

(BIO)MEDICALIZACIÓN EN LOS “EXTREMOS” DE LA VIDA. TECNOLOGÍAS DE GOBIERNO DE LA INFANCIA Y EL ENVEJECIMIENTO

(BIO)MEDICALIZATION IN THE “EXTREMES” OF LIFE. GOVERNMENT TECHNOLOGIES OF CHILDHOOD AND AGING

Eugenia Bianchi; Paula Gabriela Rodríguez Zoya

Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Sociales. Instituto de Investigaciones Gino Germani; Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET); eugenia.bianchi@gmail.com; paula.rzoya@gmail.com

Historia editorial

Recibido: 12-11-2017

Primera revisión: 17-01-2019

Aceptado: 10-02-2019

Publicado: 22-05-2019

Palabras clave

Medicalización
Biomedicalización
Biopolítica
Tecnologías de gobierno

Keywords

Medicalization
Biomedicalization
Biopolitics
Government Technologies

Resumen

El objetivo del artículo es describir y analizar algunos mecanismos en relación con la infancia y el envejecimiento, tomando en cuenta las nociones de riesgo y mejoramiento, concebidas ambas como tecnologías de la vida. Para ello sistematiza y expone distintas aristas teóricas de los enfoques de la medicalización, biomedicalización y políticas de la vida, atendiendo a la relevancia y matices que adquieren las tecnologías en tales enfoques. Como resultado del cruce de las genealogías de los procesos de medicalización y gobierno de la infancia y del envejecimiento, hallamos que en ambos procesos actúa una lógica anticipatoria del riesgo y una búsqueda de mejoramiento de la salud y la vida, con dos vectores que operan coincidentemente: la epidemiologización de la vida y la presentificación vital de riesgos futuros. Los resultados permiten reflexionar sobre formas de normalización orientadas a mecanismos de prevención de riesgos o efectos potenciales a futuro.

Abstract

The aim of the article is to describe and analyze some mechanisms related to childhood and aging, taking into account the notions of risk and improvement, both conceived as technologies of life. In order to do so, it systematizes and presents different theoretical features of medicalization, biomedicalization and politics of life's perspectives, attending to the relevance and nuances of technologies within those perspectives. As a result of the crossing of the genealogies of the processes of medicalization and governance of childhood and of aging, we find that in both processes there is an anticipatory logic of risk and a search for improvement of health and life, with two vectors that operate coincidentally: the epidemiologization of life and the vital identification of future risks. The results allow to reflecting on forms of normalization oriented to mechanisms of prevention of risks or potential future effects.

Bianchi, Eugenia & Rodríguez Zoya, Paula Gabriela (2019). (Bio)medicalización en los “extremos” de la vida. Tecnologías de gobierno de la infancia y el envejecimiento. *Athenea Digital*, 19(2), e2309. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2309>

Introducción

En este artículo analizamos el despliegue actual de los procesos de medicalización y biomedicalización de la sociedad y las estrategias biopolíticas de gobierno de la vida considerada como un continuo vital. El objetivo es describir y analizar algunos mecanismos a través de los cuales se ponen en juego estos procesos en relación con la infancia y con el envejecimiento. Con este propósito ponemos en consideración dos nociones capitales que intersectan los estudios de la medicalización y la biomedicaliza-

ción, y las perspectivas que toman en cuenta el gobierno de la vida: el riesgo y el mejoramiento. Ambos son concebidos como formas de tecnologías de la vida, poniendo de manifiesto la relevancia teórico-analítica de tal abordaje.

La elaboración del artículo se sustenta en un cruce de las genealogías de los procesos de medicalización y gobierno de la infancia y del envejecimiento. En función del análisis de los resultados de nuestras investigaciones doctorales advertimos que existen aspectos convergentes y divergentes entre ambos procesos de medicalización. Entre los aspectos convergentes hallamos que en ambos casos actúa una misma lógica anticipatoria del riesgo y una búsqueda de mejoramiento de la salud y de la vida. A partir de estas observaciones conceptualizamos una tecnología de modulación de aspectos vitales conformada por dos vectores: la epidemiologización de la vida y la presentificación vital de riesgos futuros, que operan coincidentemente en los procesos de medicalización y gobierno de la infancia y el envejecimiento.

La estructura argumental del trabajo está organizada del siguiente modo: primero, presentamos los materiales y métodos en los que se sustenta el artículo. Luego, exponemos una sistematización sobre distintas aristas teóricas de los enfoques de la medicalización y su relación con el campo de estudios sociales. Posteriormente, desarrollamos una caracterización de las perspectivas de la medicalización, la biomedicalización y el gobierno de la vida, atendiendo a la relevancia y los distintos matices que adquieren las tecnologías en estos procesos. Por último, sobre la base de este andamiaje, abordamos el riesgo y el mejoramiento como tecnologías de gobierno de la infancia y el envejecimiento, analizando los mecanismos que se ponen en juego en cada uno y conceptualizando dos vectores de modulación de aspectos vitales que actúan concomitantemente en ambos procesos.

Los hallazgos nos permiten reflexionar acerca de formas específicas de normalización que no están orientadas primordialmente a intervenir sobre un estado de enfermedad o trastorno presente, sino que apuntan a desarrollar mecanismos de prevención orientados a morigerar riesgos o efectos potenciales a futuro. Asimismo, afirmamos que la medicalización de la infancia y del envejecimiento constituyen dos grandes engranajes de un dispositivo de gobierno de la vida concebida como un continuo vital.

Aludimos aquí al gobierno como concepto en su doble acepción foucaultiana (Foucault, 2004/2006), que postula una definición en sentido estrecho y otra en sentido amplio. La primera refiere a la conducción de las conductas, a la forma de actividad orientada a moldear, guiar o afectar la conducta de las personas. La segunda remite al gobierno como actividad que concierne tanto a la relación del yo consigo mismo, como a las relaciones interpersonales privadas que involucran formas de control o guía, rela-

ciones con instituciones sociales y comunidades, y también a las relaciones atinentes a la soberanía política (Gordon, 1991). A la vez, la gubernamentalidad se expresa en una doble dimensión del poder, microfísica y macrofísica y esta duplicidad traza una modalidad analítica análoga a la conceptualización del biopoder, ya que este último designa formas de poder ejercidas tanto sobre personas específicas en su calidad de seres vivos, como en los sujetos en tanto miembros de una población (Bianchi, 2014a).

Materiales y métodos

El artículo se elaboró a partir de la articulación de dos tesis doctorales realizadas por las co-autoras, culminadas en 2014 y 2016. Una investigación trabajó en torno a los procesos de diagnóstico y tratamiento del TDAH (trastorno por déficit de atención e hiperactividad) en la infancia (Bianchi, 2014b). El otro estudio abordó el proceso de gubernamentalización del envejecimiento como estrategia biopolítica de gobierno de la vida (Rodríguez Zoya, 2016).

La elaboración de ambas tesis comparte el encuadre teórico y temático atinente a la problematización de los nodos bio/medicalización, biopolítica y gobierno de la vida, así como también una construcción metodológica que combina diversas técnicas y fuentes de datos y una perspectiva genealógica de análisis.

En cuanto a la concepción y construcción de este trabajo destacamos que los datos y emergentes de ambas investigaciones doctorales fueron reconsiderados y reprocesados en función del objetivo particular del artículo, de modo que los planteos que aquí se desarrollan conforman conclusiones noveles y articuladas respecto de los estudios originales en los que se sustentan.

Medicalización y estudios sociales. Avatares de un vínculo

Para desarrollar la argumentación acerca del despliegue del riesgo y el mejoramiento como tecnologías de la vida que operan en la medicalización y gobierno de la infancia y el envejecimiento, es necesario situar la relevancia de los estudios de la medicalización en el pensamiento social, que se encuentra en íntima conexión con la corriente de la biomedicalización y con los análisis de las estrategias biopolíticas del gobierno de la vida.

La definición más extendida del concepto, asocia la medicalización a “hacer o volver médico algo”, constituyendo “lo médico” una clave de aproximación a diferentes

aristas de un fenómeno, que incluyen su definición, su problematización, su teorización y su tratamiento (Conrad, 2007). Peter Conrad subraya además el carácter procesual y diacrónico del término, por lo que supone, por un lado, la desmedicalización, suscitada cuando un fenómeno que se considera en términos médicos, ya no es merecedor de una intervención de ese tipo; y, por el otro, contempla la eventualidad de una remedicalización de problemas cuyo abordaje en términos médicos hubiese perdido peso como factor explicativo (Conrad, 2013).

La diversidad de campos que trabajan con esta perspectiva abarca la sociología médica, la historia, la antropología, la salud pública, la economía y la bioética (Conrad, 2013), a los que se agregan los estudios sobre ciencia y tecnología (Sismondo, 2010). La medicalización se posicionó como un término del pensamiento sociológico que atravesó la frontera de la terminología disciplinar específica, empleándose en un amplio rango de disciplinas académicas, e incorporándose a la cultura más general, en los medios de comunicación y las noticias (Conrad, 2015). De hecho, Susan Bell y Anne Figert (2015) la ubican junto con otros ejemplos como *burocracia* de Max Weber, *estigma social* de Émile Durkheim y Erving Goffman, y *capital cultural* de Pierre Bourdieu.

Conrad también reseñó el derrotero de autores, escuelas y temas que fueron foco de interés en los años tempranos de la perspectiva de la medicalización. En su trabajo remarcó estudios desde la sociología de la desviación y el control social, la psiquiatría crítica y la antipsiquiatría, la historia y la filosofía críticas, la historia de la psiquiatría, la sociología estructural-funcionalista, la teoría del etiquetamiento y el interaccionismo simbólico (Conrad, 2013).

Con múltiples referencias cruzadas, los aportes en estos campos fueron cimentando la temática y desarrollando conceptos vinculados al de medicalización. Entre ellos se cuentan Irving Zola (1972), quien abordó a la medicina como una institución orientada al control social; y Thomas Szasz, quien acuñó la noción de mito de la enfermedad mental (1961/1973) y, más específicamente, resaltó el rol de la psiquiatría como institución de control social (1970/2001). También Ivan Illich, quien desarrolló de modo articulado los conceptos de iatrogenesis clínica, social y estructural para analizar la medicalización de la vida (Illich, 1976); y Michel Foucault, que abordó la cuestión de la medicalización como estrategia de gobierno de las poblaciones en los estados capitalistas. Foucault atribuyó al saber, al poder y a las prácticas médicas y psiquiátricas una participación central en la constitución de cuerpos y subjetividades (Foucault, 1963/2003; 1976/2002; 2003/2005; 1999/2000), y un rol preponderante en los procesos de normalización social que se llevan adelante tanto en la disciplina como en la regulación (Bianchi, 2010). Asimismo, aportó herramientas en su debate con Illich, entre ellas la noción de iatrogenia positiva (Foucault, 1996).

Desde la Escuela de Chicago también engrosaron la densidad analítica de la medicalización con diferentes nociones: Goffman trabajó, entre otros, los conceptos de institución total, mortificación del yo, carrera moral y estigma (1963/1998a, 1961/1998b); Howard Becker (1963/2009) elaboró su teoría del etiquetamiento ejemplificando su definición con numerosas metáforas médicas. Eliot Freidson (1970/1978) analizó el proceso de expansión de la institución médica, avanzando sobre tópicos como los significados sociales de la enfermedad —en tanto puede considerarse como desviación social— y la autoridad profesional.

Los trabajos académicos de este período estuvieron abocados al estudio de la institución y profesión médicas, tópicos dotados de una significación destacada que Deborah Lupton (1997) revela insuficientes al momento de reflexionar acerca de las dinámicas más recientes del proceso, dada la insoslayable y creciente incidencia de otros actores y grupos como agentes activos tanto de la medicalización como de la desmedicalización de los procesos vitales, sociales, legales y morales que ocuparon la atención de los académicos (Bell y Figert, 2015). Para Lupton, son lecturas en trazos gruesos de la relación médico-paciente, reduciendo la asimetría a la mera opresión, dotando a la noción de medicalización de un carácter adjetivante peyorativo, y relegando dimensiones de análisis como el alivio del dolor o la mejora de la salud (Lupton, 1997).

Ligado a estas contribuciones, de constituir un tópico periférico en los estudios de la sociología médica en la década de 1970, la medicalización se ha tornado un área relevante para el pensamiento social en el siglo XXI (Conrad, 2013), de la mano de su configuración como proceso crecientemente complejo, multisituado y multidireccional, y caracterizado por la emergencia de una biomedicina cada vez más tecnocientífica (Clarke, Mamo, Fosket, Fishman y Shim, 2010). Estas reflexiones originaron la corriente de la biomedicalización que, entre otros elementos, contempla la creciente influencia de consumidores, compañías farmacéuticas, aseguradoras de salud, y la disminución del peso de doctores e instituciones médicas (Conrad, 2013).

La biomedicalización se ubica en la convergencia de las teorizaciones del biopoder y la biopolítica, de la bioeconomía y el biocapital, y las políticas de la vida misma (Clarke et al., 2010), y abrevia en los estudios de la gubernamentalidad foucaulteanos (Foucault, 2004/2006), y del concepto de biosociabilidad (Rabinow, 1996), con el foco en la salud, el riesgo y la vigilancia, una tríada ya presente en los procesos de medicalización, pero que en los fenómenos vinculados a la biomedicalización adquiere matices específicos.

Adele Clarke y Janet Shim (2011) marcan que el prefijo “bio” en biomedicalización remite a dos elementos salientes de esta corriente. Denota la creciente relevancia de la

biología en la biomedicina actual, y conecta con el análisis del biopoder y la biopolítica foucaulteanas. Por último, sostienen que los procesos de medicalización y biomedicalización no se sustituyen, sino que cohabitan espacio-temporalmente. Las temáticas clásicas de la medicalización se reformulan y son reinscriptas en procesos de biomedicalización.

En publicaciones recientes se jerarquiza la relevancia de investigaciones en países no anglosajones que contribuyen a delinear contornos teóricos específicos, y aportan para diálogos y discusiones académicas, a la luz de la denominada globalización de la medicalización (Bergey, Filipe, Conrad y Singh, 2018; Conrad y Bergey, 2014). En castellano, se publicaron artículos que revisan estudios sociológicos enfocados en los procesos de medicalización provenientes de América Latina (Murguía, Ordorika y Lendo, 2016).

El carácter tecnológico de la medicalización, la biomedicalización y el gobierno de la vida

El campo de análisis social que delinean los estudios de la crítica de la medicalización, la corriente de la biomedicalización y las perspectivas que consideran el gobierno de la vida, ofrece diversos puntos en tensión y divergencias. Cada una de estas tres corrientes desarrolló un nutrido corpus de nociones teóricas, elaboró múltiples herramientas metodológicas y abordó numerosos ejemplos empíricos.

Sin embargo, las tres perspectivas de estudios —medicalización, biomedicalización y gobierno de la vida— comparten el insoslayable reconocimiento de la relevancia de las tecnologías para el abordaje de problemáticas actuales vinculadas a las transformaciones de la biomedicina y su incidencia en la “vida misma” y las políticas a ella asociadas. A continuación, abordamos distintos matices y rasgos sobresalientes que asumen las tecnologías en cada una.

La tecnología como factor de cambio en los procesos de medicalización

La medicalización vio remozada su potencialidad crítica al incorporar a las tecnologías como uno de los motores del cambio (*shifting engines*) del proceso en el siglo XXI, en detrimento de los profesionales médicos como actores principales de la medicalización de la sociedad, a la luz de la pérdida de algunos aspectos vinculados a su capacidad de ejercer soberanía y dominio frente a otros actores vinculados a tales procesos. Conrad ubica en la década del 80 el inicio de un doble movimiento. Por un lado, los pacientes fueron adquiriendo prácticas asociadas a una lógica de consumo en lo atinente a las

políticas de salud y la búsqueda de servicios médicos (Conrad, 2005). Por otro lado, las organizaciones de atención gerenciada, la industria farmacéutica y algunas especialidades médicas como la cirugía estética tomaron a los pacientes como consumidores o mercados potenciales (Conrad, 2007).

En el marco de estas transformaciones, la tecnología médica cumple un papel destacado, junto con la industria farmacéutica y la genética, posicionando a los conceptos de farmaceutización (Abraham, 2010; Nichter, 1996; Williams, Gabe, y Davis, 2008) y genetización (Lippman, 1991; Lock, 2012) como nociones aglutinadoras de subcampos que expresan ampliaciones y especializaciones en los estudios de la medicalización desde el siglo XXI (Bell y Figert; 2012; Conrad, 2015). Conrad marca un cambio de funcionalidad de la tecnología que, previamente a estas transformaciones, era facilitadora de los procesos de medicalización, pero no constituía una fuerza impulsora de los mismos ni era parte de su proceso primario. Con el siglo XXI, las industrias farmacéuticas y la biotecnología se convirtieron en actores principales de la medicalización.

La tecnología también incide, según Peter Conrad y Valerie Leiter (2004) en dos aspectos de la medicalización: la creación de mercados de salud y, en la misma tónica, el acento sobre los usuarios del sistema de salud como consumidores. Esto supone un cambio de énfasis, desde el dominio de los ámbitos profesionales médicos hacia el mercado. Para Conrad y Leiter (2004) el desarrollo permanente de nuevas tecnologías, tratamientos y fármacos despierta el interés de los consumidores por el acceso a servicios y bienes médicos de cuño siempre renovado, y la publicidad actúa amplificando sus demandas.

A pesar del cambio en los actores, los profesionales médicos mantienen un lugar en los procesos de medicalización, que Conrad asocia a su rol de “guardianes de la expansión o contracción de la medicalización” (Conrad, 2013, p. 204). En una línea afín a estas consideraciones, Clarke y Shim señalan que, aunque la autonomía profesional ha sufrido una indudable erosión, aún es poderoso el predominio de la tecnociencia, de las intervenciones de carácter médico y, más ampliamente, del sector sociocultural y económico de la medicina (Clarke y Shim, 2011).

Sin embargo, el cambio de acento en los actores tiene otra consecuencia vinculada con la tecnología. La misma consiste en que la escala transnacional de la industria farmacéutica, el creciente empleo de fármacos para el control de conducta y la salud mental y los avances en procedimientos y terapéuticas vinculadas a la genética, llevan a la globalización de los abordajes medicalizados y a la penetración mundial de categorías diagnósticas occidentales de la biomedicina y biopsiquiatría (Conrad, 2015; Conrad y Bergey, 2014).

La radicalización del factor tecnológico en la biomedicalización

El lugar preponderante otorgado a la tecnología en los procesos de medicalización propició el surgimiento de una corriente que reposiciona a la tecnología como eje central. Esta corriente define a la fase actual de la medicalización como biomedicalización y plantea que la tecnología permea cinco rasgos fundamentales del fenómeno. Así, la biomedicalización incluye los siguientes aspectos. (i) Una nueva economía biopolítica de la medicina, la salud, la enfermedad, la vida y la muerte, que conforman una arena crecientemente elaborada en la cual los saberes biomédicos, las tecnologías, los servicios y el capital se relacionan en términos de una co-constitución o hibridación. (ii) La focalización en la salud misma (además de la enfermedad, dolencias y heridas), en la optimización y el mejoramiento de la salud en particular y de la vida en general a través de medios tecnocientíficos, por un lado; y, por el otro, la acentuación del riesgo y la vigilancia aplicados a niveles individuales, nichos y poblaciones. (iii) La creciente naturaleza tecnocientífica de las prácticas e innovaciones de la biomedicina, de manera que las intervenciones para el tratamiento y el mejoramiento de la salud reposan progresivamente en las ciencias y las tecnologías, son concebidas en términos tecnocientíficos y son aplicadas cada vez más rápidamente. (iv) Las transformaciones del conocimiento biomédico en lo atinente a su producción, a la administración de información, su distribución y consumo. (v) Por último, la transformación de los cuerpos a partir de la incorporación de nuevas propiedades y la producción de identidades tecnocientíficas tanto individuales como colectivas (Clarke, Shim, Mamo, Fosket y Fishman, 2003; Clarke et al., 2010).

Esta corriente toma el concepto de tecnociencia de Bruno Latour y desarrolla la noción de biomedicalización para referirse al “proceso crecientemente complejo, multisituado y multidireccional de la medicalización en la actualidad, que se encuentra, a la vez, en extensión y reconstitución a través de formas de vida emergentes y prácticas de una medicina alta y crecientemente tecnocientífica” (Clarke et al., 2003, p. 162). Latour (1987) trabajó el concepto de tecnociencia en función del enlace de ciencia y tecnología, dos dimensiones que en los estudios académicos aparecían separadas conceptual y analíticamente entre sí, a la vez que desligadas de otros dominios (económico, político, legal, etc.). Al igual que Latour, Clarke y sus colegas abogan por concebir la ciencia y la tecnología en términos de una co-constitución y tender un puente entre la investigación científica o tecnológica y sus aplicaciones prácticas.

La perspectiva de la biomedicalización reconoce y destaca la intensificación de la medicalización, en consonancia con los postulados de Conrad (2013). No obstante, en este caso, la intensificación de la medicalización se caracteriza primordialmente por la transformación de las innovaciones tecnocientíficas, tales como la biología molecular,

la biotecnología, la genomización, la medicina del trasplante y nuevas tecnologías médicas, así como también por la incorporación de tecnologías de información, computación y visualización de imágenes. Como señalan Rafaela Zorzanelli, Francisco Ortega y Benilton Bezerra (2014), el concepto de biomedicalización no desestima las tesis de la medicalización, sino que subraya el aporte de las sofisticaciones técnicas y las nuevas herramientas que produce la tecnociencia.

Por último, los orígenes intelectuales de la biomedicalización se remontan a la sociología médica, pero en el marco de un reconocimiento de los estudios de la ciencia y la tecnología como un campo transdisciplinario. A la vez, la biomedicalización se sitúa como parte del arco analítico que va desde la mirada clínica del siglo XVIII descrita por Michel Foucault (1963/2003), a la mirada molecular en el siglo XXI trabajada por Nikolas Rose (Clarke y Shim, 2011).

Las políticas de la vida como complejo tecnológico para el gobierno vital

Como tercer nodo del mapeo de perspectivas teóricas ubicamos una posición que se distancia de las conceptualizaciones de la medicalización y la biomedicalización, así como de sus contrapuntos teóricos e implicaciones prácticas; y propone pensar estos fenómenos más ampliamente bajo la categoría de políticas de la vida.

A pesar de esta divergencia con las corrientes de la medicalización y la biomedicalización, esta tercera posición teórica también ubica a las tecnologías biomédicas como elemento preponderante en las reflexiones actuales acerca de las políticas de la vida. Estas políticas —que para Rose están dotadas de un carácter emergente en virtud de su aún incipiente despliegue en el siglo XXI—, se destacan por constituirse en políticas de la vida misma, es decir, por tomar como foco la creciente capacidad de los individuos “de controlar, administrar, modificar, redefinir y modular las propias capacidades vitales (...) en cuanto criaturas vivas” (Rose, 2007, p. 3). También, según Rose, estas políticas de la vida se diferencian de otra forma histórica de políticas vitales, las políticas de la salud, que comprendieron el período que va desde el siglo XVIII hasta la primera mitad del siglo XX y se ocuparon —frecuentemente de manera coercitiva— de la salud de la población.

Nikolas Rose (2007) desarrolla una conceptualización amplia de tecnologías que contempla a aquellas aplicadas al diagnóstico (tanto el diagnóstico por imágenes como las distintas pruebas genéticas), a las utilizadas en farmacología y a las cirugías (de trasplante o reconstrucción de órganos, articulaciones o huesos, entre otras). Su definición incluye además a las maquinarias de soporte vital (sea para respiración mecánica, diálisis, transfusiones o quimioterapia) y la aparatología (prótesis, marcapasos e im-

plantes dentarios, entre otros). El aporte de Rose consiste en que concibe esta enumeración de tecnologías como un conjunto que expresa un híbrido entre conocimientos y técnicas, espacios y edificios, con relaciones sociales y humanas, juicios y prejuicios. A tono con la corriente de la biomedicalización (de la que Rose no participa, pero cuyos trabajos constituyen una explícita referencia), Rose sostiene que las tecnologías “producen y enmarcan a los seres humanos como tipos de entidades cuya existencia está simultáneamente capacitada y gobernada por su organización al interior de un campo tecnológico” (Rose, 1998, p. 27), es decir, que inciden en la formación y modelado de subjetividades, identidades y biosociabilidades (Iriart e Iglesias Ríos, 2013).

Rose también subraya que las tecnologías no son ética ni moralmente neutrales y que sus propósitos no se limitan a generar conocimientos nuevos, ya que también incluyen objetivos médicos, políticos y económicos, entre otros. Margaret Lock y Vinh-Kim Nguyen (2010) aportan que la aplicación de las tecnologías biomédicas modifica la concepción misma de lo humano y confrontan los conceptos de normalidad, patología y corrección moral.

Por otra parte, esta corriente analizó aspectos como las tecnologías reproductivas y de diagnóstico prenatal (Rapp, 1999) y los trasplantes de órganos (Das, 2000), entre otros temas, aportando lo que según Rose supone nuevos sentidos e ideas para pensar el propio cuerpo, la cura, así como el inicio y el fin de la vida. Rose postula que las tecnologías actualmente no apuntan solamente hacia la prevención o la cura de enfermedades (como las tecnologías estrictamente médicas o de la salud), sino que también se orientan al control de los procesos vitales y, por ello, son concebidas en términos de tecnologías de la vida.

Por lo expuesto, para Rose estas tecnologías no están circunscriptas a los polos salud-enfermedad. Estos polos permanecen, pero las intervenciones actúan en el presente para asegurar el estado óptimo y el mejor futuro posible de los sujetos. Esto supone que las intervenciones no se limitan a corregir la anormalidad o conducir acciones que reencaucen o restablezcan una normalidad distorsionada, sino que transforman y reconfiguran la noción misma de normalidad. El riesgo y el mejoramiento constituyen dos soportes de estas intervenciones, ambos regidos por el principio de la optimización (Rose, 2007).

Tal como señalamos, mediante el análisis conjunto de las investigaciones doctorales, verificamos que la lógica anticipatoria del riesgo y las estrategias de mejoramiento de la salud —mecanismos característicos de las políticas de la vida en la actualidad—, operan simultáneamente en procesos de medicalización y gobierno tanto de la infancia como del envejecimiento. En la próxima sección profundizamos este planteo.

Riesgo y mejoramiento como tecnologías de gobierno de la infancia y el envejecimiento

Al problematizar la infancia y el envejecimiento advertimos que estos dos procesos de la vida se constituyen como objetos de gobierno vital, es decir, que buscan ser regulados y normalizados mediante un complejo de tecnologías que intervienen a nivel biológico, corporal y subjetivo. En esta sección presentamos una construcción original emergente del análisis cruzado de las investigaciones sobre ambos procesos. Como aspectos fundamentales de los análisis efectuados interesa destacar las siguientes cuestiones.

En primer lugar, resaltamos que la infancia y el envejecimiento no constituyen etapas separadas ni estancas de la vida, sino que, por el contrario, son concebidos como momentos de un proceso, como expresiones del curso de la vida que configura un continuo vital en devenir. En este sentido, la infancia y el envejecimiento pueden pensarse como vasos comunicantes, en tanto los aspectos que se manifiestan en la infancia tienen implicancias para el futuro de la vida durante el proceso de envejecimiento y, concomitantemente, el envejecimiento también constituye un modo de expresión de acontecimientos y aspectos vitales que se anudan a lo largo de la vida, en cuyo curso, desde ya, se inscribe la infancia.

Así, la infancia y el envejecimiento aparecen como dos extremos que conectan el curso de la vida, aunque esto no implica concebirlos como entidades discretas sino como polos relacionales del proceso vital. En esta línea interpretativa corresponde distinguir, por un lado, el diagnóstico del TDAH de la infancia, y el envejecimiento de la vejez. El TDAH surgió como un diagnóstico marcadamente asociado a la detección en la infancia, pero en el siglo XXI, y vía la expansión de la categoría, se formula como un trastorno de toda la vida (Conrad, 2018). En países como Estados Unidos, se considera que el diagnóstico de TDAH en el segmento infantil está saturado, y se está avanzando en la realización de diagnósticos a niños y niñas pequeños/as (*toddlers*) y a adultos. Como consecuencia, la infancia se integra en un proceso vital más amplio como instancia vital destacada de detección, a la vez que constituye el momento dilecto en el que, como se marca en este artículo, se concentran las posibilidades de establecer prevenciones y lógicas anticipatorias del riesgo.

Por su parte, el envejecimiento es un proceso más general que comprende la vejez pero que la desborda, la antecede y la atraviesa. Entre el envejecimiento y la vejez puede establecerse una relación semejante a la que existe entre un proceso y un producto, en tanto el envejecimiento remite al proceso biológico que se extiende durante gran parte de la vida y, de alguna manera, no sólo conduce a la vejez, sino que también la

produce. Con todo, al hablar de infancia y envejecimiento no nos referimos a segmentos poblacionales delimitados por criterios etarios, sino a expresiones vitales que buscan ser moduladas.

En segundo lugar, con los análisis efectuados verificamos la puesta en acción de una misma estrategia que opera en los procesos de medicalización y gobierno de la infancia y del envejecimiento. Esta estrategia está delineada primordialmente por una lógica anticipatoria del riesgo y una búsqueda de mejoramiento de la salud y la vida, lo cual configura una compleja tecnología orientada a la modulación de aspectos vitales.

Estas observaciones preliminares, nos permiten reconocer que esta tecnología de modulación de aspectos vitales comprende dos grandes vectores o mecanismos generales, cuyo blanco de acción no se restringe a la infancia o al envejecimiento, sino que se despliega de modo transversal sobre el proceso vital como objeto de gobierno. Asimismo, amén de que estos mecanismos comportan rasgos comunes en la medicalización de la infancia y del envejecimiento, atañe percibir que, a la vez, asumen formas específicas de manifestación en cada momento del proceso vital.

Los próximos apartados de la presente sección desarrollan los dos grandes vectores o mecanismos que conforman la tecnología de modulación de aspectos vitales que opera concurrentemente en la infancia y en el envejecimiento. Es interesante notar que las lógicas del riesgo y del mejoramiento funcionan como un tándem operativo al interior de cada uno de estos mecanismos, que denominamos *epidemiologización de la vida* y *presentificación vital de riesgos futuros*.

Epidemiologización de la vida

La *epidemiologización de la vida* constituye el primer vector de la tecnología de modulación de aspectos vitales que actúa coincidentemente en la infancia y el envejecimiento. Se trata de un mecanismo por el cual los individuos son construidos como expresión directa de una tendencia poblacional. En la base de este vector se halla el discurso estadístico propio de la biopolítica, que apela a significaciones sociales de la epidemiología y la demografía para la producción de vidas epidemiológicas: vidas cuya singularidad biológica y subjetiva intenta ser modulada conforme a patrones de salud, morbilidad, riesgos o comportamientos atinentes a una escala macro social. Este mecanismo cristaliza prácticamente mediante el empleo frecuente de numerosa terminología epidemiológico-estadística para referirse a diversos asuntos relativos a la infancia y el envejecimiento.

En efecto, el análisis de documentos y discursos que realizamos da cuenta de la regularidad de referencias a términos como “casos”, “prevalencias”, “comorbilidades”, “factores”, entre otros, lo cual da clara pauta de su circulación social. Esta regularidad discursiva condensa y vehiculiza significaciones propias de la lógica del riesgo y del mejoramiento. Aquí presentamos algunos aspectos del modo en que este vector de la tecnología de modulación de aspectos vitales actúa respecto de la infancia y al envejecimiento.

Por una parte, *en el caso de la infancia* y en particular en el diagnóstico del TDAH, el mecanismo de epidemiologización de la vida se patentiza en la proliferación de terminología de corte estadístico empleada en la definición del cuadro clínico. Atravesado por la lógica del riesgo, el proceso diagnóstico del TDAH en la infancia integra una serie de datos generales, y el pronóstico opera interrelacionando esos datos impersonales, de manera que reagrupan factores heterogéneos entre sí que, como remarca Rose (1996), no necesariamente son peligrosos en sí mismos. En este marco, el “riesgo no es el resultado de un peligro concreto que porta un individuo o un grupo determinado, sino que es un efecto de la correlación de datos abstractos o factores que hacen más o menos probable la materialización de comportamientos indeseables” (Castel, 1986, p. 229).

Otro aspecto por resaltar es que en algunos discursos relevados la problemática vinculada al diagnóstico de TDAH es enunciada bajo un lenguaje epidemiológico-estadístico: “predictores”, “prevalencias” y “probabilidades” son términos con los que se designan posibles diagnósticos a futuro. De hecho, el cuadro de TDAH se estructura con una alta comorbilidad, siendo asociado a otras entidades psiquiátricas. Ello lo convierte en un factor de riesgo para otros procesos patológicos, como depresión, trastornos de alimentación, drogodependencias, dificultades de adaptación social, perturbaciones escolares y laborales, frente a los cuales la estrategia preventiva aparece como la más adecuada (Scandar, 2009).

Adicionalmente, en los documentos y discursos analizados detectamos modalidades enunciativas más generales que incluyen la mención a conceptos como “casos”, “riesgos diferenciales” y “comorbilidad”. Este último término adquiere especial relevancia en tanto la nosología del TDAH lo presenta como un trastorno con alta comorbilidad. El anudamiento entre cuadrar en los patrones diagnósticos del TDAH y la probabilidad de presentar comorbilidades —sea en la infancia o en el futuro— se documentó en las fuentes analizadas, aunque esta probabilidad no siempre sea enunciada en un lenguaje estadístico. Respecto de la correlación con otras patologías, los documentos informan sobre diversas entidades consideradas patológicas con las que el TDAH es pasible de correlacionar, abarcando los principales trastornos asociados, excluyendo el

uso de alcohol e incluyendo el trastorno de personalidad antisocial y trastorno de abuso de drogas psicoactivas, trastornos de ansiedad y trastornos de humor (Scandar, 2009).

Por otra parte, *en el caso del envejecimiento*, el mecanismo de epidemiologización de la vida funciona en dos niveles: uno de carácter eminentemente epidemiológico y otro más propiamente demográfico, ambos en indisoluble sinergia. La investigación realizada pone de relieve que, en la configuración del envejecimiento como proceso vital que busca ser modulado, intervienen dos acontecimientos de las sociedades contemporáneas: el envejecimiento poblacional y el aumento de la expectativa de vida.

Por un lado, el fenómeno del envejecimiento poblacional consiste en el incremento de la proporción de personas mayores de 60 años y la reducción concomitante de la proporción de personas jóvenes a nivel mundial. Así, se produce una modificación en la estructura de edades de la población, lo cual constituye una de las mayores transformaciones demográficas que enfrentan las sociedades en la actualidad. Por otro lado, el aumento de la expectativa de vida se asienta en el desarrollo de la medicina en general y de las tecnologías biomédicas en particular, lo que ha permitido gradualmente el control de diversas enfermedades y problemas de salud, generando la reducción de las tasas de morbilidad y mortalidad y, consecuentemente, el mencionado incremento de la expectativa de vida a nivel poblacional y de la longevidad a nivel individual. Conjuntamente, este proceso conllevó una transformación del patrón epidemiológico desde la primacía de las enfermedades contagiosas e infecciosas a las enfermedades no transmisibles, crónicas y degenerativas, con mayor incidencia en edades avanzadas.

En este contexto, el análisis documental y discursivo realizado destaca que distintos organismos internacionales como el Fondo Monetario Internacional (FMI), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas (ONU) se pronuncian sobre el carácter paradójico de estos fenómenos. En efecto, la OMS afirma que el envejecimiento poblacional es un indicador de la mejora de la salud mundial y de la calidad de vida, pero, al mismo tiempo, plantea un conjunto de problemas, desafíos o riesgos económicos, políticos y sociales (OMS, 2002). Estos discursos alertan sobre los riesgos que conlleva el incremento de las demandas de la población envejecida sobre los sistemas de salud, el financiamiento de los sistemas previsionales, la seguridad social y las consecuencias para el sistema laboral derivado del aumento de la población inactiva (Leiva, 2010; Zaidi, 2008). Por su parte, el discurso del FMI refiere a un “riesgo de longevidad”, derivado de que las personas vivan más de lo esperado, y señala que, si bien la “longevidad imprevista” es beneficiosa para los individuos, representa un enorme riesgo financiero para los gobiernos, los individuos y para la sociedad en su conjunto (FMI, 2012).

Los discursos del “riesgo del envejecimiento” y el “riesgo de longevidad” movilizan una gran malla de significaciones sociales epidemiológicas y demográficas mediante las cuales el envejecimiento es construido como un riesgo para la vida, lo que promueve y habilita la construcción de un arte de gobernar el envejecimiento como estrategia para gobernar la vida. Ahora bien, cabe reparar en que las observaciones y recomendaciones que formulan los organismos internacionales sobrepasan el plano discursivo en tanto impulsan líneas de acción que se plasman en políticas públicas y programas estatales, así como en prácticas concretas por parte de los sujetos. Un ejemplo de ello son los programas de envejecimiento activo y saludable (OMS, 2002); una estrategia gubernamental cuyo principio rector consiste en instar a los individuos a cuidarse a sí mismos mediante el desarrollo de un estilo de vida saludable —que incluye dieta, ejercicio físico, actividades educativas, recreativas e intergeneracionales— para lograr una vejez saludable. Se pone de relieve, así, la trabazón entre las lógicas del riesgo y del mejoramiento que operan en la tecnología de modulación de aspectos vitales como es, en este caso, el proceso de envejecimiento.

Ambos fenómenos analizados nos llevan a suscribir a las consideraciones de Nikolas Rose, Pat O’Malley y Mariana Valverde (2006) respecto de que el riesgo no alude a una realidad intrínseca, sino que constituye una modalidad específica de tratar e imaginar una problemática. El riesgo es una técnica probabilística, que clasifica eventos cuantificados en una distribución de frecuencias. Si bien se trata de una técnica de índole abstracta, es susceptible de dar lugar a múltiples formas de gobierno concretas. El riesgo sigue una lógica que consiste en que, cuando se detecta un conjunto de riesgos o de determinados factores de riesgo, se desencadena una señal. Sin embargo, no se parte de una situación empírica, sino de una abstracción, general y probabilística, que se deduce en función de los riesgos que se busca prevenir. Esto dota al concepto de riesgo de una amplitud estratégica que lo habilita a ser aplicado en una serie amplia de fenómenos, desde la administración organizacional y el desempleo, pasando por la enfermedad y la delincuencia, hasta las conductas y modos de vida.

Con todo, en los procesos de medicalización y gobierno de la infancia y el envejecimiento, la lógica del riesgo está presente por cuanto se alude a factores disímiles cuya interacción establece trayectorias vitales a futuro. Dichas trayectorias son diversas e integran y correlacionan diferentes circunstancias que pueden, o bien incrementar los riesgos, o bien morigerarlos. Así, por ejemplo, en el caso de la infancia se establece que el diagnóstico de TDAH está asociado al consumo de sustancias ilegales, y también se establece que ese perfil de consumo puede ser modificado si se lleva a cabo un tratamiento con fármacos legales como el metilfenidato, ya que su prescripción puede apaciguar los síntomas de impulsividad propios del diagnóstico de TDAH que

propenderían al consumo de sustancias ilegales. A la vez, la terapéutica medicamento-
sa con metilfenidato supone cuantiosos efectos adversos y contraindicaciones, lo cual
incrementa el riesgo de padecer estos efectos y pone en evidencia la imposibilidad de
una erradicación total de los riesgos involucrados en el diagnóstico y tratamiento por
TDAH.

En el caso del envejecimiento se constata que la gestión del riesgo y el mejora-
miento conforman una espiral por la cual las estrategias asociadas a un estilo de vida
saludable orientada a esquivar los riesgos del envejecimiento generan paradójicamente
“más envejecimiento”, tanto en términos de intensificación como de extensión de este
proceso vital, lo cual para esta lógica conlleva nuevos riesgos para la salud y la vida
misma.

El análisis de estas modalidades nos permite advertir el planteo de una paradoja
común a la infancia y al envejecimiento en los siguientes términos: para la erradica-
ción del riesgo se construye una multiplicidad de nuevos riesgos —sean intrínsecos al
individuo o amenazas externas—, susceptibles a su vez de nuevas políticas y prácticas
dirigidas a la minimización de dichos riesgos y la maximización de factores tendentes
a la prevención, la optimización y el mejoramiento. En este sentido y para concluir,
destacamos que el mecanismo de epidemiologización de la vida comporta un gran
efecto práctico. Aunque la circulación social de significaciones de cuño epidemiológico
y demográfico, vinculadas a la infancia y al envejecimiento, no conforma una estructu-
ra argumentativa sistemática, homogénea o coherente, incita la modulación de prácti-
cas y subjetividades atravesadas por la racionalidad del riesgo-mejoramiento.

Presentificación vital de riesgos futuros

El segundo vector de la tecnología de modulación de aspectos vitales que actúa coinci-
dentemente en la infancia y el envejecimiento consiste en la *presentificación vital de
riesgos futuros*. Este mecanismo implica la anticipación al tiempo presente de una posi-
bilidad potencial. Se relaciona, por un lado, con las acciones pre-enfermedad y el ac-
cionar de la tecnología en un estado de pre-paciente; y, por otro lado, con lo que Rose
denominó la “administración del yo” y de las vicisitudes de la vida social. Según Rose
(1996), existe un correlato entre el reemplazo del sujeto por la combinatoria de facto-
res de riesgo y el modo en que se configura el diagnóstico médico. En particular, en la
lógica del riesgo, los diagnósticos se fundamentan parcialmente en contenidos médi-
cos, ya que incluyen además otros asuntos como el historial de empleos, la vida fami-
liar, la capacidad de compra, el manejo del dinero y también información sobre la con-
ducta pasada, hábitos, estilo de vida y el comportamiento considerado socialmente pe-
ligroso. Tanto en el caso de la infancia como en el del envejecimiento, observamos que

el mecanismo de presentificación vital de riesgos futuros se vincula estrechamente a los efectos que la construcción de diagnósticos implica a nivel de objetivación de aspectos orgánicos, psicológicos o comportamentales, por un lado, y a nivel de la subjetivación y las prácticas, por otro.

Por una parte, en relación con *el caso de la infancia* y el diagnóstico de TDAH atañe señalar que Rose destacó la profundidad de las implicancias que tuvo la incorporación de la noción de riesgo en la psiquiatría. A diferencia de Robert Castel (1986), Rose afirma que los términos del juicio psiquiátrico ya no son clínicos y ni siquiera epidemiológicos, sino cotidianos, asociados a la gestión del día a día (Rose, 1996). En efecto, de los documentos analizados surgen numerosos enunciados que ilustran diversos tipos de dificultades futuras para los niños con diagnóstico de TDAH en el manejo cotidiano de la vida académica, laboral, social y afectiva. Éstas incluyen cambios continuos de intereses, inconstancia laboral, cambios en la vida en pareja y las faenas hogareñas, empleos en puestos de baja calificación, dificultades en el plano académico y financiero, automedicación, consumo de drogas y alcohol, accidentes automovilísticos y exacerbación de fantasmas y ensoñaciones (Scandar, 2009; Tallis, 2007).

Respecto a las mediciones del riesgo asociado al TDAH, documentamos investigaciones publicadas en periódicos argentinos, pero no realizadas en el país, que calculaban los días de ausencia laboral (Clarín, 2008). No obstante, sí documentamos estudios realizados en el país acerca de la continuidad entre el TDAH en la infancia y la adultez (Bär, 2010). Por otra parte, en relación con la vida en pareja y familiar, las fuentes señalan que el impacto del TDAH en adultos se verifica en numerosos aspectos, desde la mayor tasa de divorcios hasta descuidos en la crianza de los hijos. Estas fuentes subrayan que el diagnóstico de TDAH permite una adecuada comprensión de las conductas de quien lo padece en la adultez, a la vez que lleva a desechar explicaciones acerca de atributos personales moralmente condenables como pereza, desamor, falta de reconocimiento de los otros, egoísmo o irresponsabilidad, resituándolos en la lógica de los síntomas del trastorno (Parker-Pope, 2010). Así, las fallas en la “administración del yo”, la insuficiente pericia para afrontar a la familia, el estudio, el trabajo, el dinero, las labores domésticas se tornan criterios potenciales de calificación psiquiátrica.

La inclusión del riesgo como criterio diagnóstico funciona como sustrato de un conjunto de “prácticas divisorias”, que separan el “yo prudente” del “imprudente”, el yo que se administra a sí mismo del yo que debe ser administrado por otros. El riesgo es también un criterio clave para la intervención psiquiátrica, dado que la gestión de poblaciones en términos de riesgo transforma al individuo en un “caso” que exhibe una falla interna, sea moral, psicológica o biológica (Rose, 1996). El lenguaje del riesgo se hace patente en este punto a través de la alusión a cálculos y mediciones de proba-

bilidades de exhibir una correlación con una serie de cuestiones que no se agotan en la comorbilidad con otras entidades patológicas, sino que incluyen un amplio abanico de dificultades sociales, laborales, familiares, académicas y en relación con la ley. Todos estos factores están puestos al servicio del presentificar un riesgo futuro.

Por otra parte, *en el caso del envejecimiento*, el mecanismo de presentificación vital de riesgos futuros se asienta en la diferenciación sustancial entre el envejecimiento y la vejez antes mencionada y entraña una serie de construcciones. En primer lugar, destacamos que de los discursos y documentos analizados emerge que el envejecimiento y la vejez no son considerados una enfermedad o trastorno en sí mismos. Sin embargo, ambos aspectos vitales se hallan atravesados por un imaginario social en el que el envejecimiento y la vejez se presentan como algo negativo o indeseable. Así, la vejez aparece vinculada a un campo semántico conformado por los sentidos de fragilidad, vulnerabilidad, dependencia, improductividad, deterioro, pérdida, invisibilidad, pasividad, marginación, aislamiento, deserotización, enfermedad, proximidad a la muerte, entre otros (Iacub, 2011; Salvarezza, 2001). En segundo lugar, y sobre la base de estos supuestos, la vejez es construida como una etapa de la vida asociada a múltiples malestares, al punto de que ésta misma es construida como un malestar que puede asumir múltiples formas, como por ejemplo: (i) el malestar ante la manifestación de signos del envejecimiento (como arrugas, canas, calvicie, etcétera), de carácter estético; (ii) el malestar ante la identidad de viejo, de cuño más psicológico; y (iii) el malestar ante la amenaza de las enfermedades crónicas y la dependencia, en el que se entrelazan aspectos biomédicos y subjetivos.

El malestar de la vejez opera tanto en los sujetos envejecidos como también, y fundamentalmente, en los sujetos envejecientes. Esto quiere decir que en particular atañe a los viejos que experimentan la vejez como una realidad de su propio presente, pero en general concierne a todos los individuos en razón de que el envejecimiento es un proceso universal de carácter normal que conduce inevitablemente hacia la vejez. Así, la normalidad del envejecimiento queda impregnada del malestar de la vejez, lo cual se manifiesta como una inquietud presente, un riesgo potencial y una realidad futura. La vejez es prefigurada como una amenaza cierta pero potencial en la vida de los individuos en razón de las diversas condiciones negativas y riesgos a los que es asociada; mientras que el envejecimiento se convierte en un peligro infinito que permea toda la vida y que demanda una gestión permanente del riesgo.

En la medida en que la vejez se configura como un malestar y una amenaza inexorable a quienes logren llegar hasta allí, el malestar de la vejez opera como un activador de prácticas y modos de subjetivación mediante los cuales los sujetos buscan gobernar su propio proceso de envejecimiento. A este fin juegan un rol preponderante diversas

tecnologías de objetivación del envejecimiento que permiten construir un diagnóstico del envejecimiento, aunque éste no sea considerado una entidad patológica o un trastorno en sí mismo, como en el caso de la infancia sí lo es el TDAH. El entramado de mecanismos diagnósticos comprende tecnologías cualitativas que buscan objetivar el estilo de vida de los individuos; tecnologías cuantitativas de medición de biomarcadores, que objetivan el estado biológico del envejecimiento; y tecnologías genéticas que producen una objetivación genético-molecular de estados biológicos potenciales que pueden representar un riesgo para el individuo. Con base en la objetivación del estado presente y los riesgos potenciales del envejecimiento, las prácticas orientadas al mejoramiento de la salud y la vida buscan preponderantemente reorientar una trayectoria vital. Las intervenciones en el curso presente del envejecimiento procuran, o bien generar una recuperación de valores o condiciones pasadas asociadas a estados de mayor vitalidad, lozanía o mejor salud; o bien promover una rectificación de dichos valores o condiciones a fin de alcanzar un mejoramiento del estado buscado en el futuro.

El análisis conjunto del mecanismo de presentificación vital de riesgos futuros en los procesos de medicalización y gobierno de la infancia y el envejecimiento pone de relieve la concepción de la vida como un continuo vital. La objetivación diagnóstica de diversos aspectos que buscan ser modulados, así como las intervenciones prácticas desarrolladas a tal fin, operan sobre un presente vital que conecta indisolublemente con dos polos temporales: por un lado, con acontecimientos vitales pasados con los que guardan necesaria conexidad; y, por el otro, con el futuro vital que es el tiempo donde coinciden la potencialidad del riesgo y la posibilidad del mejoramiento.

Epílogo

Este trabajo se fundamenta en un triple movimiento analítico. El primero radica en los análisis documentales y discursivos llevados a cabo en las tesis doctorales sobre la infancia (Bianchi, 2014b) y el envejecimiento (Rodríguez Zoya, 2016), a partir de los cuales se han desarrollado construcciones conceptuales independientes que sustentan cada una de las dos investigaciones. El segundo movimiento conlleva la puesta en relación de tales hallazgos y construcciones particulares a fin de detectar regularidades y tensiones entre los fenómenos estudiados. El tercer momento consiste en la concepción de una nueva construcción conceptual fundamentada en los análisis particulares relativos a la infancia y al envejecimiento, que, a la vez, adquiere carácter transversal a los mismos en tanto los engloba y resulta explicativa de ambos. Por tanto, el artículo constituye una emergencia analítica que aspira a generar un aporte al campo de estudios de la bio/medicalización y el gobierno de la vida.

La construcción conceptual emergente del análisis conjunto de los procesos de medicalización y gobierno de la infancia y el envejecimiento ha sido concebida en términos de una compleja tecnología de modulación de aspectos vitales conformada por dos vectores: la epidemiologización de la vida y la presentificación vital de riesgos futuros. Es interesante reparar en que estos dos mecanismos se relacionan directamente con la perspectiva de la biomedicalización. Así, el vector de epidemiologización de la vida entronca con la concepción de la estadística como tecnología biopolítica creadora de normas en virtud de las cuales se establecen blancos de acción. Por su parte, el vector de presentificación vital de riesgos futuros manifiesta un desplazamiento iluminado por esta corriente teórica: el cambio de focalización desde la enfermedad hacia “la salud misma” y la búsqueda de mejoramiento.

Destacamos también que los dos mecanismos analizados ponen en juego lo que Rose llama “prácticas divisorias”, que separan a los individuos considerados aptos para administrar su yo, de los que fallan, así como distinguen a aquéllos que presentan factores más marcados de determinado diagnóstico, de los que no lo tienen, tratándose de un trastorno concreto como el TDAH en la infancia o de algún aspecto concebido como riesgo o malestar en relación con el envejecimiento. La manera en que actúa esta tecnología de modulación de aspectos vitales pone de manifiesto la operatividad de nuevas formas de normalización organizadas preponderantemente por las lógicas del riesgo y el mejoramiento.

En virtud del análisis afirmamos que los procesos de medicalización de la infancia y del envejecimiento constituyen dos grandes engranajes de un dispositivo de gobierno de la vida, que opera a nivel microfísico modulando tanto aspectos biológicos como configurando prácticas y subjetividades. Además, esta escala micro de gobierno entronca con la dimensión macro del biopoder en tanto las modulaciones sobre la infancia y el envejecimiento conllevan implicancias a nivel poblacional. Se advierte, pues, el alcance social y político de estos fenómenos y la relevancia de su estudio.

Para finalizar importa comprender que en tanto la vida es concebida como un continuo vital, y la infancia y el envejecimiento como extremos relacionales de éste, la tecnología de modulación analizada no sólo actúa en distintos momentos de la vida como lo son la infancia y el envejecimiento —y que también lo hace sobre diversos aspectos y de maneras particulares en cada uno—, sino que nunca deja de intervenir. Los procesos de medicalización, biomedicalización y gobierno de la vida encuentran, así, una vía de propagación delineada por tecnologías de normalización que, por un lado, fundan su modo de intervención en la lógica del riesgo y el mejoramiento; y, por el otro, prefiguran su blanco de acción en la vida como forma modulable y experiencia posible.

Referencias

- Abraham, John (2010). Pharmaceuticalization of society in context: Theoretical, empirical and Health Dimensions. *Sociology*, 44(4), 603-622.
<https://doi.org/10.1177/0038038510369368>
- Bär, Nora (2010, 27 de marzo). La otra cara del déficit de atención. *Diario La Nación*. Recuperado de: <http://www.lanacion.com.ar/1247800-la-otra-cara-del-deficit-de-atencion>
- Becker, Howard (1963/2009). *Outsiders: hacia una sociología de la desviación*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Bell, Susan & Figert Anne (2012). Medicalization and pharmaceuticalization at the intersections: Looking backward, sideways and forward. *Social Science & Medicine*, 75, 775-783. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.04.002>
- Bell, Susan & Figert, Anne (2015). *Reimagining (bio)medicalization, pharmaceuticals and genetics. Old critiques and new engagements*. New York-London: Routledge.
- Bergey, Meredith; Filipe, Angela; Conrad, Peter & Singh, Ilina (2018). *Global Perspectives on ADHD: Social Dimensions of Diagnosis and Treatment in 16 Countries*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Bianchi, Eugenia (2010). La perspectiva teórico-metodológica de Foucault. Algunas notas para investigar al "ADHD". *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 8(1), 43-65.
- Bianchi, Eugenia (2014a). Biopolítica: Foucault y después. Contrapuntos entre algunos aportes, límites y perspectivas asociados a la biopolítica contemporánea. *Astrolabio Nueva Época*, 13(1), 218-251.
- Bianchi, Eugenia (2014b). *Gubernamentalidad, tecnologías y disputas. Una genealogía de los saberes profesionales acerca del ADHD (Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad) en la infancia (1994-2012)*. Tesis de doctorado sin publicar. Universidad de Buenos Aires.
- Castel, Robert (1986). De la peligrosidad al riesgo. En Fernando Álvarez-Uría y Julia Varela (Comps.), *Materiales de Sociología crítica* (pp. 219-243). Madrid: La Piqueta.
- Clarín. (2008, 28 de mayo). Un empleado con déficit de atención pierde un mes de trabajo por año. *Diario Clarín*. Recuperado de: <http://edant.clarin.com/diario/2008/05/28/sociedad/s-01681546.htm>
- Clarke, Adele & Shim, Janet (2011). Medicalization and biomedicalization revisited: Technoscience and transformations of health, illness and american Medicine. En Bernice A. Pescosolido, Jack K. Martin, Jane D. McLeod & Anne Rogers (Eds.), *Handbook of the sociology of health, illness, and healing. A Blueprint for the 21st Century* (pp. 173-195). New York: Springer.
- Clarke, Adele; Mamo, Laura; Fosket, Jennifer; Fishman, Jennifer & Shim, Janet (2010). *Biomedicalization. Technoscience, health and illness*. Durham-London: Duke University Press.

- Clarke, Adele; Shim, Janet; Mamo, Laura; Fosket, Jennifer & Fishman, Jennifer (2003). Biomedicalization: Technoscientific transformations of health, illness, and U.S. biomedicine. *American Sociological Review*, 68(April), 161-194.
- Conrad, Peter (2005). The shifting engines of medicalization. *Journal of Health and Social Behavior*, 46, 3-14. <http://www.jstor.org/stable/4147650>
- Conrad, Peter (2007). *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Conrad, Peter (2013). Medicalization: Changing contours, characteristics, and contexts. En William Cockerham (Ed.), *Medical sociology on the move: new directions in theory*, (pp. 195-214). New York: Springer.
- Conrad, Peter (2015). Foreword. En Susan Bell & Anne Figert (Eds.), *Reimagining (bio)medicalization, pharmaceuticals and genetics. Old critiques and new engagements* (pp. vii-ix). New York-London: Routledge.
- Conrad, Peter (2018). Prefacio. En Silvia Faraone & Eugenia Bianchi (Comps.), *Medicalización, salud mental e infancias: Perspectivas y debates desde las Ciencias Sociales en Argentina y el sur de América Latina* (pp. 11-14). Buenos Aires: Teseo.
- Conrad, Peter & Bergey, Meredith (2014). The impending globalization of ADHD: Notes on the expansion and growth of a medicalized disorder. *Social Science and Medicine*, 122, 31-43. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.10.019>
- Conrad, Peter & Leiter, Valerie (2004). Medicalization, markets and consumers. *Journal of Health and Social Behavior*, 45, 158-176.
- Das, Veena (2000). The practice of organ transplants: networks, documents, translations. En Margaret Lock, Allan Young & Alberto Cambrosio (Eds.), *Living and working with the new medical technologies. Intersections of inquiry* (pp. 263-287), Cambridge: Cambridge University Press.
- Fondo Monetario Internacional-FMI (2012). The financial impact of longevity risk. *Global financial stability report*. Washington DC: FMI.
- Foucault, Michel (1963/2003). *El nacimiento de la clínica*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Foucault, Michel (1976/2002). *Historia de la sexualidad*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Foucault, Michel (1996). *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires: Altamira.
- Foucault, Michel (1999/2000). *Los anormales*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Foucault, Michel (2003/2005). *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires: FCE.
- Foucault, Michel (2004/2006). *Seguridad, territorio, población*. Buenos Aires: FCE.
- Freidson, Eliot (1970/1978). *La profesión médica*. Barcelona: Península.
- Goffman, Erving (1961/1998b). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goffman, Erving (1963/1998a). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gordon, Colin (1991). Governmental rationality. An Introduction. En Graham Burchell, Colin Gordon & Peter Miller (Eds.), *The Foucault Effect. Studies in Governmentality*, (pp. 1-52). Chicago: The University of Chicago Press.

- Iacub, Ricardo (2011). *Identidad y envejecimiento*. Buenos Aires: Paidós.
- Illich, Ivan (1976). *Medical Nemesis. The expropriation of health*. London: Random House.
- Iriart, Celia & Iglesias Ríos, Lisbeth (2013). La (re)creación del consumidor de salud y la biomedicalización de la infancia. En Cecília Azevedo Lima Collares, Maria Aparecida Affonso Moysés & Mônica Cintrão França Ribeiro (Orgs.), *Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos*, (pp. 21-40). Campinas: Mercado de Letras.
- Latour, Bruno (1987). *Science in action. How to follow scientists and engineers through society*. Cambridge-Massachusetts: Harvard University Press.
- Leiva, Alicia (2010). Reflexiones, debates y consensos en torno al envejecimiento, las transferencias y la protección social. *Notas de Población. CELADE-División de Población de la CEPAL*, 37(90), 185-215.
- Lippman, Abby (1991). Prenatal genetic testing and screening: Constructing needs and reinforcing inequities. *American Journal of Law & Medicine*, 17, 15-50.
- Lock, Margaret (2012). From genetic to postgenomics and the discovery of the new social body. En Marcia Inhorn & Emily Wentzell (Eds.), *Medical anthropology in the intersections* (pp. 129-160). Durham: Duke University Press.
- Lock, Margaret & Nguyen, Vinh-Kim (2010). *An anthropology of biomedicine*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Lupton, Deborah (1997). Foucault and the medicalization critique. En Alan Petersen & Robin Bunton (Eds.), *Foucault, Health and Medicine* (pp. 99-110), London-New York: Routledge.
- Murguía, Adriana; Ordorika, Teresa & Lendo, León (2016). El estudio de los procesos de medicalización en América Latina. *História, Ciências, Saúde*. 23(3), 635-651. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702016005000009>
- Nichter, Mark (1996). Pharmaceuticals, the commodification of health, and the health care-medicine use transition. En Mark Nichter & Mimi Nichter (Eds.), *Anthropology and international health: Asian care studies, theory and practice in medical anthropology and international health* (pp. 265-326). Amsterdam: Gordon & Breach Science Publishers.
- Organización Mundial de la Salud-OMS (2002). *Active ageing. A policy framework*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Parker-Pope, Tara (2010, 24 de julio). ¿Déficit de atención en el matrimonio? *Diario La Nación*. Recuperado de: <http://www.lanacion.com.ar/1287706-deficit-de-atencion-en-el-matrimonio>
- Rabinow, Paul (1996). *Essays on the Anthropology of Reason*. New Jersey: Princeton University Press.
- Rapp, Rayna (1999). *Testing women, testing the fetus. The social impact of Amniocentesis in America*. New York-London: Routledge.
- Rodríguez Zoya, Paula (2016). *El dispositivo biopolítico de revitalización en la gubernamentalización del envejecimiento. Problematización, eventualización y analítica de tecnologías de rejuvenecimiento, longevidad y vejez saludable*

- para el gobierno del envejecimiento*. Tesis de doctorado sin publicar. Universidad de Buenos Aires.
- Rose, Nikolas (1996). Psychiatry as a Political Science: Advanced liberalism and the administration of risk. *History of the Human Sciences*, 2(9), 1-23.
- Rose, Nikolas (1998). *Inventing ourselves. Psychology, power and personhood*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rose, Nikolas (2007). *Politics of life itself. Biomedicine, Power and Subjectivity in the Twenty-First century*. Princeton-Oxford: Princeton University Press.
- Rose, Nikolas; O'Malley, Pat & Valverde, Mariana (2006). Governmentality. *Annual Review of Law and Social Science*, 2, 83-104.
<https://doi.org/10.1146/annurev.lawsocsci.2.081805.105900>
- Salvarezza, Leopoldo (2001). *El envejecimiento. Psiquis, poder y tiempo*. Buenos Aires: Eudeba.
- Scandar, Rubén (2009). *El niño que no podía dejar de portarse mal. TDAH: su comprensión y tratamiento*. Buenos Aires: Distal.
- Sismondo, Sergio (2010). *An Introduction to Science and Technology Studies*. Sussex: Wiley- Blackwell.
- Szasz, Thomas (1961/1973). *El mito de la enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Szasz, Thomas (1970/2001). *Ideología y enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Tallis, Jaime (2007). Neurología y trastorno por déficit de atención: mitos y realidades. En Beatriz Janin (Comp.), *Niños desatentos e hiperactivos. ADD/ADHD. Reflexiones críticas acerca del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad* (pp. 187-223). Buenos Aires: Noveduc.
- Williams, Simon; Gabe, Jonathan & Davis, Peter (2008). The sociology of pharmaceuticals: progress and prospects. *Sociology of Health & Illness*, 30, 813-24. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2008.01123.x>
- Zaidi, Asghar (2008). Features and challenges of population ageing: The European perspective. Policy Brief. *European Centre for Social Welfare Policy and Research*, 1, 3-19.
- Zola, Irving (1972). Medicine as an institution of social control. *The sociological Review*, 20, 487-504.
- Zorzanelli, Rafaela; Ortega, Francisco & Bezerra Benilton (2014). Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(6), 1859-1868. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.03612013>



Este texto está protegido por una licencia [Creative Commons 4.0](#).

Usted es libre para Compartir —copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato— y Adaptar el documento —remezclar, transformar y crear a partir del material— para cualquier propósito, incluso comercialmente, siempre que cumpla la condición de:

Atribución: Usted debe reconocer el crédito de una obra de manera adecuada, proporcionar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios . Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que tiene el apoyo del licenciante o lo recibe por el uso que hace.

[Resumen de licencia](#) - [Texto completo de la licencia](#)