cuerpos habilitados (individuos-personas) y por medio de mecanismos sociotécnicos que los modelan y les confieren identidad y estatuto personal en cuanto sean capaces de controlar sus impulsos (una cierta autonomía reconocida pero prestada), con el fin de satisfacer sus necesidades con demora y bajo maneras, tiempos y en espacios adecuados para estos menesteres (Kardiner, 1945, pp. 46ss.). Podemos pensar que, efectivamente, la socialización no es estrictamente coercitiva, ni siempre lo es. Por esa razón hemos preferido atenuar la forma de hablar relativa a términos como “injerencia” sociocultural y similares amparándonos en que estas violencias son siempre fundacionales, es decir, previas: que inauguran o preforman un estado de cosas naturalizadas que hace humanidad en el proceso civilizatorio (Elías, 1989), o que trabajan la interioridad desde afuera en la tradición vigotskiana (Vigotski, 1979). Más allá del concepto de impulso-signo, queremos comprender cómo los individuos están ensamblados como “sujetos”, producidos por y con los dispositivos, en los resultados institucionales. La teoría del ensamblaje humano (biotecnológico) incluso desde la filogénesis, que concibe el proceso de hominización como humanización cognitivo-instrumental, donde la técnica es un constituyente antropológico, ha sido tratada por Simondon o Stiegler (Sei, 2004; Vaccari, 2010), y bien puede comprender las teorías de Elías y de Vigotski como tecnologías socio-yoicas incorporando normas-agentes socializadores-individuación como gran artefacto ensamblado donde la institución asume las dos entidades primeras de esa ecuación. Las explicaciones psicodinámicas bien podrían conceptualizarse en este sentido. Como cuando Janin (2008, pp. 47-48) establece la relación siguiente:

La ampolla rectal asegura, mediante una estasis temporaria, la retención de las heces, con expulsión posterior por dilatación del esfínter. El control esfinteriano presupone una oposición al puro empuje

pulsional, una posibilidad de transacción entre la necesidad y la cultura. Y el control del esfínter anal, en particular, marca las condiciones de la apertura o el cierre a la admisión del objeto, de lo propio-extraño, de su conservación y expulsión. El control de esfínteres requiere como condición la adquisición del lenguaje verbal y de la marcha, pero también supone la posibilidad de esperar, de realizar transacciones y de evacuar en el lugar designado culturalmente. Es decir, implica la tolerancia de urgencias internas y la incorporación de normas culturales. También presupone dominar al objeto pero tolerar renunciar a él, dominarse (en tanto dominio del propio cuerpo) y aceptar ser dominado por reglas impuestas por otro.

Gratiot-Alphandéry y Zazzo (1975, p. 245) insisten, al incorporar a la madre como agente primario en el sistema socializador:

[El] niño es objeto de una imposición por parte de la madre. Ésta exige que la defecación se haga en momentos determinados, del modo que ella dicta. Disciplinar la evacuación esfintérica es obedecer a la madre, conseguir de ella alguna recompensa, hacerle activamente donación de un objeto interno al que ella concede cierto valor. Retenerlo excesivamente o satisfacerse según su propio capricho, es oponerse a sus mandatos, ejercer el propio poder.

Esta sujeción del individuo será la que le conceda el estatuto de persona plena (madura) y derechos adjuntos por acuse del dispositivo de sometimiento. Su dejación (la pérdida o abandono de autocontrol de su cuerpo, por ser anciano o enfermo, o niño que aún no lo ha adquirido) supone la restricción o negación de que tenga conciencia (siendo así señalado como loco, pueril o senil) del necesario autocontrol corporal que lo autoriza como sujeto, apto para ingresar o ser re-conocido en sociedad (el modelo instintivo-social que deviene liberal puede seguirse en los estudios de Frank, 1931, 1938 y 1939). Bareyns (1993) insiste en el concepto de "control personal": el exceso de normativización en las instituciones de ancianos los lleva a una paulatina pérdida del control. Es decir, lo expulsa o demora el estatuto de adulto, ostentado extraculturalmente por quien maneja el aparato doméstico: léase, quienes administran el vaciado del orinal portátil, la madre psicoanalítica o la institución sustituta.

Según Kardiner, el individuo nace con una entidad de fuerza, un mecanismo de flujo (impulsos: fuerzas endógenas, instintivas, un constructo biológico) que se objetiviza en las necesidades y tendencias fisiológicas universales que han de autocontrolarse progresivamente en la socialización como infante. La sociedad, por medio de las instituciones sociofamiliares 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), una disciplina concreta de la higiene pública (recordemos el modelo de Elías). Según Frank (1948, p. 113), 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. Así, estos tres elementos generales son socializados con diferentes medios y de diferentes formas: (a) Respecto al control metabólico, el niño abandonará su autonomía fisiológica, espontánea (nunca tan "natural" ni "libre"), 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); (b) Respecto a la acumulación de materias fecales, urinarias, y diversas secreciones o restos corporales, y su expulsión, Frank entiende que el niño debe readaptar su eliminación fecal y urinaria, 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 afectividad, el niño aprende el autocontrol de sus emociones, expresándolas de manera aceptada socialmente, en qué situaciones y cuándo son oportunas, etc. Algo que sanciona un modelo burgués-liberal amparado en el refinamiento civilizatorio, excusado en la naturalización instintivista (Espinosa, 2012). Estos autocontroles dispares serán entendidos conjugadamente como bien comportarse para ser re-conocido, como conducta dirigida a fines sociales, en cuanto se pliegan a maneras de cortesía y relaciones sociales, culturales o de clase (Elías, 1989), procurándose identidad. Ante el juego relacional y cortés (cortesano siguiendo a Elías) de acceso a la escenificación familiar (roles paternos y maternos, de hermanos, abuelos, primos...), el niño puede acceder al mismo optando por ocupar la posición que

se le habilita desde su nacimiento y, a cada paso, en su crecimiento. El control fisiológico, por tanto, se transforma así en conducta y en intención. 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), adquiere siempre una concepción sociocultural concreta, pero variable en formas y tiempos. Kardiner (1945) insiste en relacionar estos lineamientos que van desde la socialización en el control esfinteriano, muy agresivo en ciertas culturas al desarrollo del sentido de obediencia, responsabilidad y conciencia. Por todo ello, Kardiner habla del control esfinteriano como "institución" (1945, p. 46), pudiendo entenderse entonces como el mayor o mejor de los dispositivos de control.

La interiorización de valores y conceptos de relevancia social que hace el niño en estos aprendizajes de autocontrol y represión y demora corporal tiene lugar en cuanto éste identifica y comprende estos conceptos y valores que le son prestados socialmente. Aunque en seguida nos referimos a algunos siguiendo a Frank, en la discusión sobre su índole liberal, la interiorización de valores alimenta la constitución de la personalidad formativa o adulta: el sostén familiar y sociocomunitario, en fin, modela para perpetuar linajes, patrimonios y formas culturales (reproduce como forma de producción); pero en términos analíticos, no sólo soporta individuos, sino que los produce (o sustentando añade). Es decir, las instituciones, en nuestro caso, compitiendo entre sí además, quieren forjar estos individuos-personalidades gestionando los medios de interiorización de valores emblemáticos de identidad y pertenencia: mediante premios y castigos, aprendizaje vicario, narraciones morales, ejemplos edificantes, ejercicios disciplinarios, etc., en un modelamiento general pero accidentado con resistencias y oposiciones, incoherencias, etc. Las prohibiciones y coerciones, ejercitadas y experimentadas por y en el cuerpo mismo del niño, suponen conceptos y valores de relevancia sociocultural como el de la inviolabilidad. Frank 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: 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 (Frank, 1948a). El aprendizaje de estas consideraciones se realiza mediante cambios de rol y estatus, por medio de rituales y juegos, o entrenamiento autógeno (Frank, 1948a, 1948b).

La enculturación del niño no consiste pues, meramente, en su claudicación sociocultural (al modo coercitivo propuesto por Durkheim), puesto que es precisamente mediante este doblegamiento, que se vuelve necesario y anhelado por el individuo, 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. Esta idea parece acercarse a las consideraciones por las que el individuo percibe que sus fracasos o frustración en la satisfacción de sus necesidades resultan de inadaptaciones sociales, y sus éxitos, de adaptaciones. Sin embargo, nos interesa aquí en cuanto muestra la relación interventora en el trabajo o la educación social. Estas formas de comportarse son las que, socioculturalmente, definen y otorgan el estatuto de humanidad o adulto productivo, como hemos dicho. De lo contrario, o no se admite, o se expulsa y destierra (se confina) al sujeto al estatuto inferior de no educado (pueril o senil).

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. Es decir, la horma sociocultural es el único lugar de crecimiento, al ubicar al individuo como persona prestándole la psique. Podríamos hablar de cuna o espacio sociotécnico de crianza. Evidentemente, existen varias hormas y lugares de maduración, creando organizaciones psíquicas divergentes, subjetividades distintas y resistencias. Por eso es preciso dilucidar la índole de la explicación interventora, entendida ésta como la intencionalidad en la administración de los medios de elaboración de la persona, y su legitimidad. Recordando los procesos de interiorización de Elías (1989) y Vigotski (1979), la autocontención de los impulsos, en el primer caso, deviene como asunción interna de los mecanismos coactivos, formando la personalidad, una estructura mediante la adquisición del habitus, en el contexto civilizatorio: cuando se acrecienta o acelera la autoacción, mengua el castigo externo; en Vigotski, el

desarrollo se produce mediante la internalización de las funciones psíquicas, que van desde la sociedad o nivel interpsicológico, proporcionando mediaciones materiales y sígnicas, al intrapsicológico. Modelos como el de Frank, que proporcionan valores muy concretos de interiorización, son apetecidos por las actitudes profesionales de corte liberal en el trabajo social, sosteniendo la artefactualidad de la “autonomía” (cf. Salcedo, 1993). La autonomía es esencial para el modelo liberal, dando agencia deliberativa al sujeto que sabe moverse racionalmente (mediante el cálculo y criterios morales) por entre las coerciones sociales. Ser un adulto capaz significa no ser un disminuido mental o físico; y sin embargo puede ponerse en cuestión el adulto capaz de débil voluntad, o no auto-motivado (Kymlicka y Gargarella, 1995). Esfuerzo y logro estarían en este sentido liberal del adulto esforzado. Da un espacio burgués y humanista (de autogestión e independencia económica por un lado, y de moralidad por otro) como si fuera vital y único funcional. Baste recordar la idea de Agamben. En ausencia de estas capacidades (de competencia laboral y criterio adulto), el mismo modelo es interventor y externaliza la “funcionalidad”. Es notorio el esfuerzo de Salcedo (1993) por desautorizar un Trabajo social respetuoso con la agencia deliberativa “radical” del sujeto o el acompañamiento en su emancipación; y revalorizar la intervención decidida de un Trabajo social rehabilitador o sustentador bajo criterios universales. La autonomía, aquí, es un instrumento que legitima el Trabajo social independiente y decididamente interventor; y no un derecho del sujeto. Esto es, puede dejarse bajo cuarentena o suspenderse ante la necesidad técnica (valorativa) de una intervención profesional.

Entre la intencionalidad liberal, el autocontrol y la gestión del cálculo en la satisfacción demorada de los apetitos (la demora es un cálculo estratégico ventajoso, de intensidad o caudal), y el conservadurismo de las costumbres que sujeta los recursos de poder para esos cálculos, se eleva la ficción cognitiva de la conciencia: del darse cuenta moral, de llevar la contabilidad de uno mismo en el mundo. En la vida cotidiana, la socialización lo puede todo, todo lo quiere abarcar y lo compromete, tanto los espacios de autonomía como los de invalidez o inmadurez; y no siempre requiere la conciencia despierta del sujeto, ni su voluntad; como tampoco la rebeldía es siempre consciente ni comprometida. Cáceres (1991), ciertamente, explicando el mecanismo humano de micción, se refiere a la conciencia o inconsciencia, control voluntarista o no, de los dos esfínteres del aparato miccional: existe un primer esfínter interno autónomo, y uno externo que es el que podemos controlar voluntariamente, una especie de esfínter susceptible de educarse. Sin embargo, podremos observar cómo los demenciados también son socializados (aunque con parsimonia y pasividad), y moralmente aptos (aunque menguados, como pacientes u objeto del cuidado), al depender de la socialización de sus cuidadores, quienes manejan el cuerpo del enfermo conforme a tradiciones asistenciales determinadas (Martínez Magdalena, 1997). En este sentido son seres socializantes, como los bebés. Una máquina de socialización para los demás a su alrededor, un espacio desculturizado pero culturizante, un vacío productor de relaciones mediante la respuesta a su exceso de cuerpo. Todo aparato, ayuda, etc., es una externalización de las funciones “naturales” del cuerpo, cuya fisiología es siempre relacional o contextual, sin poder pensarse como exenta en la metafórica médica. Además, en los niños y adolescentes, la socialización es parcial y multicausal, para-social y contra-cultural, produciéndose nuevas maneras de socialización paralela y contradictoria. A los niños no sólo los socializan sus padres, sino los pares, las agencias multimedia, etc. Los juegos infantiles con la orina y las heces, las competiciones en el orinar, las obscenidades, son ejemplos etnográficos. 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, como tecnologías reactivas que juegan subjetivizando sujetos, valga la redundancia. En un alzheimer terminal, su vaciado psíquico no escapa a la tenencia de un cuerpo fisiológico: precisamente, el que éste esté “desatado” (es decir, incontrolado) no solo requiere apoyo externo y sostén, sino que lo exige, aunque solo fuera por reactividad o reacción, por lo que produce un “estar así”, un exceso de cuerpo, ni interlocutor ni inteligente, un ser meramente físico y demandante: un cuerpo relacional sin interlocución.

### **El control esfinteriano como indicador de la autonomía adulta**

Ahora bien, ¿qué se entiende por control esfinteriano en la infancia? 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, iniciarla 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” (Santiago García y Roa Álvaro, 1997, p. 268). No vamos a entrar, por supuesto, en la fisiología de los aparatos de evacuación (Vela Navarrete, 2006). Aparte de que estas descripciones anatomofisiológicas obedecen a recursos cognitivos donde las metáforas y otros tropos dan cuenta de un cuerpo siempre abocado a la explicación política (Velasco, 2007), lo cierto es que se le concede al cerebro, como centro rector, un cierto dominio territorial sobre los reflejos o impulsos miccionales y defecatorios. La explicación política del cuerpo viene del tradicional isomorfismo metafórico que la explicación médica viene usando desde sus albores, estableciendo una relación entre la organización anatomofisiológica (órganos y funciones) y el Estado o gobierno humano. Los casos con patología de origen orgánica (mínimos) son los más claros, aunque acaban por afectar a lo conductual, claro es (Khosravi, 1995); 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 (Haynal y Pasini, 1980; Callabed, 1997). No obstante, existen intentos de reducción a lo meramente genético (Monge Zamorano y García Nieto, 2006). Pero la intervención genética, quirúrgica (Lehur, 1998) o farmacológica (Vela Navarrete, 2006) no deja de ser una injerencia cultural, tecnológica, cayendo entonces en contradicción con la suerte natural. Más bien al contrario, la intervención médica naturaliza; viéndose abocada *in toto* a la conducta (problemática), el simbolismo del síntoma (cf. Gratiot-Alphandéry y Zazzo, 1975, p. 247), y la “consecuencia social”, una bio-“lógica” o bio-política. Podemos resumir entonces, cuando menos, y sobre todo en el control esfinterico, lo que Vera y Fernández (1990, p. 229) dicen respecto de la intervención en problemas de estreñimiento: que el diagnóstico debe “confirmar 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 aun así sería de interés), el dominio esfinteriano es una cuestión ligada a malos hábitos higiénicos, la educación muscular es demandada y regulada socialmente, y el individuo ha de interiorizarla y mecanizarla, tomando conciencia del problema que lo contrario supone en su compostura y reconocimiento de la personalidad, tal y como quería Kardiner. Para el estreñimiento, Vera y Fernández (1990, p. 229) 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 en el mismo lugar: “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”.

Marcelli y De Ajuriaguerra (1993, cap. 8), a partir del desarrollo de la neurofisiología esfinteriana, entienden la variación cultural en el control esfinteriano, y la importancia vincular simbólica (relación padres-hijos). Los incentivos para la limpieza pueden ser diferentes, y la vinculación también: en ocasiones no con la madre sino con el grupo de iguales (Sampson y Tenorio, 2000). Erikson, al igual que Kardiner, había dado ya relación de las variaciones culturales en la educación esfinteriana (Silva García, 2009). Ahora bien, esto puede ser algo más que una simple variación cultural: es decir, la cultura “interviene” más sobre la fisiología que como una simple variación. Hasta tal punto que quizá sea el dispositivo el que cree la conciencia (como resultado de intencionalidad), un darse cuenta o hacerse cargo producto de la sensación de adecuación del retorno fisiológico, como dijimos supra. 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 social (por demora en el control de los impulsos). Las escalas de desarrollo, que recogen las tareas necesarias para evaluar la normalidad madurativa del niño, por ejemplo las que propone Havighurst (Hurlock, 1988, p. 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), incluyen tanto la capacidad del aseo y la higiene diaria como el explícito control esfinteriano o las actividades propias de ir al servicio correctamente sin accidentes inoportunos. Se trata, por tanto, de instrumentos de evaluación (más que de diagnóstico, cuyo criterio organicista, acaba por comprometer la funcionalidad) que asignan o etiquetan la “independencia” o la “autonomía”, muy ligados además a la higiene y la sexualidad. 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, remite

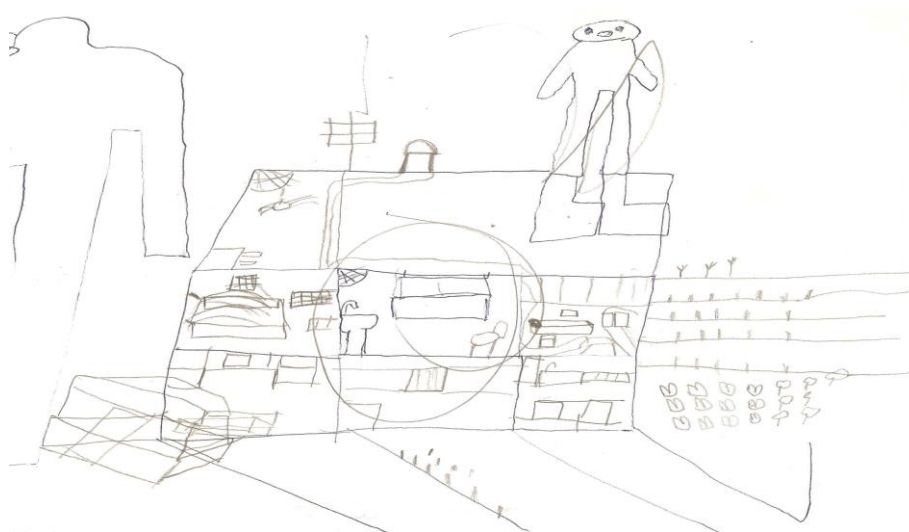
a una doctrina de la higiene bajo la metáfora médica del contagio bacteriológico y viral (o miasmático en épocas anteriores) (Corbin, 2002).

### **Control y des-control esfinteriano: elementos para una comparación antropológica**

La institucionalización mediante dispositivos de interiorización y externalización se ejecuta creando la necesidad de intervención en la funcionalidad protésica o asistente y correctora (de sustitución del autocontrol por un control preventivo y externo que deviene en hipercontrol), que empuja al niño retardado a la autonomía y hace independiente mecánicamente al demenciado, sinergias en ambos casos de una “dependencia sociocultural” en cuanto la autonomía es siempre social.

En el caso de adquisición del control esfinteriano infantil, es fácil averiguar cómo el niño tiraniza -así decimos- 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. 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 interminablemente hasta inundar la calle como los canales venecianos. Por cierto, una imagen popular (Bajtin, 1995; tomada de la obra de Rabelais, 2011: cap. XXXVI). La pérdida (casi siempre momentánea) del control esfinteriano en niños que ya lo habían adquirido o estaban en proceso de hacerlo es considerada traumática o reactiva, regresiva a etapas anteriores genitoanales (acaso por tener dificultades para enfrentarse a la realidad más autónoma que se le exige), o francamente patológica.

En el caso de los menores institucionalizados que pudimos observar (Martínez Magdalena, 2002 y 2007) destaca un niño de 9 años con síndrome de retraso físico y mental (ambos muy ligeros) a causa de ingesta de alcohol en la gestación. Con enuresis, encopresis recurrente (ligada a un estreñimiento crónico e incontinencia por rebosamiento) y fuertes jaquecas con vómitos y desmayos (especialmente desencadenadas ante conflictos familiares) que pudieron correlacionarse significativamente con la situación producida por los Servicios sociales y la institución: al escenificar la separación tutelar de los padres. Obedeciendo además a trastornos de ansiedad anticipada de separación, escondía las heces en el hogar, descubriéndose ante la llegada de nuevos ingresos o en la habitación de otros niños; experimentando con heces de perro, que mantenía en botes herméticos escondidos, etc. Podría pensarse la tesis del regalo ante las visitas de los padres (siempre por separado y alternativamente), demandando cuidado (limpieza), que se daba por sustitución de los padres en los educadores. En la correlación que pudimos establecer, se vincularon los síntomas al efecto anticipador de las visitas y la confrontación conflictiva entre la división de las mismas (para el padre y la madre). Una visita, por ejemplo del padre, condicionaba la crítica a la siguiente visita (de la madre), y viceversa. Se pudo discriminar que la jaqueca correspondía significativamente a la cercanía y visita del padre (.215), mientras que los episodios de estreñimiento-enconpesis se relacionaban con la cercanía y visita de la madre (.16 y .017). Los síntomas se ponían en evidencia ante los educadores y en el hogar, y no tanto ante los padres. Esto guarda relación con la constitución de las subjetividades en la institución, ya que además el menor está en pleno proceso madurativo, incorporando el conflicto generado entre la institución primaria “fracasada” (sus padres) y la secundaria (el hogar de acogida reconstitutivo). Aquí podemos entender que se alimenta de estas contradicciones: la personalidad del menor deviene en formación en todas estas instancias, que rotulan y estigmatizan los fragmentos de sus reacciones (manipulación, patología, desestructura, inconformismo). No se trataría tanto de ver aquí una somatización (una sintomatización del control esfinteriano), sino de una ganancia poco integrada, de fragmentos en la pugna constructiva.



**Figura 1: Dibujo de M. representando su casa, con el baño en el centro**

En el caso de los ancianos demenciados la pérdida esfinteriana, además de tener un impacto en su grado de independencia y decoro, es un recurso de manejo institucional del cuerpo muerto (decrépito). Las metáforas insidiosas sobre la “muerte” en vida de los enfermos de Alzheimer han sido seguidas por Martorell Poveda (2008). Hay que pensar que, para el manejo del cadáver en las instituciones (tanatorios, medicina legal, costumbres funerarias), se recurre a la detención y conservación, y uso en ocasiones, de los líquidos móviles corporales (Thomas, 1983 y 1989). En el ejemplo que pondremos en seguida, una anciana moribunda era calificada en el parte de enfermería de un modo común: “No orina. No come. Aviso a su [pariente para notificar el agravamiento y la muerte inminente]. Está muy mal” (Martínez Magdalena, 1997, p. 63). La retención de orina (que protésicamente se combate con medios mecánicos invasivos) es signo de mineralización, detención y muerte, y reduce el cuerpo a cadáver. Aparte de la relación protésica que se establecerá en su cuidado, es dado ilustrar cómo la pérdida del autocontrol esfinteriano en estos casos es simbólica y relacional (Zulaika Calvo y Gómez Castillo, 1990), puesto que viene provocada (autoprovocada en ocasiones no irreversibles), recuperándose momentáneamente la situación inversa (el control), lo que pone en serias dudas la tesis de la pérdida de la conciencia de estos pacientes. Puede haber pacientes demenciados, claro, que aún conserven el control esfinteriano; aunque mínimo, dada incluso su producción iatrogénica. 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 conciencia. Como si la conciencia fuera, por ejemplo, la pérdida del decoro. Parece existir en la institución una idea previa de lo que es un “anciano” (institucionalizado además como decrépito), lo que hace que se mecanice la atención. Es decir, se presupone su pronto deterioro y necesidad de control externo. El anciano como “decrépito irremediable” viene configurado con rasgos determinados, y ante marcadores biosociales concretos su entorno, familiar o institucional, responde externalizando el control. Aunque no vamos a entrar en las muy debatidas teorías de la conciencia, podemos resumir que oscilan entre la consideración de las tecnologías yoicas y la ontologización del ser (Pazos, 2005). Podemos proporcionar algunos extractos de nuestra investigación de campo sobre el seguimiento de una anciana institucionalizada, desde su agravamiento demenciado, hasta su agonía y sepelio (Martínez Magdalena, 1997): 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:

[Extracto 1 del Diario de campo: Notas de historial sobre la residente E.:] 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, por último:

[Extracto 2 del Diario de campo: Notas de historial sobre la residente E.:] 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 especie de rebeldía o protesta de los residentes, castigando al personal asistencial mediante el manejo (por dejación y su abandono como forma más precaria) del propio cuerpo, es ciertamente común, y no siempre en residentes gravemente perturbados, según vemos. En una ocasión, el enfermero de turno (comunicación personal) nos relató cómo un residente se había dedicado en la noche a taponar con heces todas las rendijas de su habitación. Iacub (2009, p. 31) escribe: "La perspectiva psicoanalítica consideraba que cuando el sujeto perdía la genitalidad, la cual era asociada con la capacidad procreativa, el sujeto regresaba temporalmente a otras etapas de la libido con el fin de hallar nuevos goces. Sin embargo esta regresión implicaba otra de orden subjetivo, llevándolos a tomar características propias de etapas pre-genitales, así como podrían correr el riesgo de devenir perversos polimorfos". En niños, Díaz Curiel y Martí Felipo (1991) recuerdan casos de uso de las heces como objeto transaccional perturbado. De todas formas, mientras que cambiar y limpiar bebés no causa otra cosa que cansancio en sus padres, los descendientes y cuidadores de ancianos con falta de control esfinteriano pueden llegar a manifestar índices de maltrato (Bazo, 2003). Ambos activan las tecnologías de externalización con arreglo a la preconcepción de qué cosa es un bebé o un anciano. Sea como fuere, distintas formas de protesta, en conductas alimentarias, etc., pueden relacionarse con el control esfinteriano. Lo acontecido con otra residente, con diagnóstico previo de Esquizofrenia catatónica muestra, por su crudeza, que no es extraordinario en la institución lo anteriormente narrado respecto a E.:

[Extracto 3 del Diario de campo: Notas de historial sobre la residente C.:] 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 manchándose] porque ha querido. 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". 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 palíe 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, ingresada, de todas formas, en la noción de dispositivo e institución. La residente, en efecto, no queda satisfecha, puesto que, no siendo entendida, es decir, no habiéndose 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) En nuestra observación en instituciones de menores asistimos a un curso de formación interna en el que pudimos escuchar que el acto

profesional de “dar de comer” a los niños institucionalizados (una de las funciones del rol educativo) era terapéutico: “Los garbanzos son educativos”; algo evidente en menores de familias desestructuradas, y de situaciones de pobreza, dado que según Díaz Curiel y Martí Felipe (1991, p. 64) el conflicto de los trastornos digestivos y enurético-encoprésicos queda interiorizado y transferido al sustituto materno; pero una contención a las demandas laborales del personal educativo que realiza tareas domésticas, y que en la lógica de esta institución se asume como función (naturalizada) de los educadores en tanto “padres sustitutos”. En los geriátricos, las cuidadoras y enfermeras hacen roles sustitutos de “hijas” o “madres”. 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 la residente C., 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<sup>19</sup> 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 una de las restantes. Ya en su habitación, 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, creó esta paciente otra situación, sustituta de la primitiva, exigiendo ser reparada. Después, aunque “no se le hizo caso..., se le limpia”. He aquí, por tanto, el uso consciente (por intencional)<sup>3</sup> de los esfínteres (supuestamente perdido el autocontrol por la decrepitud y la enfermedad), un autocontrol perdido que parece recuperarse, más allá del abandono (propio de la depresión mayor ligada a la ancianidad decrepita), y usufructuarse en sus beneficios secundarios: la limpieza y más aún, la restitución del fuero: y, por tanto, de la conciencia como intencionalidad. La intencionalidad, nótese, es una atribución del personal de enfermería. Queda pendiente y poco claro discernir la capacidad deliberativa en el control del cuerpo de demenciados.

El problema de la conciencia consiste en constatar mediante la observación de la conducta resultante su metafórica constitutiva: un eco resultado de la afectación del malestar, que viene retroalimentado en la respuesta fisiológica; cuya forma permite la tecno-lógica del self; operando sobre una proyección relacional. Un compromiso subjetivador como trasunto del problema jurídico de E., en la adaptación normativa al nuevo estatuto orgánico-social de la enferma: su condición de demenciada le resta, por definición, el autogobierno; y su resistencia a perderlo le crea disputas y sanciones con la institución. En palabras de sus cuidadoras:

[Extracto 4 del Diario de campo: Entrevista a subgobernanta sobre la residente E.:] 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. Pero, con ella, no hubo manera (Diario de campo, 3 de julio).

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 conciencia 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. De hecho, es la demenciada, su condición, la que hace/fabrica la institución. La institución nace como respuesta social al descontrol de una vejez patológica: toda una redundancia, dado que la patología es ya institución, o instutucionaliza, siendo una de las fuentes del estigma. 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. Podemos ver otros matices en esta otra descripción:

[Extracto 5 del Diario de campo: Entrevista a subgobernata sobre la residente E.:] 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 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' 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 [sic] meterla en el agua y sacarla. Entonces, claro, olía mucho, 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).

“Acatar” la “vejez normal” habla en este discurso de un estado de dominación. La normalidad de la vejez es aquí una etapa definitiva, pero que parece ganarse y perderse sucesivamente en tanto se rebela o somete la anciana. Un cuerpo que se pierde o recupera como el fuero, ejemplarizado en una disciplina de acatamiento normativo y la conformidad. 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 establecen 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). Una redundancia, como dijimos. La institucionalización de E. en tanto “anciana” la ubicaba mecánicamente como “enferma”. La ancianidad está abocada irremediabilmente a la decrepitud, asimilada a la enfermedad y la muerte. La institución actúa en consecuencia.

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, retirándole la tutela. Esta será la definitiva pérdida de la conciencia o el bien gobernarse de E., su pérdida legal (la negación y externalización de su autonomía), como también el hecho de que se le acumularan las cartas (del banco, de parientes) sin abrir ni contestar; o que, ya sin posibilidad de vestirse para salir a la calle, sus zapatos y ropa descansaran en un perfecto orden en el armario.

Así pues, acontecida la decadencia personal, la institución la clausura, abriéndola a las intervenciones protésicas, sustitutas en verdad, y negativas, que la institución (como el mejor brazo de la acción social) adopta. La institución resta porque asume control. Para el caso infantil, añade porque falta.

## Intervención socioeducativa para el control esfinteriano

La exigencia social (externa si se quiere) para el autocontrol esfinteriano es muy consistente. En los casos límite, como en los niños institucionalizados o los ancianos decrepitos, que no ganan o pierden, respectivamente, este autocontrol corporal, se inicia la tutela delegada. Entiéndase bien: decir tutela delegada supone considerar previamente la autonomía del individuo, su soberanía fisiológica (su viabilidad funcional) y su extensión, por concesión automática, jurídica (yo relacional). Y puesto que estas son otorgadas, los vasallajes, la doblegación del sujeto enculturado, nos acompañan e indican en el procedimiento socializador las posiciones de autoridad que conceden estos grados o estatutos de persona; mediante la demora de las satisfacciones y alivios naturales en los requerimientos morales. Decir así “tutelas”, y “delegadas”, es, por cierto, una redundancia; como lo serán, lo adelantamos ya, “intervención” o “intrusión terapéutica”, “persona”, o “madre” e “institución”, cuyas diferencias radican solamente en el grado de sistema experto constituido. La maternidad, como institución, puede serlo; como también la no intervención o *laissez faire*. Usamos la categoría “madre” o “maternidad” con sentido crítico (basta recordar a teóricas como Elisabeth Badinter, 1981), para señalar su inadecuación en las instituciones en las que hemos trabajado, entendiendo que bajo la crítica las ciencias psicopedagógicas y biológicas incorporan conceptos más plurales como “madres” y “maternidades”, sin dejar como secundario el de “padres” y “paternidades”. En nuestras instituciones de menores pudimos ver cómo las parejas educativas en el hogar de integración (un educador y una educadora) tenían el rol de Ama y Preceptor, con funciones (y salarios, por cierto) diferentes: compra, cocina, limpieza y afectos, y disciplina y gestión externa al hogar, respectivamente (Martínez Magdalena, 2002 y 2007). Para el caso del geriátrico se asumía que las mujeres ancianas eran madres consumadas, es decir, abuelas, una sublimación de las amas de casa; mientras los abuelos eran acompañantes cuidadores del nieto (Martínez Magdalena, 1997). Por otra parte, trabajamos con el concepto de “madre psicoanalítica” dentro de la nomenclatura dinámica para denotar su uso convencional. La crítica feminista al psicoanálisis y sus diálogos posibles, en Flax (1990).

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 incisivas. 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. En la era de las prótesis, las operaciones estéticas y transexuales, los implantes y sistemas mecánico-plásticos sustitutos, las escarificaciones identitarias, los cyborgs, el auge medicamentoso, etc., los tullidos, ancianos, desviados y enfermos (pobres antecedentes cibernéticos) siguen estando al margen social: en tanto que no ganan por la biotecnología, sino que pierden soberanía; no parecen emanciparse con la función prestada y protésica. Existe quizá una disminución de fondo (no tanto fisiológica).

Leitenberg (1983) 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 (1983) 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 (p. 113).

Es una observación común ver en grandes instituciones de dependientes servicios generales de evacuación e higiene (así en nuestro caso, que observamos en hogares de menores en Colombia y en ancianatos en España). Nótese la diferencia respecto al uso esfinteriano que hacía la paciente C., encaminado –ensuciándose a

propósito- a restituir su fuero. En los servicios de infancia, 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. Precisamente se dice de los niños institucionalizados que sus padres han dejado o fallado en la implantación de estos hábitos (como índice entre otros de dejadez general), lo que lleva, junto con otros criterios, a sospechar un desamparo (de consecuencias sociojurídicas que dan lugar a la institucionalización del menor). En uno y otro caso, más agudamente en las instituciones, claro está, se emplean métodos correctores: 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, 1983). 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, 1988; Chasco Parramón, 1996; García Morata *et al*; 1991; Díaz Fernández, 1994). Las estrategias familiares de evacuación en los niños, por cierto, responden a contextos histórico-culturales. 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, en una tradición paternalista, explican el control esfinteriano de sus hijos como si fuera un paso (evolutivo) adelante, sancionándolo con un simple “tiene lugar, sin más” (expresión tomada de Leitenberg, *ib.*, p. 113). Pero como veremos más tarde, incluso las técnicas de socialización, así como las médicas más intrusivas, responden a una cultura o tradición cultural en el manejo del cuerpo y sus necesidades (*cf.* Kardiner, 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*, teniendo su origen en distintas tradiciones educativas (Pelechano, 1989; Feixas y Miró, 1995).

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<sup>4</sup>, una intervención quirúrgica (Díaz Fernández, 1994) y farmacológica (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 (VVAA, 1994). Concretamente: “El biocontrol es una técnica de entrenamiento que permite a un individuo alcanzar un cierto control voluntario sobre algunas funciones corporales autónomas” (VVAA, 1994, p. 5). Como venimos insistiendo, esta técnica separa al ser humano en dos: por un lado, en su basamento impulsivo y, por otro, en su voluntad de auto-control. Sanciona su conciencia como reactivo y, por tanto, lo hace humano en -la metáfora de- lo ingerido y lo expulsado. Cuando esto falla, esa humanidad, venida a menos, o reducida al instinto inimputable (por contraposición con el atavismo criminal), es sustituida (mejor dicho, su voluntad y conciencia) protésicamente. Estos artilugios, aparatos de biofeedback, etc., se apropian, si así pudiéramos hablar, de la intencionalidad del individuo, convirtiéndose en 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 calipédica, ortopédica o protésica” de sustitución del autocontrol por un control extensible y externo. Es la prevención del cadáver. Esta externalidad es en verdad, si no sustituye definitivamente a la conciencia, al menos un suplemento artificial del cerebro social (bien sea dañado en el caso de los ancianos, bien sea inmaduro o patológico en el caso de los infantes). Nos referimos con cerebro social a la necesidad socializadora y socializante del individuo dotado con conciencia, si atendemos a que una simple fisiología (un cuerpo) exige y demanda cuidado, sociedad. Es decir, un simple cuerpo, de un bebé o un demenciado, es socializador o socializante (en sus parientes que lo cuidan, o los sistemas expertos del cuidado), mientras que un adulto viable y “autónomo”, dotado con conciencia, “se” socializa y “socializa” a otros bajo su cuidado. La posición de cuidado lo sitúa como portador de conciencia. La externalidad de la ayuda a un dependiente se constituye así como socializador sustituto. 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). En el caso de los niños, el inicio del historial farmacológico, sobre el que puede rastrearse problemas de



conducta y desadaptación social (sobre todo en institucionalizados y niños con retraso orgánico), podría entenderse de modo equivalente, salvando la magnitud respecto a las demencias, que es mucha, dado que los infantes han de disciplinarse irremediabilmente excepto en casos muy concretos. La institución, por tanto, conformada por estos dispositivos, concentra (la sustituye por sinécdoque) a la sociedad entera, sosteniendo como gran artefacto la adultez negada.

## CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS

Hemos comparado el significado del control esfinteriano en niños con su descontrol en ancianos. Para ello hemos unificado los casos en su condición institucional: estudiando los problemas de instauración del control de los esfínteres en niños en situación de acogida tutelar, y de ancianos demenciados en residencias geriátricas. El constructo “autonomía” parece el marcador funcional o habilitante que separa la amplia franja etaria del adulto apto y competente (social, laboral, familiarmente) en una concepción liberal. La situación contraria, la dependencia, se resuelve como un exceso de cuerpo o un desagregado, objetivándose mediante dispositivos de interiorización o externalización en cada caso que pueden estar dando lugar a procesos subjetivadores difusos en la niñez y muy limitados (como hueco socializante en derredor, demandando cuidados absolutos en familiares, o técnicamente en instituciones) en los grandes demenciados. Entendemos que dicha comparación no fuerza los casos hacia ejemplos extremos, perdiendo diversidades funcionales más amplias: es cierto que los niños precisan también de asistencia externa, pero su finalidad es facilitar o reforzar la interiorización del control esfinteriano en la infancia; y es cierto igualmente que en los ancianos no necesariamente ni siempre está externalizado el control esfinteriano, pero su externalización en la vejez demenciada responde al sostenimiento sociotécnico de un sujeto-cuerpo dimitente. Aquí, internalidad/externalidad puede asimilarse en parte al grado de ganancia o pérdida de sujeto, en relación al proceso civilizatorio y descivilizatorio. Si externalizar supe al sujeto, internalizar lo crea. Un reverso tecnológico que trabaja desde un dispositivo funcional más general: el de autonomía.

Aunque hemos hecho uso prolijo del modelo psicoanalítico, que hemos procurado ampliar, entendemos que su asunción es problemática al ser reinterpretado en las exigencias liberales modernas (Espinosa, 2012), que lo usufructúa como mecanismo explicativo de naturalización de un modelo que compromete precisamente el término “autonomía”: que trabaja en dos tiempos lo impulsivo/primitivo como disciplinado (más que reprimido) y exigido (socializado) primero, para liberar los instintos después como consumo y realización. El liberalismo estaría operando así como una transformación sublimada de los impulsos en goce, donde el control esfinteriano estaría relacionado con la capacidad individual como fuerza de trabajo, que exige autocontención y concentración durante el tiempo productivo; liberando luego en forma de satisfacción en el tiempo de consumo. Se reprime primero para liberar después mediante una redirección hacia la satisfacción en el mercado, o sublimada por el mercado: sólo se produciría la satisfacción dentro de las mediaciones mercantiles. La historia del excusado privado lo convierte en fetiche de la intimidad doméstica y el decoro, para transformarlo en demora en el tiempo de producción industrial, donde los asuntos domésticos quedan fuera del espacio fabril. Los objetos producidos aquí retornan al hogar en el goce consumista. El baño, los alicatados, el papel higiénico, etc., son objetos de consumo que acondicionan un confort doméstico consecuente.

Ante la necesidad de incorporar a las instituciones en el análisis, finalmente, creemos que sería mejor explorar de manera crítica que el cuerpo, el individuo, la persona, el ser autónomo, la sociedad y sus instituciones, comprenden, como agentes segmentados o analíticos redundantes, un gran artefacto de ensamblajes que funcionan juntos y son interdependientes (Vaccari, 2010; Sei, 2004), que no dependen tanto de la división *nature/nurture*, en formas sociopolíticas dominantes, históricas (Agamben, 2011).

Las perspectivas que se abren en este análisis, a nuestro parecer, encaminan el estudio a la exploración de la conciencia como artefacto simbólico-relacional donde el cuerpo es un mediador de sentidos y vínculos, que permite asumir la funcionalidad deliberativa, pero que excita también la tutela sustituta en su dejación o fracaso. La atribución de responsabilidad o irresponsabilidad, como el hacerse cargo, del adulto competente o el niño y el anciano, nos sitúa ante una relacionalidad ineludible: es decir, entendiendo, como creemos, que el individuo es autónomo solo en relación a otros que exigen socialmente a éste valerse por sí mismo, es decir, una disciplina. Caso de no procurársela, por el motivo que fuere, le es sustituida externalizando el control. En el niño

desaparece este celo porque él mismo lo incorpora, mientras que en el demenciado está presente cada vez más más, como soporte vital que aún le conceda un atisbo conmisericordioso de humanidad.

En cualquier caso, estas apreciaciones ponen el acento en el individuo-persona, desde su base impulsiva que debe disciplinarse con una mora calculada y productiva. Un modelo liberal amparado en la naturalización de la exigencia sociopolítica que, a nuestro juicio, no puede sostenerse por más tiempo, y cuya superación nos deberá adentrar en reconceptualizaciones de lo biotecnológico que categoricen al individuo como tecnología ensamblada en instituciones. Porque, evitando las redundancias resultantes de nuestro análisis, y si el sujeto es una institución histórica, producto de una tecnología concreta (yoica, por ejemplo), cabe entonces preguntarse por la clase de institución tecnológica que es o pudiera ser. Una cuestión que subvierte el concepto de autonomía sin que quepa resolverlo, simplemente, en el de conciencia.

## NOTAS

1. P = Persona (concepto previo de identidad autónoma con operatividad y sanción jurídica: en el niño será supuesta a falta de la maduración y la entrada socializada en la adultez; en el anciano decrepito será el estatuto perdido o susceptible de externalizar su soporte. En ambos casos se alude a la plausibilidad condicionada de persona); E = Estigma (rótulo denigrante y excluyente de la plausibilidad de persona, que queda condicionada o no admisible de persona adulta, autónoma); I = Institución secundaria (en general de carácter asilar, lo que supone un confinamiento, rehabilitador o perpetuo; supone igualmente el proceso de institucionalización o socialización de soporte, externalizada); C = Caso social o clínico, como artificio documental (disciplinas científicas, nosología, archivo) que exige la institucionalización por fuera y asienta la institución adentro; i = Interno (subjetivación institucional o en el proceso institucionalizante). Todo un ensamblaje de instituciones que devienen en posibilidades de subjetivación resistente.

2. El orinal, el *water-closet* adaptado: Matterlaer (1999) repasa la historia cultural de los receptáculos urinarios portátiles; Schultheiss (2009) los pone como dispositivos históricos en el tratamiento de la incontinencia. La historia del retrete privado marcará la trayectoria de la higiene pública: John Harington en 1589 desarrolló 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 w. c. 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.

3. Díaz Curiel y Marti Felipo (1991, p. 66), para el caso infantil, recuerdan que algunos motivos de la encopresis funcional son la expulsión activa y voluntaria de las heces en niños agresivos como manifestación de la pulsión de dominio (aunque en otros casos son niños pasivos, no instituidos por la madre). Como arma de resistencia pasiva y protesta agresiva lo describen Haynal y Pasini (1980, pp. 255-256).

4. *Cfr.* algunos aparatos en Salinas *et al.* (1988), Matherlaer (1999), y Schultheiss (2009). Aparte de los pañales y el orinal y los suplementos del retrete (que en el niño es no extensivo, no protésico; sino ajustado a su cuerpo pequeño con arreglo al vaso del retrete adulto; una guía cali- u ortopédica), las “alarmas nocturnas y corporales” fueron mecanismos habituales: Mowrer y Mowrer (1938) a partir del sistema de Pfaunder de 1904 mediante dispositivos de aviso en el colchón, o en el pijama en el de Schmitt (1986). Monge Zamorano y García Nieto (2006) mencionan el dispositivo peneano de 1751 del cirujano Sharp.

## REFERENCIAS

Ariza Segovia, S. (1993). *Significado y efectos del internamiento en instituciones de acogida infantiles y juveniles*. Tesis doctoral, Facultad de Ciencias Políticas y Sociología, Universidad Complutense de Madrid.

Agamben, G. (2011). ¿Qué es un dispositivo?. *Sociológica*, 26(73), 249-264.

Ayala, F. (1993). *Narrativa completa*. Madrid: Alianza.

Badinter, E. (1981). *¿Existe el amor maternal? Historia del amor maternal, siglos XVII al XX*. Barcelona: Pomaire.

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

Bareyns, M. P. (1992). Las residencias de ancianos y su significado sociológico. *Papers*, 40, 121-135.

Bareyns, M. P. (1993). Un marco teórico para el estudio de las instituciones de ancianos, *REIS*, 64, 155-172.

Bazo, M. T. (2003). Violencia familiar contra las personas ancianas que sufren dependencia y enfermedad. *Alternativas: Cuadernos de Trabajo Social*, 11, 35-46.

Buceta, J. M<sup>a</sup>. y Bueno, A. M<sup>a</sup>. (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, M. J. Comellas y M. J. Mardomingo (eds.), *Las enfermedades psicosomáticas y su relación con la familia y la escuela* (pp. 101-105). Barcelona: Laertes.

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

Cruz Roja de España (1991). *Salud para la tercera edad. Guía del formador*. Madrid: Cruz Roja de España

Chasco Parramón, C. (1996). Estreñimiento e incontinencia. *Geriátrika: Revista Iberoamericana de Geriátría y Gerontología*, 12 (5), 250-251.

DeMabuse, L. (1982). *Historia de la infancia*. Madrid: Alianza.

Díaz Curiel, J. y Martí Felipo, F. (1991). Trastornos psicosomáticos en la primera infancia. En J. Díaz Curiel, A. Álvarez Cienfuegos y F. Martí Felipo (eds), *Trastornos psicosomáticos en la infancia* (pp. 57-73). CEPE: Zaragoza.

Díaz Fernández, O. (1994). La incontinencia fecal: causa y alternativas de tratamiento. *Geriátrika: Revista Iberoamericana de Geriátría y Gerontología*, 10 (3), 114-121.

Dubet, F. (2006). *El declive de la institución: profesiones, sujetos e individuos en la modernidad*. Barcelona: Gedisa.

Eisenhandler, S. A. (1993). The social value of 'physiological autonomy': Urinary Incontinence and Continence in a Sample of Older Women. *Journal of Women and Aging*, 4 (3), 45-58.

Elías, N. (1989). *El proceso de la civilización. Investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas*. México: FCE.

Espinosa Hernández, A. (2012). Imperativos del goce en el Liberalismo económico: Elías, Dufour y Psicoanálisis. *Subje/Civitas. Estudios Interdisciplinarios sobre Subjetividad y Civilidad*, 9, 1-9.

Feixas, G. y Miró, M<sup>a</sup>. T. (1995). *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.

Fericgla, J. M. (1992). *Envejecer. Una antropología de la ancianidad*. Barcelona: Anthropos.

Flax, J. (1990). *Psicoanálisis y feminismo. Pensamientos fragmentarios*. Madrid: Cátedra.

Fontúrbel, F. E. y Barriga, C. V. (2009). Una aproximación teórica al concepto de individuo. *Elementos*, 74, 45-52.

- Foucault, M. (2005). *Historia de la sexualidad. I. La voluntad de saber*. Madrid: Siglo XXI.
- Frank, L. K. (1931). The Concept of inviolability in culture. *American Journal of Sociology*, 36, 607-615.
- Frank, L. K. (1938). Cultural control and physiological autonomy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 8, 622-628.
- Frank, L. K. (1939). Cultural coercion and individual distortion. *Psychiatry*, 2, 11-27.
- García Martínez, A. (2006). *El proceso de la civilización en la sociología de Norbert Elias*. Pamplona: EUNSA.
- García Morata, F. et al. (1991). Patología urológica en el enfermo geriátrico. *Geriátrika: Revista Iberoamericana de Geriátría y Gerontología*, 7(5), 203-217.
- Giddens, A. (1994). *Consecuencias de la modernidad*. Madrid: Alianza.
- Gratiot-Alphandéry, H. y Zazzo, R. (1975). *Tratado de Psicología del niño. 5. La formación de la personalidad*. Madrid: Morata.
- Harré, R. y Lamb, R. (1992). *Diccionario de Psicología social y de la personalidad*. Barcelona: Paidós.
- Haynal, A. y Pasini, W. (1980). *Medicina psicosomática*. Barcelona: Toray-Masson.
- Hurlock, E. B. (1988). *Desarrollo del niño*. México DF: McGraw Hill.
- Iacub, R. (2009). Deconstrucción de la erótica de la vejez en Occidente. *Kairós. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde*, 12, 23-43.
- Instituto Nacional de Servicios Sociales (1994). *La persona mayor. Guía aplicada de evaluación psicológica*. INSERSO: Madrid.
- Janin, B. (2008). Niños encopréuticos: la organización anal y sus perturbaciones. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 45/46, 39-62.
- Kardiner, A. (1945). *El individuo y su sociedad*. México DF: Fondo de Cultura Económica.
- Khosravi, M. (1995). *Convivir con un enfermo de Alzheimer. Guía de ayuda para familiares y cuidadores*. Madrid: Temas de hoy.
- Krassoievitch, M. (1993). *Psicoterapia geriátrica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Kymlicka, W. y Gargarella, R. (1995). *Filosofía política contemporánea*. Barcelona: Ariel.
- Lehur, P. A. (1998). Cirugía de la incontinencia anal del adulto. *Enciclopedia Médico-Quirúrgica* (pp. 40-70). París: Elsevier.
- Leitenberg, H. (1983). *Modificación y terapia de conducta. Infancia y juventud. Aplicaciones generales*. Madrid: Morata. Tomo II.
- Marcelli, D. y De Ajuriaguerra, J. (1993). *Psicopatología del niño*. Barcelona: Masson.
- Martínez Carrasco, F. J. y Vargas Llovera, M. D. (1993). Cultura y Salud mental. Influencia del medio institucional en los enfermos profundos adultos. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo social*, 2, 269-286.

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

Martínez-Magdalena, S. (2000). Advertencias para la instrucción de una antropología en torno a la desdicha del anciano enfermo y moribundo. *Tiempo. Revista de Psicogerontología*, nº 4, 1-20.

Martínez Magdalena, S. (2002). 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. Simposio 9: Multiculturalidad, inmigración y políticas educativas: de flexibilidades, permeabilidades y resistencias* (pp. 1-20). Barcelona: Institut Català d'Antropologia.

Martínez Magdalena, S. (2007). Anobium: la carcoma política en la casa de muñecas. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, 2 (2), 323-364.

Martorell Poveda, M. A. (2008). Mirándose ante el espejo: reflexiones en torno a la identidad de la persona con alzheimer. En O. Romani, C. Larrea y J. Fernández (coords.), *Antropologías de la Medicina, metodologías e interdisciplinaredad: de las teorías a las prácticas académicas y profesionales* (pp. 101-118). Donostia: Ankulegi.

Matterlaer, J. J. (1999). Some historical aspects of urinals and urine receptacles. *World Journal of Urology*, 17(3), 145-150.

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

Monge Zamorano, M. y García Nieto, V. M. (2006). El tratamiento de la enuresis nocturna a lo largo de la historia. Tratamiento conductual de la enuresis nocturna. Indicaciones actuales del uso de fármacos tricíclicos. *Formación Enuresis* 8, 1-15.

Moro Abadía, Ó. (2003). ¿Qué es un dispositivo? *EMPIRIA. Revista de Metodología de las Ciencias Sociales*, 6, 29-46.

Mowrer, O. H. y Mowrer, W. M. (1938). Enuresis: a method for its study and treatment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 8, 436-459.

Ortega, F. (2010). *El cuerpo incierto: Corporeidad, tecnologías médicas y cultura contemporánea*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

Pazos Garcíandía, Á. (2005). El otro como sí-mismo. Observaciones antropológicas sobre las tecnologías de la subjetividad. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana* (nº extraordinario) 1, 1-17.

Pelechano, V. (1989). Ejes de referencia y una propuesta temática en Psicología de la Personalidad. En E. Ibáñez y V. Pelechano (coords.), *Personalidad* (pp. 265-329). Madrid: Alhambra.

Rabelais, F. (2011 [1534]). *Gargantúa y Pantagruel*. Barcelona: Acantilado.

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. *Residencial*, 3, 13-20.

Salcedo Megales, D. (1993). El papel de la autonomía personal en el Trabajo social. *Revista de Treball Social*, 130, 31-48.

Salinas, J. (1988). Valoración urodinámica de la incontinencia en la vejez. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 23(5), 283-285.

Sampson, A. y Tenorio, M. C. (2000). Cultura e infancia. En M. C. Tenorio (ed.), *Pautas y prácticas de crianza en familias colombianas* (pp. 268-279). Bogotá: Ministerio de Educación Nacional – OEA.

Santiago García, R. y Roa Álvaro, A. (1997). Enuresis. En M. A. Vallejo Pareja, E. G. Fernández-Abascal, y J. F. Labrador (coords.), *Modificación de conducta. Análisis de casos* (pp. 1-15). Madrid: TEA.

Schultheiss, D. (2009). A Brief History of Urinary Incontinence and its Treatment. En VV. AA., *Incontinence* (pp. 19-34). París: Health Publications.

Schmitt, B. D. (1986). New enuresis alarms: safe, successful and child operable. *Contemporary Pediatrics*, 3, 1-6.

Sei, M. (2004). Técnica, memoria e individuación: la perspectiva de Bernard Stiegler. *LOGOS. Anales del Seminario de Metafísica*, 37, 337-363.

Silva García, J. (2009). La dimensión psíquica y social del psicoanálisis. *Publikation des Erich-Fromm-Archivs*, 1-7.

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

Thomas, L.-V. (1989). *El cadáver. De la biología a la antropología*. México: Fondo de Cultura Económica.

Thomas, L.-V. (1983). *Antropología de la muerte*. México: Fondo de Cultura Económica.

Vaccari, A. (2010). Vida, técnica y naturaleza en el pensamiento de Gilbert Simondon. *Revista iberoamericana de Ciencia, Tecnología y Sociedad-CTS*, 5(14), 1-12.

Vela Navarrete, R. (2006). Esfínter externo: control neural y farmacológico. Un nuevo esquema neurohumoral de la continencia y la micción. *Actas urológicas españolas*, 30(1), 52-58.

Velasco, H. (2007). *Cuerpo y espacio. Símbolos y metáforas, representación y expresividad de las culturas*. Madrid: Ramón Areces.

Velasco, H., Díaz de Rada, Á., Cruces, F., Fernández, R., Jiménez, C. y Sánchez, R. (2006). *La sonrisa de la institución. Confianza y riesgo en sistemas expertos*. Madrid: Ramón Areces.

Vera Guerrero, M. N. y Fernández Santiago, M. C. (1990). Tratamiento conductual del estreñimiento crónico. En J. M<sup>a</sup> Buceta y A. M<sup>a</sup> Bueno (coords.), *Modificación de conducta y salud. Perspectivas actuales en la aplicación de tratamientos de psicología*. Eudema: Madrid.

Vigarelo, G. (1991). *Lo limpio y lo sucio. La higiene del cuerpo desde la Edad Media*. Madrid: Alianza.

Vigotski, L. S. (1979). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Barcelona: Crítica.

VVAA. (1994). Biocontrol de las funciones vitales: de las cefaleas a la incontinencia. Monográfico en *GERpress*, 17, marzo de 1994. 12 pp.

Zabludovsky Kuper, G. (2011). Los procesos de Individuación y la Juventud Contemporánea. *Subje/Civitas. Estudios Interdisciplinarios sobre Subjetividad y Civilidad*, 7, 1-20.

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. *Geriatría. Revista Iberoamericana de Geriatría y Gerontología*, 6(8), 54-59.