

CRIANZAS MEDICALIZADAS Y TECNOLOGÍAS PSICOSOCIALES PARA EL GOBIERNO DE LA INFANCIA: CUANDO LAS MADRES CUENTAN

MEDICALISED PARENTING AND PSYCHOSOCIAL TECHNOLOGIES FOR THE GOVERNANCE OF CHILDHOOD: WHEN MOTHERS MATTER

INMA HURTADO-GARCÍA

Author / Autora:

Inma Hurtado-García
Universidad de Alicante
Alicante, España
inma.hurtado@ua.es
<http://orcid.org/0000-0002-6745-6817>

Submitted / Recibido: 23/09/2021

Accepted / Aceptado: 02/05/2022

To cite this article / Para citar este artículo:
Hurtado-García, I. (2022). Crianzas medicalizadas y tecnologías psicosociales para el gobierno de la infancia: cuando las madres cuentan. *Feminismo/s*, 40, 255-280. <https://doi.org/10.14198/fem.2022.40.11>

Licence / Licencia:

This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International.



© Inma Hurtado-García

Resumen

La crianza es un ámbito creciente de experticia en la que el discurso profesional viene organizando el conocimiento sobre la infancia y sus requerimientos solapando, a su vez, el conocimiento lego, corrigiéndolo, reformulándolo o ampliándolo con nuevos aspectos no contemplados. La crianza se convierte así en una suerte de «tecnología del tú», un saber que no solo implica conocer el desarrollo y necesidades de hijas e hijos, sino también ser capaz de modificar ciertas características a través del entrenamiento de habilidades y actitudes. El presente artículo plantea como objetivo el análisis de las implicaciones que la crianza contemporánea guiada por profesionales tiene en el caso del Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) infantil. La metodología empleada ha sido el trabajo de campo realizado a lo largo de los dos periodos de investigación con asociaciones de familias con hijos diagnosticados con TDAH de la provincia de Alicante (España) junto con entrevistas en profundidad a madres pertenecientes a alguna de las asociaciones. Por un lado, los resultados nos muestran las exigencias de la crianza como contexto de

emergencia de la hiperactividad. En él se produce un aumento de las responsabilidades que el discurso hegemónico delega en la esfera familiar, donde el entrenamiento conductual de las familias ha pasado a ser considerado uno de los recursos terapéuticos. Por otro lado, queda manifiesto que la ideología maternal continúa depositando en las madres la responsabilidad material y simbólica de la crianza, que en estos casos también conlleva un abordaje terapéutico, contribuyendo a la insostenibilidad de un modelo que impacta significativamente en las vidas de las mujeres. Por lo tanto, podemos concluir que el discurso experto sobre el TDAH reúne las características para convertirse en epítome de la crianza científica contemporánea, que el conocimiento aplicado de los saberes *psi* y las neurociencias intensifican las responsabilidades de la maternidad, y que la crianza guiada se mantiene generizada, individualizada y descontextualizada.

Palabras clave: crianza; hiperactividad; género; discurso experto.

Abstract

Parenting/mothering is a growing field of expertise in which professional discourse has been organizing knowledge about childhood and its requirements, in turn overlapping lay knowledge, correcting it, reformulating it or expanding it with new aspects that were not contemplated. Parenting thus becomes a kind of «technology of you», a knowledge that not only implies knowing the development and needs of children, but also being able to modify certain characteristics through the training of skills and attitudes. The aim of this article is to analyze the implications of contemporary parenting guided by professionals in the case of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children. The methodology used was fieldwork carried out during the two research periods with associations of families with children diagnosed with ADHD in the province of Alicante (Spain) together with in-depth interviews with mothers belonging to some of the associations. On the one hand, the results show us the demands of parenting as a context for the emergence of hyperactivity. In this context, there is an increase in the responsibilities that the hegemonic discourse delegates to the family sphere, where the behavioural training of families has come to be considered one of the therapeutic resources. On the other hand, it is clear that maternal ideology continues to place the material and symbolic responsibility for upbringing on mothers, which in these cases also entails a therapeutic approach, contributing to the unsustainability of a model that has a significant impact on women's lives. Therefore, we can conclude that the expert discourse on ADHD has the characteristics to become the epitome of contemporary scientific parenting, that the applied knowledge of *psi* and neurosciences intensifies the responsibilities of motherhood, and that guided parenting remains gendered, individualized and decontextualized.

Keywords: parenting; hyperactivity; gender; expert discourse.

I. INTRODUCCIÓN

La crianza es un ámbito creciente de experticia en la que el discurso profesional viene organizando el conocimiento hegemónico sobre la infancia y sus requerimientos solapando el conocimiento lego, corrigiéndolo, reformulándolo o ampliándolo con nuevos aspectos no contemplados. Se convierte así en una suerte de «tecnología del tú», un saber que no solo implica aprender y conocer con y sobre la descendencia, sino también ser capaz de modificar ciertas características a través del entrenamiento de las habilidades y actitudes ma(pa)rentales.

La crianza, más allá de la viabilidad de individuos aislados como sucede en otras especies, es el proceso de inserción en el grupo social, de «instalación en la vida» (González-Echevarría, 2010). Su capitalidad como lugar social desde el que diseñar un determinado paisaje social al servicio de otros intereses ha quedado manifiesto en el interés histórico de lo público por introducirse en esta esfera de lo privado e íntimo. En las sociedades complejas, la tarea de instalar a la prole en la vida social ha implicado, paulatinamente, un campo de conocimientos más allá del acervo popular y profano.

Desde inicios del siglo XX, el discurso experto –fundamentalmente el médico y psicológico– fue penetrando de manera intensiva y normativa en los hogares, en los saberes y en las prácticas de crianza modelando, mayormente, el sentido y las responsabilidades maternas. En este sentido, podemos identificar la ideología hegemónica actual de la crianza a partir de tres rasgos que se han ido intensificando históricamente: la centralidad de las necesidades de las criaturas, la responsabilización maternal en cubrirlas, y la necesaria formación profesional para su desempeño. Esta última ha adquirido en las últimas décadas una amplificación destacable gracias a la multiplicación de recursos profesionales y las facilidades de acceso a la información. Las directrices profesionales han enfatizado, a su vez, los otros dos rasgos mencionados.

Los dispositivos expertos han incrementado su autoridad y amplificado sus canales de difusión. Toda una oferta de profesionales, de escuelas de madres y padres, de libros o comunidades online, reclaman la necesidad de información y ponen a disposición sus modelos de crianza. En este contexto, repensar la crianza implica, entre otras tareas: desvelar su carácter

sociocultural, mostrar cómo se encarnan y reactualizan los discursos hegemónicos, dar cuenta de sus fisuras, así como analizar de qué modo las maternidades y paternidades se entretajan con las consideraciones contemporáneas sobre la infancia. Estos encajes, no exentos de tensiones sociales, desequilibrios y desigualdades de género, representan particularmente un desafío cuando la «instalación» de la infancia en la vida social entraña mayor dificultad. Este es el caso de la crianza de la infancia diagnosticada con un Trastorno de Déficit de Atención y/o Hiperactividad (TDAH).

El discurso experto sobre el TDAH, cimentado en el actual régimen de verdad de las neurociencias, deposita en el cerebro y en sus bases biológicas el origen del desarrollo y la razón del comportamiento infantil. Esta perspectiva, cuya premisa es la plasticidad neuronal, se ha traducido en el necesario entrenamiento de prácticas de crianza como parte del abordaje terapéutico. La penetración de los discursos expertos en la esfera familiar y las experiencias de las madres en la crianza monitorizada del TDAH de sus descendientes supone un campo privilegiado para mostrar los efectos que sobre las mujeres están teniendo las nuevas competencias emanadas desde los discursos expertos sin un cuestionamiento previo de las desigualdades de género en la asunción de la crianza.

Este artículo es parte de una investigación más amplia que, desde la epistemología feminista, aborda el estudio de cómo las prácticas y métricas socio-psico-biomédicas atraviesan los cuerpos y sus experiencias¹. A su vez es deudor de los proyectos de investigación que le precedieron², en los que analizamos diferentes modalidades de gobernanza y participación ciudadana en salud, así como las formas de conocimiento emergentes generadas a partir de ello. En estos, mi aportación se centró en un acercamiento etnográfico a la experiencia asociativa de madres y padres de infancia con TDAH en el contexto español; si bien, la aproximación a estas iniciativas colectivas

1. La investigación presentada en este trabajo ha sido financiada por el Ministerio de Ciencia e Innovación: «Epistemologías híbridas: cuerpos, biometrías y ensamblajes» (PID2019-105428RB-I00).

2. El proyecto: «Voces múltiples, saberes plurales y tecnologías biomédicas» (MINECO, FFI2015-65947-C2-1-P) y «Visiones y versiones de las tecnologías biomédicas. Análisis de la producción y circulación de saberes expertos/legos en prácticas biomédicas» (MEC, FFI2012-38912-C02-02).

me permitió adentrarme en otros aspectos esenciales como su experiencia familiar. En los discursos y prácticas desplegados en las asociaciones, la crianza devenía en una actividad de gestión de la infancia en la que destacaban elementos claves como la intensificación de la crianza en las madres debido a los mandatos de género, los efectos emocionales de la controversia asociada al diagnóstico del TDAH, y la incorporación en las prácticas de crianza del discurso experto. El análisis que presento en este artículo indaga en estas cuestiones tratando de identificar cómo los discursos expertos sobre la crianza han impactado en la experiencia de las madres con niños diagnosticados de TDAH.³

Los datos etnográficos utilizados fueron recabados a lo largo de los dos periodos de investigación con asociaciones de familias con hijos diagnosticados con TDAH de la provincia de Alicante (España). En concreto, estos se derivan de cinco de las entrevistas en profundidad realizadas a madres pertenecientes a alguna de las asociaciones. Respecto a las características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas, cabe matizar que estas responden al perfil de quienes suelen involucrarse en estas asociaciones: en su gran mayoría son mujeres, provenientes de núcleos urbanos, de clase media, con estudios secundarios y superiores, y con un perfil profesional cualificado. Además de las entrevistas, he utilizado el material testimonial recabado en las reuniones y actividades públicas propuestas por las asociaciones⁴. La gran actividad generada por el tejido asociativo en torno al TDAH me ha permitido acceder a información relevante de foros, sitios web y publicaciones promovidas por y destinadas a las familias de menores con TDAH. Por último, para realizar un estudio de la penetración del discurso experto en el dominio doméstico de la crianza, he llevado a cabo la revisión sistemática de materiales producidos por las asociaciones y fundaciones

-
3. En este artículo utilizaré el masculino genérico cuando me refiera al TDAH para dar cuenta de que el sujeto al que se remite normalmente cuando se problematiza el TDAH es el del varón en su manifestación de la hiperactividad. Asimismo, los estudios nos indican que en la infancia, la hiperactividad se continua identificando de manera diferencial con un diagnóstico más frecuente en niños que en niñas (Hurtado-García, 2019).
 4. Las personas entrevistadas firmaron un consentimiento informado en el que aceptaban participar en la investigación. Prescindiremos de los nombres propios utilizando un seudónimo.

en torno al TDAH del contexto español. En ellas, he recogido una gran cantidad de guías de profesionales *psi* sobre crianza y educación dirigidas a que «padres» y «maestros» eviten o compensen en su ámbito de acción las conductas no deseadas, de las que once han sido utilizadas para el análisis.

2. EL TDAH Y LA INFANCIA (IN)GOBERNABLE

El TDAH en la actualidad es el diagnóstico infantil más frecuente a nivel internacional así como el más controvertido de entre los trastornos neuropsiquiátricos, lo que se manifiesta en las cifras de su prevalencia como en el debate activo que mantiene dividida a la comunidad científica, clínica y educativa. Aunque varía según estudios en un margen de 3% a 12% (Faraone et al., 2003), los datos más recientes estiman una prevalencia de 7,2% de incidencia a nivel internacional en la infancia y adolescencia (Thomas et al., 2015). A ello hay que añadir una tendencia generalizada en el aumento del número de diagnósticos que, en el caso del contexto español, ha llegado en los últimos años incluso a cuadruplicarse (Saiz, 2013).

El DSM-5, última versión del manual de enfermedades psiquiátricas elaborado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2013), define el TDAH como un trastorno crónico del neurodesarrollo que comienza en la infancia y que frecuentemente continua en la adultez. Aunque su etiología sigue sin ser clara, algunas investigaciones recogen el surgimiento de evidencias que podrían mostrar su base neurobiológica y genética (Spencer et al., 2007). Se considera que el trastorno está presente cuando las conductas de inatención, hiperactividad e impulsividad tienen una frecuencia e intensidad mayor de lo esperado –según edad y desarrollo de la persona–, y estas interfieren de forma significativa en el rendimiento escolar o laboral, y en sus actividades cotidianas (APA, 2013). Actualmente, el TDAH suele tratarse con psicofármacos así como con terapias cognitivo-conductuales, en las que la colaboración de familias y de docentes se considera crucial.

Desde una perspectiva biopolítica, el diagnóstico del TDAH ha recibido severas críticas por su falta de rigor médico ante la ausencia de biomarcadores que puedan confirmarlo, y por el hecho de que su detección está basada mayormente en la observación subjetiva de docentes y familias, respecto a si «a menudo» el niño se distrae y se mueve mucho (Phillips, 2006).

De este aspecto se deriva también su evidente sesgo de género tanto en la definición del trastorno como en su identificación y tratamiento (Hurtado-García, 2019). Otro elemento que recibe muchas críticas es la falta de ética de su tratamiento, que incluye la administración de psicoestimulantes a menores y que despierta sospechas respecto a los intereses farmacéuticos a los que sirve (Timimi, 2010). De hecho, es visto como uno de los ejemplos paradigmáticos de medicalización de la infancia, de transferencia al ámbito médico el desajuste a la vida social (Conrad y Potter, 2000; Singh, 2006). Al punto de que la hiperactividad ha pasado a ser usada por la población en general –al margen de un diagnóstico–, para resignificar el desajuste del comportamiento infantil con las normas sociales.

En un afán legitimador, el discurso científico dominante refuerza el origen neurobiológico del diagnóstico, supeditando el contexto sociocultural a los considerados los verdaderos protagonistas: el desequilibrio químico de neurotransmisores, el componente genético y las pruebas proporcionadas por la tecnología de neuroimagen. Si bien, cuando se trata de explicar las diferencias de incidencia según geografías y poblaciones, sí se tiende a utilizar la combinación de factores biológicos y ambientales (Saiz, 2013). En los casos en los que la biología no puede dar explicaciones, se apunta más la influencia de familia, escuela, cultura y se justifica la orientación psicoeducativa junto con el entrenamiento conductual de madres y padres (Morales y Vázquez, 2014).

La mirada histórica sobre aquello que llamamos enfermedad o trastorno nos permite observar cómo los elementos socioculturales que, como en este caso, fundamentan un diagnóstico, van a ir quedando relegados. Un diagnóstico no es solo una categoría que delimita una enfermedad o trastorno sino un proceso sociohistórico que implica una determinada manera de entender, enmarcar, inscribir e intervenir en esos fenómenos (Filipe y Singh, 2016). En el trascurso histórico de lo que hoy conocemos como TDAH encontramos alrededor de veinticinco denominaciones y noventa definiciones (Mas, 2009) que no hacen sino hablarnos de las dificultades de madres, padres y docentes en criar y educar. Una valoración que se ha hecho no en base a un modelo de lo normal o frecuente sino sobre un modelo de lo ideal (Bailey, 2013). En este sentido, el proceso civilizatorio con sus estrategias de control (Foucault, 1984), junto a una mayor inversión social, médica y educativa,

se han centrado en el cuerpo y comportamiento de los varones. Esto ha comportado que la variante masculina hiperactiva haya sido considerada la forma clásica del trastorno y que, en consecuencia, el diagnóstico se haya aplicado y aplique mayormente en varones (Hurtado-García, 2019).

La expansión de la vigilancia de la población por parte del Estado, para el cual la salud pública era fundamental, genera un cuerpo social (Scheper Hughes y Lock, 1987) que requiere de regulación y disciplina. La alianza «med-psi-ped» (Bailey, 2010) va a poner a la infancia, en particular a los varones, en el foco de las exigencias modernas de auto-disciplina y autogobierno como máximos ideales morales, junto a la máxima expresión del individualismo: la autonomía. El desarrollo del TDAH solo se puede entender en su interacción con el contexto de transformación cultural en la concepción de la infancia y su educación que se va a llevar a cabo a lo largo del siglo XX en Occidente –principalmente en Europa Occidental y Norteamérica–, período y lugares en los cuales se forjó el trastorno (Londoño, 2017).

La historia del TDAH está repleta de relatos sobre niños ingobernables, difíciles de manejar, cuyo comportamiento causa problemas a los demás, especialmente a las madres de familia, que desesperadamente manifiestan sus dificultades de crianza. Así se deriva, si nos atenemos a los estudios utilizados para establecer la genealogía y los criterios diagnósticos del TDAH (Lange et al., 2010). En ellos se utilizan relatos como el personaje de ficción *Fidgety Philip*⁵, fechado en 1845, que se describía como un niño malcriado, incansable, grosero y asilvestrado. Este niño fue narrado a partir de sus constantes rabietas y los grandes disgustos que causaba a sus padres. Otro ejemplo es el trabajo de George Still (1902), que inauguró el estudio del comportamiento inmoral de los niños como objeto de la medicina. En él, un defecto mórbido de control moral se señalaba como causante de los altos niveles de actividad e impulsividad. En gran parte de los veinte relatos –quince de niños y cinco de niñas–, la madre era quien contaba y padecía el comportamiento indisciplinado, agresivo y/o desafecto de sus hijos. En sus disquisiciones, el mismo Still (1902) destacaba la «inestabilidad familiar»

5. Traducido al castellano como Felipe Revueltas, el inquieto, el rabietas, pataletas o berrinches.

como uno de los elementos comunes de gran parte de casos⁶. Estos datos, sin embargo, no han sido tomados en cuenta en la genealogía del trastorno para explicar la ecuación por la cual la crianza se hace insostenible.

Las referencias anteriormente expuestas no pretenden profundizar en los debates sobre la genealogía del trastorno o la validez de la etiqueta biomédica. La exposición del surgimiento de la etiqueta diagnóstica tiene como finalidad destacar la factura sociocultural del relato biomédico y su estrecha relación con las consideraciones y prácticas de crianza; porque lejos de ser un relato autoexplicativo derivado exclusivamente de las neuroimágenes o los equilibrios bioquímicos, en él intervienen aspectos fundamentales que han sido marginados como el sexo-género, pero también la clase y la etnia, entre otros. Por supuesto, esta afirmación no cuestiona las experiencias vividas de menores y familias, sino el marco biomédico que las interpela, interpreta, clasifica, orienta, y en las que estas cobran sentido. En particular, voy a reparar en cómo el discurso experto va calando en los modos y fines de la crianza, especialmente a través de la ideología maternal, y qué características específicas adquiere en el caso del TDAH.

3. LAS DISCIPLINAS DE CRIANZA Y EL DISCURSO ORDENADO

La ideología sobre la crianza es una ideología de género que conceptualiza de manera desigual y jerárquica las funciones maternales y paternales, así como los espacios de los hombres y las mujeres (Esteban, 2000). Numerosas investigadoras (Badinter, 1981; Hays, 1998; Scheper-Hughes, 1997) así lo han puesto de relieve: la maternidad ha sido históricamente la ciudadanía de las mujeres. A ellas se han confiado perennemente las responsabilidades materiales y simbólicas del cuidado de la salud de la descendencia y el vigor futuro del cuerpo social. La ideología dominante en cada época, según los discursos expertos imperantes, se ha encargado de modelar el ideal de

6. Los recopila y los describe. Entre ellos, un repertorio de padres con casos que van desde la locura y asesinato de la madre, alcoholismo y debilidad mental con abandono de la madre tras nacer la criatura, libertinaje y abandono de la madre cuando el hijo era todavía un niño; así como otros tantos casos de intentos de suicidio y suicidios consumados, inmoralidades, locura, y epilepsia en abuelos, tíos. Por último, también menciona a dos madres neuróticas.

maternidad y le ha otorgado una carga moral caracterizando la imagen de «buena madre». Cecilia Jiménez y Esperanza Roquero (2016) se han referido a los discursos expertos como el resultado de la intersección de diferentes disciplinas que se constituyen en un campo autónomo de saber. En el caso de la maternidad, la medicina, pediatría, psicología, psiquiatría y pedagogía, entre otras, han fijado su «buen» ejercicio y las prácticas «adecuadas» de cuidado y crianza. Su peso como autoridad científica, y por tanto legitimada, ha sido fundamental en la construcción simbólica de la maternidad y en la representación del mundo.

A partir de distintas autoras (Esteban, 2000; Hays, 1998; Iribarne, 2010; Moreno y Soto, 1994) conocemos cómo se ha modelado la maternidad y qué exigencias de crianza se han demandado en cada época. En un breve repaso secular, en el siglo XVIII se empezó a teorizar sobre la importancia que los progenitores tenían sobre su descendencia. En el siglo XIX, se incidía más en la figura materna como principal responsable del bienestar físico y mental de su hijo, con el fin de disminuir la enorme mortalidad infantil. En esta época también surgió la literatura especializada sobre crianza. En el siglo XX, la culpa ante el no cumplimiento del papel asignado ya tenía un correlato científico ante la creciente importancia de la psicología, de sus teorías sobre la relación madre-hijo/a y de las consecuencias de la privación maternal.

Las ideologías familiares y domésticas actuales tienen de hecho mucho que ver con este auge de los discursos científicos, políticos y mediáticos en la Europa de finales del siglo XX, en los que se enfatiza el binomio madre-criatura y el poder del amor. Sharon Hays (1998) acuña este binomio como «ideología de la maternidad intensiva». Es aquella que debe poner en el centro a las criaturas, que ha de supeditar sus necesidades a las de la prole, seguir el consejo experto y brindarles una importante dedicación de trabajo, emocional y económica. Resulta paradójico que, al tiempo que se sublima la maternidad, se va a enfatizar la necesidad de formación de las mujeres al ser consideradas como «ignorantes», «incompetentes» y «descalificadas» para la misma (González-Pérez, 2008, como se citó en Jiménez y Roquero, 2016, p. 329).

Asimismo, las formas históricas de disciplinar y las nociones de las «necesidades» de la infancia van a ir cambiando al dictado de las nuevas oportunidades y nuevas ansiedades. A partir de estos contextos se van a ir

actualizando las nuevas hegemonías en los modelos de crianza y en las exigencias maternas. En los comienzos de la economía industrial, las madres van a ver en el prestigio de la ciencia médica «moderna» una oportunidad para ganar estatus y ascender en la escala social. La religión y el parentesco van a perder valor en favor del conocimiento científico, entendido este como nueva guía en la crianza de ciudadanos sanos y productivos. Tras la II Guerra Mundial, la salud mental también cobró relevancia con el advenimiento de nuevas fuentes de autoridad y ansiedad ante posibles peligros. Un poco más adelante, alrededor de 1980, se institucionaliza la medicalización de la infancia, centrada en diagnósticos de disfunciones cerebrales invisibles como el ADHD, la depresión, la ansiedad, el trastorno bipolar y el autismo (Blum, 2015). Claudia Malacrida (2004) señala cómo el incremento de categorías para designar a la infancia que no es normal avanza paralela a las nuevas formas en las que las instituciones disciplinarias y normativas, como la psiquiatría y la medicina, van a reinscribir las responsabilidades maternas.

En los últimos años, a las disciplinas citadas que normativizan la maternidad y la normalidad en la infancia, hay que añadir la especialidad de las neurociencias. Desde la centralidad del cerebro y el sistema nervioso, estas aglutinan los distintos acercamientos que pretenden explicar la conducta y el padecimiento mental según bases biológicas. Es tal su incidencia, que sus discursos sobre el «yo» y lo social están cambiando los modelos de crianza y los vínculos sociales (Filipe y Singh, 2016). Uno de sus rasgos es la individualización de la salud, característica de la biomedicina, pero en este caso desde el imperativo neoliberal de optimización de nuestras vidas y de su productividad. Este imperativo añade a las madres un nuevo cometido a los ya asumidos, esto es, la tarea de evitar trastornos en los hijos o bien compensarlos, así como de mejorar la productividad de los mismos.

Para educar adecuadamente a la prole, las madres van a tener que responsabilizarse de entrenar sus cerebros siguiendo las recomendaciones de los discursos neurocientíficos. Estos discursos prometen el éxito adaptativo en la era de la información, mejores oportunidades en una economía ávida de seres hipercognitivos y personalidades cerebro-centradas en un contexto de precariedad. Sin embargo, los cerebros de la infancia parecen más frágiles, más desequilibrados que en el pasado, mientras las familias afrontan las inestabilidades tanto económicas como sociales (Blum, 2015).

4. MATERNIDAD E HIPERACTIVIDAD

En el caso del TDAH, encontramos un mismo escenario doméstico y los mismos roles generizados bajo un mismo modelo hegemónico de crianza que demanda más asunción de tareas y mayor formación para desempeñarlas. Las únicas diferencias, aunque en la política de la cotidianidad tiene gran trascendencia, son que esta responsabilidad queda exacerbada con la hiperactividad de los hijos y que la amenaza de no actuar según el consejo experto remite a riesgos mayores, tanto para madres y padres como para los hijos. En caso de no ser diagnosticados y tratados a tiempo, médica y psicológicamente, se les advierte del más que probable fracaso escolar, drogadicción, conductas sexuales peligrosas, accidentes de tráfico, desempleo, fracaso sentimental y cárcel (Plan de Acción en TDAH PANDAH, 2016).

Entre los debates científicos y mediáticos en torno al diagnóstico y tratamiento del TDAH, el espacio de discusión sobre otras maneras de armonizar social, educativa, familiar las diferentes maneras de estar en el mundo, es muy estrecho. En esos debates tampoco se aborda cómo afecta el exceso de requerimientos en las familias o la intensificación del peso de la crianza en la vida de las madres. Por ello, en las asociaciones encuentran el espacio privado para contarlos, e incluso en el caso de la asociación madrileña Asociación de Niños Con Síndrome de Hiperactividad y Déficit de Atención (ANSHDA), para hacerlo público en un libro de relatos. En la presentación de este libro, surgido de los testimonios de treinta y dos madres con hijos hiperactivos, afirman: «Al fin y al cabo, es nuestra historia, no la de nuestros hijos. Tenemos derecho a contarla. Y se trata de un libro, no de una cámara de televisión que busque el morbo. Necesitamos que se enteren todos: médicos, profesores y nuestras propias familias» (VVAA, 2005, p. 10). Reclaman un lugar, el suyo como cuidadoras, que queda invisibilizado en el torrente informativo sobre el TDAH.

El TDAH infantil también impacta en el núcleo familiar, así como en otros miembros del entorno de cuidados como las abuelas y abuelos, y las amistades, pero los datos de campo redundan en lo que ya hemos comentado arriba. Cuando se pide a las familias una implicación y participación activa y comprometida en los procesos de los hijos, quienes suelen quedar atravesadas por esa misión, culturalmente asignada y socialmente asumida,

son las mujeres. En la presentación del libro mencionado, la psicóloga de la asociación reconoce:

No me parece extraño que este sea un libro escrito por madres, aunque cada vez sea mayor la implicación de los padres en la educación de los hijos, y aunque la mujer se haya incorporado al mundo laboral. Hoy, todavía, en nuestro centro de trabajo, el 80% de los niños son ‘traídos’ a la consulta por las madres (VVAA, 2005, p. 16).

Esta realidad publicada hace más de una década, no dista de la recogida en el trabajo de campo realizado recientemente. Por ello, en los siguientes apartados vamos a tratar de re-socializar la ideología y práctica biomédica, alejándonos de su entorno clínico inmediato y resituándolas en su contexto habitado, en las vidas de las madres que se han dado de bruces con una maternidad no esperada. Mujeres que en el mismo relato de sus dificultades reflexionan sobre las condiciones de su crianza, las demandas del contexto social, educativo y económico; así como los mandatos de género. En cada epígrafe voy a reflejar algunos de los lugares comunes de sus experiencias y afectos, así como sus procesos de reflexividad en los que desvelan sus propias estrategias de afrontamiento.

4.1. Agotadas

Si hay un sentir compartido en la crianza de un niño con TDAH, este es el de agotamiento. En los discursos de las madres, las palabras más habituales son el agotamiento, la frustración, la impotencia y los altos costes –personales, de pareja, sociales y laborales– que conlleva. Se sienten cansadas y muchas de ellas solas ante la incomprensión o poco apoyo del entorno, incluida la pareja. A menudo, se expresa una queja hacia los padres de los que se afirma que suelen tener más dificultades para aceptar que a su hijo «le pasa algo». Este rechazo les lleva a ellas a ser las primeras en buscar respuesta. En otros casos, la diferente gestión respecto a sus parejas varones se expresa como un problema de implicación. Bien porque no lo viven con el mismo compromiso o, directamente, porque no suelen estar en el espacio doméstico para lidiar con las dificultades de la crianza. Hay mujeres que hacen referencia específica a aquellos que no aguantan y abandonan, lo que conduce a separaciones y divorcios.

Hay quienes se sienten respaldadas, por lo que expresan agradecimiento a sus parejas, sean los padres o parejas posteriores, por la ayuda en la empresa maternal. En estos casos asumen que, en calidad de madres, la carga les pertenece y que las parejas apoyan al aliviarles ese peso. Esta maternalización del amor lleva a las mujeres a renunciar a sí mismas, –lo que es mucho más difícil de encontrar en hombres–, un ideal cultural en el que se espera que se dé todo por la descendencia de manera incondicional (Esteban, 2011).

La asunción de la crianza en estas circunstancias no redundará en el reconocimiento social por el cumplimiento del rol socialmente asignado. Las madres de hijos con TDAH entrevistadas, pero también aquellas que hacen públicos sus testimonios en distintos foros, manifiestan su desasosiego por ser catalogadas de malas madres. Reciben comentarios de que malcrían y consienten a sus hijos, bien porque no se preocupan, bien porque no toman las riendas. Dicen sentirse cuestionadas y responsabilizadas de la misma situación que padecen por parte de familiares, amistades, docentes y profesionales de la salud. El desempeño de la maternidad es puesto en duda cuando estos niños no responden al comportamiento esperado. La incompreensión aflora dado que su sentir no es acogido ni legitimado por el contexto a diferencia, como señalan, de otras discapacidades que sí generan empatía.

No solo sus quejas reciben poco eco, sino que son tildadas de «exageradas», «neuróticas» e «histéricas». Estas responsabilizaciones del entorno y su propia vivencia de crianza fallida les genera fuertes sentimientos de culpabilidad. En este sentido, el momento en que sus hijos reciben el diagnóstico es contado como un punto de inflexión. Cuando el contexto juzga y evalúa, el diagnóstico les descarga en parte, de cuestionamientos y culpas. Por ello, para gran parte de las mujeres, ponerle nombre a las vivencias de su hijo aligera la carga de responsabilidad. Como en otros trastornos relacionados con la infancia, la disponibilidad de la etiqueta diagnóstica les escuda frente a la culpabilidad (*mother blaming*) y la culpabilización de malas madres. Mireia, una de las madres entrevistadas afirmaba:

Tenemos mucha presión social porque parece ser que tú eres la responsable de que el niño sea así. Y eso es en parte cierto. Pero en los niños con TDAH no se pueden atribuir a los padres las actitudes y los comportamientos del niño porque hay una disfunción neurológica. Es que no puedes... Pero eso no lo entiende mucha gente (Mireia, 2017).

No obstante, en el caso del TDAH, el debate abierto sobre su autenticidad les sitúa en una posición de vulnerabilidad que debilita su salvoconducto, por lo que no acaba de aliviar esos sentimientos. Esta vulnerabilidad moviliza su involucración en las asociaciones. Las asociaciones juegan un papel muy relevante dado que uno de sus principales fines es el reconocimiento diagnóstico y la obtención de recursos. La mayoría de ellas fueron fundadas por madres y padres que, en calidad de coafectadas/os, se agrupan para hacer colectivas sus demandas, para negociar sentidos que exorcicen la culpa e incardinarse en redes de expertos con quienes articular su conocimiento (Hurtado-García, 2017). Aun con todo ello, Andrea, presidenta de una asociación local, cuenta los sentimientos de fracaso y de culpa propios de las familias de la asociación y las insinuaciones que reciben respecto a qué hacer:

Hay madres o padres –madres, sobre todo– que salen llorando de una tutoría porque la maestra dice que «como no le pones límites». [...] Pero, claro, desde muchos colegios te lo dicen directamente: «medícalo» o te dejan caer «si estuviera medicado sería mucho mejor, mucho más fácil para todos» (Andrea, 2017).

Aunque hay quienes, fuera del ámbito médico, les insinúan que mediquen a sus hijos, también reciben mucha presión y culpabilización precisamente por el hecho de medicar a sus hijos con psicotrópicos. En este sentido, aunque las familias usen el modelo de causalidad biológico para el alivio de la culpa, este no acaba de ser eficaz para desembarazarse de la carga culpabilizadora. Estos resultados coinciden con otras investigaciones (Moses, 2010), que muestran la repercusión que sobre la crianza y la propia subjetividad tienen las controversias diagnósticas y terapéuticas del TDAH más allá de la experiencia personal y local.

Esta maternidad intensiva y bajo presión tiene un coste en términos de desarrollo profesional y salud. Gran parte de las informantes hacen referencia a cómo han tenido que acomodar sus compromisos laborales y su carrera profesional para «sacar adelante» a sus hijos. Aunque algunas, como María, manifestaba arrepentirse de haber aparcado de manera tan radical su desarrollo personal y laboral. En el proceso de toma de decisiones se produce una negociación de cuyo equilibrio dependerá la fuerza o interiorización del modelo de madre que cada una alberga (Maher y Saugères, 2007, como se citó en Jiménez y Roquero, 2016). Este conflicto de ambivalencia entre el

reconocimiento social y laboral –de carácter público–, y el familiar a través de la crianza –en la esfera privada–, suele ser fuente de frustraciones. La crianza de estos niños tildados de «difíciles», «rebeldes», «vagos», «que dan mucha guerra», acaba generando un abanico de malestares que van de la tristeza a la depresión, la ansiedad y el aislamiento. Mantiene a sus madres en los límites de «tirar la toalla». No en vano, la aceptación rigurosa de las normativas de género –de las que el cuidado es uno de los mandatos primordiales–, constituye un factor de riesgo en la salud mental de las mujeres, particularmente para padecer estados depresivos (Burin, 2008).

A pesar de que la abnegación y entrega a los hijos atraviesa sus vidas, de que la ideología del amor maternal, –ese que se fragua en las dificultades y que lo hace fuerte y verdadero – está muy presente; estas madres también se permiten verbalizar sus sentires contra-amorosos y sus necesidades. Manoli contaba con pesar que, debido a su trabajo, no podía pasar todas las tardes con su hijo, de lo cual se alegraba al tiempo que se sentía culpable. Como afirma Mari Luz Esteban (2011), el amor es sostén de un determinado modelo de familia y convivencia y, sin embargo, la dimensión del amor como lo sublime y el amor como engaño, como trampa, no se invalidan, conviven y se entienden como compatibles. Manoli, en este sentido, se cuestionaba cómo canalizar los sentimientos contradictorios que su hijo le producía. Cuando comenzó el afrontamiento de la situación vivía la maternidad como una carga incapaz de asumir, cuestionándose incluso si quería a su hijo. El comportamiento de su hijo le exasperaba. En ocasiones, quería hacerle desaparecer, en otras era ella quien quería escapar y, otras tantas, querría prescindir de todos los demás que le rodeaban.

Algunas mujeres han necesitado «negar» el amor (Esteban, 2011) para poder ser algo más que madres, para entender sus procesos y contradicciones en la brecha entre la experiencia de la maternidad vivida y la esperada. Como confiesa Teresa en su testimonio desde la asociación:

Mi deseo era tener una familia como la que yo había proyectado: dos hijos (los tiempos no están para más), que además deberían querer más a las madres (egoístamente); listos y bien educados, para lo cual ya nos tenían a nosotros como modelo; cultos, progresistas y solidarios, además de sanos. (VVAA, 2005, p. 183).

Como se muestra, incluso el deseo de maternidad es cuestionado al punto de sugerir tabú cultural del arrepentimiento materno.

En este proceso reflexivo de indagación en los propios deseos reconocen el derrumbe de sus expectativas familiares y/o de pareja, así como los errores y limitaciones, pero conviven con ello y destacan lo aprendido. Uno de los aspectos es el de identificar sus necesidades, lo que les permite reivindicar los cuidados para sí. Andrea, en tanto que presidenta de una asociación, invita a la reflexión a las madres que estén pasándolo mal por el problema de sus hijos, que no duden en buscar ayuda en cualquier campo: psicólogos, yoga, meditación o cualquier actividad relajante que las descargue de las tensiones diarias sufridas. Afirma, Andrea, que necesitan ocuparse también más de ellas, y esto incluye que no se cierren a la vía farmacológica porque la medicación les cambia a ambos la vida, se la hace más fácil.

En este ajuste entre racionalidades y emociones, también salen al frente respecto a un tema tan sensible como la medicación en el que Andrea, directamente, recomienda su uso en términos de su propio bienestar. Este planteamiento poco frecuente y susceptible de ser juzgado, es necesario contextualizarlo si atendemos a que es bastante frecuente que las madres hayan necesitado tratamiento por depresión y ansiedad debido al estrés producido por el manejo de situaciones difíciles para la crianza.

4.2. Trastornadas

El efecto en la salud de las dificultades de la crianza ha encontrado en el diagnóstico de TDAH en adultos, una explicación exculpatoria del difícil afrontamiento de la crianza de los hijos. El esfuerzo de la literatura dominante del trastorno por refrendar su condición crónica y genética ha servido para que madres de hijos con TDAH atribuyan su malestar presente y sus dificultades pasadas a una razón genética. Les permite reconocerse en el pasado en experiencias similares a las de los hijos, y desbordadas y superadas por el esfuerzo en la crianza, se identifican en el presente con los síntomas atribuidos al TDAH en la adultez. Como en otros trastornos prevalentes en mujeres, el diagnóstico les provee de una válvula simbólica de seguridad (Johnson, 1987, como se citó en Howson, 2003), de un mecanismo para

validar y legitimar sus malestares por el peso de la crianza y reclamar atención para sí.

Un dato como poco curioso de los estudios que permite cuestionar la exclusiva razón biológica es que hay una inversión de sexo en las cifras de personas con TDAH. Si bien en la infancia el diagnóstico es mayormente en niños, en la adultez son las mujeres las que destacan ligeramente frente a los varones. Este dato merece ser indagado de cara a dilucidar las razones de su feminización en la adultez y si sirve a ciertos intereses el hecho de que se identifiquen más casos. En la adultez, la manifestación de los síntomas se vincula al incumplimiento del rol de género en la vida adulta. No es novedad que la institución psiquiátrica haya sido y sea particularmente coercitiva con las mujeres, etiquetándolas como enfermas más fácilmente que a los hombres cuando estas no cumplen con los roles que les son asignados (Chesler, 2005, como se citó en Ordorika, 2009). Esto se puede ver en la caracterización del TDAH en mujeres adultas en la que se medicaliza la no consecución de los ideales culturales como productora y reproductora.

Los síntomas hacen referencia a los fracasos para asumir las cargas de su posición social tales como llevar un hogar, cuidar de la descendencia y el trabajo fuera de casa. La asociación norteamericana *Children and Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder* (CHADD) describe en la expresión sintomática en mujeres la angustia psicológica, sentirse desbordada y exhausta; el sentimiento de no llegar, baja autoestima, estrés crónico y sentirse fuera de control. Como afirmó la médica Concha Fernández (2015) en un seminario sobre TDAH y mujeres, en ellas, más que un trastorno de conducta, implica un trastorno de gestión de la vida. Pero que, de nuevo, redundante en un imaginario social persistente de la mujer como psicológicamente más inestable; y en una experiencia propia de las mujeres, la definida por Marcela Lagarde (2003) del propio descuido para lograr el cuidado de los demás.

De nuevo, entendido desde una perspectiva biopolítica, de lo que estaríamos hablando es de la medicalización de la desigualdad de género en la crianza, la patologización de la maternidad intensiva, su peso de género y los escasos apoyos sociopolíticos para su desempeño. La vulnerabilidad de las mujeres al sufrimiento mental, a la depresión y a otros problemas de salud de las mujeres tiene más que ver con sus desiguales condiciones de

vida. Una vulnerabilidad que no refiere a una condición física o psíquica, sino que resulta de su desempoderamiento y falta de recursos materiales y simbólicos (Valls, 2009). La asunción de la responsabilidad en la educación, en los cuidados de salud y de enfermedad dentro del hogar, en la gestión de la economía familiar, en el sostén y mantenimiento de los afectos implica que para las mujeres, todas las batallas sean ganadas a la impotencia (Lagarde, 1992).

4.3. Entrenadas

En el TDAH, las madres se incorporan al circuito biomédico bajo la atenta mirada de los expertos. No solo se espera de ellas que eduquen sino que colaboren en la terapia, lo que indica una maternidad y crianza más cercanas a la «profesionalización», en tanto que incita a incorporar algunos de sus componentes (Vilhena, 2010, como se citó en Álvarez-Vargas, 2016). Como recogen Silvia Morales y Fernando Vázquez (2014), ya en 1962, William K. Boardman sugirió que para cambiar la conducta de la infancia era necesario cambiar la conducta de madres y padres. Su entrenamiento es reconocido, desde un enfoque terapéutico, como la principal estrategia de intervención de las conductas disruptivas infantiles (Colalillo y Johnston, 2016; Chacko y Scavenius, 2018). En estos estudios, –parte de la línea de trabajo del «*parent training*»–, se afirma que el entrenamiento conductual de madres y padres mejora el tratamiento en los hijos con TDAH en tanto que incrementa el comportamiento deseable de los menores y reduce el comportamiento perturbador. Asimismo, en madres y padres mejora la sensación de competencia, sus niveles de estrés y síntomas depresivos.

La meta del entrenamiento conductual para madres y padres, por tanto, es su participación como co-terapeutas de manera que al reducir su propia conducta coercitiva o negativa, así como el incremento de su conducta positiva, logren eliminar o disminuir la disruptividad del niño. Como explica Trinidad Bonet (VVAA, 2005, pp. 16-17), esta formación se basa en el uso de las auto-instrucciones, la utilización de órdenes verbales apoyadas por dibujos, repetir las órdenes en voz alta como medio para que estas se interioricen y se recuerden. Cristina Álvarez-Vargas (2016) afirma que la idea subyacente de estos programas es el control sobre «el niño», el logro de un orden donde

prima el cómo sobre el para qué. Categoriza estilos de crianza y los operacionaliza con un carácter predictivo, estableciendo una relación causal entre la crianza y las manifestaciones psicopatológicas en la adolescencia y en la adultez. Este enfoque de la crianza es consonante con la psicologización progresiva de los problemas sociales, dado que aísla la experiencia vivida y prescinde de los contextos socioculturales.

Estos trabajos de consejos terapéuticos para las familias tienden a homogeneizar la crianza hablando de «padres», sin tener en cuenta las diversidades familiares; y eluden las consecuencias de la desigual asunción de tareas por razón de sexo en el seno de la pareja heterosexual. Este entrenamiento forma parte de lo que Eva Illouz (2010) identifica en la cultura terapéutica como una nueva «estructura cultural» en la que los «yos desorganizados» puedan manejar las conductas de sus vidas en las organizaciones sociopolíticas contemporáneas. Pero cabría señalar que no solo se han desplegado técnicas para tratar con nosotras/os mismos, sino todo un repertorio de pautas más relacionadas con la «tecnología del tú», como guías maestras de la crianza estandarizada.

Actualmente, se puede encontrar un amplio abanico de gabinetes psicopedagógicos y servicios específicos, asociaciones y fundaciones que divulgan información y recursos para «padres y educadores», entre ellos, «guías de padres», habitualmente escritos en masculino genérico tanto para referirse a los adultos como a la infancia. La función de las mismas es dirigir y reforzar a los «padres» en su labor educativa. Aunque en los nombres de los documentos utilizan términos como «consejos» y «recomendaciones», en su contenido vienen expresados como directrices para «controlar y canalizar de forma adecuada los síntomas de sus hijos» (Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad– FEAADAH, 2012, p. 5). Los «padres» aparecen representados como seres desorientados que necesitan de la guía experta para orientar su ma(pa)rentalidad. Indican, de manera instrumental, cómo deben actuar las personas adultas respecto a los niños hiperactivos en las situaciones cotidianas. Estas «guías de padres» recogen muchas de las recomendaciones generales que se suelen dirigir también para optimizar la educación de la población infantil sin diagnóstico. Cuando va dirigido al gran público, se presenta en forma de literatura divulgativa que aconseja para el buen desarrollo de las funciones

ma(pa)ternales para optimizar el desarrollo infantil. Sin embargo, en estas guías la recomendación tiene un cariz de entrenamiento más que informativo en tanto que forma parte del tratamiento. De la incorporación de estas directrices en el hogar se hace depender no solo el rendimiento educativo sino la mejora terapéutica del niño.

En estas guías aconsejan, para el día a día, una actitud positiva, aprender a manejar el enfado y la amargura, así como la implicación de la pareja (FEAADAH, 2012). Esta directriz da por hecho en su planteamiento que es una tarea asumida solo por uno de los cónyuges que, a tenor de la experiencia asociativa, suelen ser las mujeres. En cuanto a las responsabilidades parentales, la mayor parte de las guías consultadas siguen el mismo esquema: el establecimiento de normas y límites; las técnicas de modificación de conducta (cómo conseguir que obedezca y disminuir comportamientos inadecuados); la ayuda académica; los refuerzos y mejora de la autoestima; y el fomento de las habilidades sociales. Implican un trabajo corporal que va desde el lenguaje a la manera de mirar, prácticamente se demanda una nueva corporalidad en la performance de la crianza. Cuando se hace una presentación pública de alguna guía, se suele reservar un espacio para poner en práctica sus estrategias comunicativas o cómo dar órdenes. En una de las charlas para «padres y docentes», Isabel Chávez, psicóloga de la Fundación ADANA –entidad española dedicada a la atención de personas con TDAH y la formación en estrategias educativas a sus familias–, invitaba a las siguientes actividades:

Pasa a lenguaje positivo las siguientes instrucciones: ‘¡Nunca haces los deberes!’, ‘No molestes’, ‘Deja de chillar’, ‘No te muevas de tu sitio’ [...]

Dad las órdenes con sensibilidad pero con firmeza: Mirad al niño a los ojos antes de emitir la orden; supervisad inmediatamente después de emitir la orden; Reforzád positivamente el cumplimiento [...]. (Chávez, 2014)

Madres y padres se convierten en la extensión de la persona experta y muestran el borrado de algunas de las fronteras que separaban ámbitos. Como se lamentaba Teresa después de seguir todos los circuitos y tratar de aplicar las pautas: «Hubo un momento en que éramos profesores, psiquiatras y psicólogos de nuestro hijo. También nos dimos cuenta que por querer hacer de todo nos quedaba poco tiempo para ser padres» (VVAA, 2005, p. 184).

5. REFLEXIONES FINALES

La condensación del discurso experto sobre el TDAH en las prácticas de crianza, en las responsabilidades de las madres y en el mismo imaginario de la infancia, da cuenta de su relevancia como epítome de la crianza científica contemporánea. Una ideología de crianza y maternidad científica que cumple características del modelo médico hegemónico (Menéndez, 1988) como el individualismo, el etnocentrismo, la racionalidad científica como criterio de legitimidad, la exclusión de otros modelos y la eficacia pragmática. Un desempeño que, en este caso, incorpora un estilo de crianza como parte del tratamiento de los hijos con TDAH. Sin embargo, lleva aparejada una entrega que conduce a una autoexplotación maternal guiada, en este caso, por la neurociencia. Un tipo de crianza responsable y respetuosa, excepto con la madre que la asume. Pero el cometido de este trabajo no ha sido tanto mostrar las enormes dificultades que supone la crianza de niños que reúnen las características descritas, sino visibilizar a partir de su abordaje psicoeducativo y de las vivencias de las madres, las debilidades de una sociedad en la que la crianza es cada vez un asunto más atomizado en la familia nuclear y guiado por un código científico ajeno a los efectos de las expectativas del sistema de género en su división material y emocional.

La noción de crianza entendida como fenómeno colectivo, situado y entramado, se difumina en un proceso creciente de reduccionismo en la comprensión del individuo a partir de su conducta, una desvalorización de la relevancia del contexto, y la desresponsabilización colectiva en la educación de la infancia. Porque la crianza es eminentemente cultura y no solo conducta, es necesario devolverla al ámbito de lo social y colectivo. Es fundamental redefinir la crianza desde unos modelos en los que las mujeres no queden fagocitadas. También son necesarios unos planteamientos médicos y psicoeducativos más integradores de lo social, más abiertos a la diversidad y atentos a las consecuencias de la implementación de sus diseños en la vida cotidiana de las familias, particularmente de sus mujeres.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez-Vargas, C. (2016). Crianza-Regulación, Crianza-Emancipación: Estado De La Cuestión De Estudios Sobre Crianza. *Aletheia. Revista De Desarrollo Humano, Educativo y Social Contemporáneo*, 8(1), 80-99. <https://doi.org/10.11600/21450366.8.1aletheia.80.99>
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed). American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Badinter, E. (1981). *¿Existe El Amor Maternal? Historia Del Amor Maternal. Siglos XVII al XX*. Paidós.
- Bailey, S. (2010). The DSM and the Dangerous School Child. *International Journal of Inclusive Education*, 14(6), 581-592. <https://doi.org/10.1080/13603110802527961>
- Bailey, S. (2013). *Exploring ADHD: An Ethnography of Disorder in Early Childhood*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203119723>
- Blum, L. M. (2015). *Raising Generation Rx: Mothering Kids with Invisible Disabilities in an Age of Inequality*. NYU Press.
- Burin, M. (2008). Las 'fronteras De Cristal' En La Carrera Laboral De Las Mujeres. Género, Subjetividad y Globalización. *Anuario De psicología/The UB Journal of Psychology*, 39(1), 75-86.
- Chacko, A., y Scavenius, C. (2018). Bending the Curve: A Community-Based Behavioral Parent Training Model to Address ADHD-Related Concerns in the Voluntary Sector in Denmark. *J Abnorm Child Psychol* 46, 505-517. <https://doi.org/10.1007/s10802-017-0310-9>
- Chávez, I. (2014, 22 de noviembre). *Estrategias para mejorar la conducta del niño con TDAH [sesión taller]*. Jornada TDAH en la Infancia y la adolescencia: retos y posibilidades (II), CEFIRE, Elche (Alicante), España.
- Colalillo, S., y Johnston, C. (2016). Parenting cognition and affective outcomes following parent management training: A systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 19, 216-235. <https://doi.org/10.1007/s10567-016-0208-z>
- Conrad, P., y Potter, D. (2000). From Hyperactive Children to ADHD Adults: Observations on the Expansion of Medical Categories. *Social Problems*, 47(4), 559-582. <https://doi.org/10.1525/sp.2000.47.4.03x0308v>
- Esteban, M. L. (2000). La Maternidad como cultura. Algunas cuestiones sobre lactancia materna y cuidado infantil. En E. Perdiguero y JM. Comelles

- (Eds.), *Medicina y Cultura: Estudios Entre La Antropología y La Medicina* (pp. 207-226). Bellaterra.
- Esteban, M. L. (2011). *Crítica del pensamiento amoroso*. Bellaterra.
- Faraone, S. V., Sergeant, J., Gillberg, C., y Biederman, J. (2003). The Worldwide Prevalence of ADHD: Is it an American Condition? *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association*, 2(2), 104-113.
- FEAADAH. (2012). *El niño con Trastorno por Déficit de Atención y/o Hiperactividad TDAH. Guía Práctica Para Padres*. FEAADAH.
- Fernández, C. (2015, 11 de abril). *Impacto emocional del TDAH en mujeres* [sesión de conferencia]. IV Jornada TDAH: El TDAH: cómo piensan... cómo sienten, AFANTDAH, Fuenlabrada, España.
- Filipe, A. M., y Singh, I. (2016). Making ADHD evident: data, practices, and diagnostic protocols in Portugal. *Medical Anthropology*, 35(5), 390-403. <https://doi.org/10.1080/01459740.2015.1101102>
- Foucault, M. (1984). *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la Prisión*. Siglo XXI.
- González-Echevarría, A. (2010). Sobre la definición de los dominios transculturales: La Antropología Del Parentesco Como Teoría Sociocultural De La Procreación. *Alteridades*, 20(39), 93-106.
- Hays, S. (1998). *Las contradicciones culturales de la maternidad*. Paidós.
- Howson, A. (2003). *The Body in Society: An Introduction*. John Wiley & Sons.
- Hurtado-García, I. (2017). Asociaciones y disociaciones: agentes, discursos y controversias en torno a la hiperactividad infantil. *Salud colectiva*, 13(2), 321-335. <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1212>
- Hurtado-García, I. (2019). Gender bias in ADHD: the pathologization of gender roles. En E. Pérez Sedeño, L. Sánchez Almendros, D. García Dauder y E. Ortega Arjonilla (Coords.), *Knowledges, practices and activism from feminist epistemologies* (pp. 97-114).Vernon Press.
- Illouz, E. (2010). *La salvación del alma moderna: Terapia, emociones y la cultura de la autoayuda*. Katz Editores. <https://doi.org/10.2307/j.ctvm7bf7f>
- Iribarne, M.M. (2010). Discursos sobre la maternidad científica. Una perspectiva crítica. *Investigaciones Feministas: Papeles De Estudios De Mujeres, Feministas y De Género*, 1, 193-212.
- Jiménez, C., y Roquero, E. (2016). Los discursos expertos sobre crianza y maternidad: Aproximación al caso español 1950-2010. *Arenal: Revista De Historia De Mujeres*, 23(2), 321-345.

- Lagarde, M. (1992). *Identidad y Subjetividad Femenina. Puntos de encuentro para la transformación de la vida cotidiana*. Vilma Castillo.
- Lagarde, M. (2003). Mujeres cuidadoras: Entre la obligación y la satisfacción. *EMAKUNDE*, 53, 10-13.
- Lange, K. W., Reichl, S., Lange, K. M., Tucha, L., y Tucha, O. (2010). The History of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 2(4), 241-255. <https://doi.org/10.1007/s12402-010-0045-8>
- Londoño, D.E. (2017). El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: Una Mirada Socio-Cultural. *Revista De La Asociación Española De Neuropsiquiatría*, 37(132), 477-496.
- Malacrida, C. (2004). Medicalization, Ambivalence and Social Control: Mothers' Descriptions of Educators and ADD/ADHD. *Health*, 8(1), 61-80. <https://doi.org/10.1177/1363459304038795>
- Mas, C. (2009). El TDAH en la práctica clínica psicológica. *Clínica y Salud*, 20(3), 249-259.
- Menéndez, E. (1988). Modelo hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud. *Cuadernos Médico Sociales*, 33,3-34.
- Morales, S. y Vázquez, F. (2014) Prácticas de crianza asociadas a la reducción de los problemas de conducta infantil: Una aportación a la Salud Pública. *Acta de Investigación Psicológica*, 4(3), 1701-1716. [https://doi.org/10.1016/S2007-4719\(14\)70975-5](https://doi.org/10.1016/S2007-4719(14)70975-5)
- Moreno, A. y Soto, P. (1994). La madre feliz: el regreso de un mito. *Viento Sur*, 16, 107-117.
- Moses, T. (2010). Exploring Parents' Self-Blame in Relation to Adolescents' Mental Disorders. *Family Relations*, 59(2), 103-120. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2010.00589.x>
- Ordorika Sacristán, T. (2009). Aportaciones sociológicas al estudio de la salud mental de las mujeres. *Revista Mexicana De Sociología*, 71(4), 647-674.
- Phillips, C. B. (2006). Medicine goes to school: Teachers as sickness brokers for ADHD. *PLoS Medicine*, 3(4), e182. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030182>
- Saiz, L. (2013). Atentos al déficit de atención (TDAH) entre la naturaleza incierta y la prescripción hiperactiva. *Boletín De Información Farmacoterapéutica De Navarra*, 21(5), 1-19.

- Scheper-Hughes, N. (1997). *La Muerte Sin Llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil*. Ariel.
- Scheper-Hughes, N., y Lock, M. (1987). The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 1(1), 6-41. <https://doi.org/10.1525/maq.1987.1.1.02a00020>
- Singh, I. (2006). A framework for understanding trends in ADHD diagnoses and stimulant drug treatment: schools and schooling as a case study. *Biosocieties*, 1(4), 439-452. <https://doi.org/10.1017/S1745855206004054>
- Spencer, T. J., Biederman, J., y Mick, E. (2007). Attention-deficit/hyperactivity Disorder: Diagnosis, Lifespan, Comorbidities, and Neurobiology. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(6), 631-642. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsm005>
- Still, G. F. (1902). On some abnormal psychical conditions in children. *The Lancet*, 26 abril.
- Thomas, R., Sanders, S., Doust, J., Beller, E., y Glasziou, P. (2015). Prevalence of Attention-deficit/hyperactivity Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pediatrics*, 135(4), 994-1001. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-3482>
- Timimi, S. (2010). The McDonaldization of Childhood: Children's Mental Health in Neo-Liberal Market Cultures. *Transcultural Psychiatry*, 47(5), 686-706. <https://doi.org/10.1177/1363461510381158>
- Valls, C. (2009). *Mujeres, salud y poder*. Madrid: Ediciones Cátedra,
- VVAA. (2005). *Testimonios de madres con hijos hiperactivos*. J de J Editores
- VVAA. (2016). *Plan de Acción en TDAH PANDAH. El TDAH en España. Propuestas Estratégicas*. Adelphi.