

DEBATE CON LOS PONENTES: FERNANDO GONZÁLEZ SERRANO Y MARIAN FERNÁNDEZ GALINDO*

Luis Feduchi: He estado muy interesado por las dos comunicaciones, realmente han sido muy sugestivas, muy ricas y muy novedosas. A mí, Fernando me ha sugerido una experiencia que estamos viviendo en equipos que tratamos adolescentes. A veces nos vienen adolescentes con un conflicto con los padres serio, a veces incluso con denuncias, y que en muchas historias nos encontramos con que ha habido un parto prematuro. Este parto prematuro ha ocasionado a veces una sobreprotección de la madre muy fuerte en todo el proceso, a veces con episodios casi obsesivos de temor a muerte súbita, de sobrealimentación, de control constante del niño y que cuando llega la adolescencia, siempre parece prematura. Y como a veces en estos momentos realmente la adolescencia empieza a ser prematura, aparece un conflicto muy serio entre el adolescente que se quiere separar, que quiere salirse de él, de los cuidados y de la sobreprotección. A mí me parece que en estos casos, en bastantes casos, hemos visto que el parto prematuro ha coincidido con fantasías abortivas. Es decir, ha habido una fantasía abortiva (que siempre puede haber ambivalencias en los embarazos) a veces incluso consciente y que ha sido compensada con la sobreprotección. El niño podía aguantar durante todo el proceso de la latencia, pero

* Transcripción del debate con Fernando González Serrano y Marian Fernández Galindo, participantes de la segunda mesa del XXII Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título “Nuevas formas de crianza: Su influencia en la psicopatología y la psicoterapia de niños y adolescentes” tuvo lugar en Bilbao del 22 al 24 de octubre de 2009. Reconocido como actividad de interés científico-sanitario por la Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco.

cuando llega la adolescencia se subleva y esta sublevación llega a crear conflictos serios. Y a veces como digo, lo vemos en justicia porque hay denuncias de los padres por una sublevación de los niños o de los adolescentes.

Por tanto el trabajo que estáis haciendo a mí me parece, además de interesantísimo, muy profiláctico porque sí se puede coger todo este periodo de sobreprotección, del temor a la muerte súbita del lactante por ejemplo, de sobreprotección en la alimentación, de cuidados en el abrigo, de no dejarle solo, de no poder llevarle a la guardería, etc. Todo eso lleva consigo cuando llega la separación de la adolescencia situaciones de este tipo.

Fernando González: Gracias, Luis. Quería responder o complementar el comentario que has tenido porque es algo que traía y que me he saltado en relación al tema de la evolución de los grandes prematuros y también, sobre todo los americanos que son muy aficionados a hacer estudios epidemiológicos a largo plazo, ya han estudiado la adolescencia en los grandes prematuros. Y una de las sorpresas evolutivas relativa, es que a pesar de que han encontrado en estos estudios en poblaciones relativamente amplias, durante la edad escolar, la latencia parece que estos niños tenían factores de riesgo evolutivo. Hablamos de todo el abanico de los trastornos de déficit de atención e hiperactividad que denominamos ahora trastornos en los aprendizajes, que son más frecuentes, incluso también trastornos de socialización durante la infancia, que serían factores de riesgo de cara a la evolución en la adolescencia, lo que se encuentra es que los adolescentes presentan menos problemas, por ejemplo, problemas de comportamiento (englobamos en los problemas de comportamiento que incluyen conductas delictivas, consumo de tóxicos, embarazos no deseados en el caso de las adolescentes...) la incidencia es menor en los que han sido grandes prematuros que en la población normal.

Se ha tratado de explicar por esto que comentabas que es la relación de hiperprotección que habitualmente se da entre los padres y el niño gran prematuro. En el caso de este tipo de problemáticas tendría un efecto protector, es decir, hay una mayor vigilancia, una mayor presencia, un temor siempre a la autonomía del niño, del adolescente... pero eso, curiosamente tendría

menos incidencia este tipo de problemas. Claro, estos estudios no valoran muchas veces qué ocurre a nivel intrapsíquico, a nivel emocional en el adolescente y cómo eso que yo creo que ocurre, perturba las relaciones familiares. Yo sí que he encontrado en la clínica que la adolescencia de muchos de estos chavales es difícil porque dan muchos problemas dentro de casa. Fuera son inhibidos, a veces este perfil más comportamental lo tienen más que reprimido, yo creo que totalmente inhibido, pero en casa es donde pueden presentar problemas de oposicionismos o de pasividad importantes.

Público: Primero agradecer a los cuatro ponentes, porque para mí, y me imagino que para todos, ha sido muy ilustrativo y muy interesante, y luego a mí, por lo menos, me ha ayudado a organizar y a pensar cosas que normalmente estamos viendo en la clínica. Pero yo quería plantear una cosa más en el terreno de la organización, porque Fernando ha hablado de dos dispositivos, uno de atención temprana y otro de un psicólogo que van a contratar en neonatología, ¿no?

Fernando González: Ya felizmente, la contratación está hecha desde hace más o menos un año.

Público: Y es un acontecimiento efectivamente feliz, pero a mí me causa cierta contradicción porque pienso que los equipos de salud mental infantojuvenil tenemos que ocupar un lugar importante desde antes del embarazo o en el embarazo. Vosotros habéis explicitado muy bien toda la riqueza y toda la complejidad que supone esto. Entonces creo que el psiquiatra infantil y el psicólogo clínico infantil con la formación que tiene, tiene que estar en esos lugares. Cuando has dicho lo del psicólogo, me ha hecho acordarme de algo que estamos ahora mismo en mi área empezando a funcionar y es que (por eso a lo mejor esto me causa contradicción y por eso lo planteo) había una propuesta de que un equipo de atención temprana viniera al hospital a trabajar con neonatología. El gerente, sensible a toda salud mental, se preguntó qué hacía entonces el equipo de salud mental infantojuvenil. Ahora lo que hemos hecho ha sido una unidad funcional para trabajar desde el embarazo y con niños de alto riesgo en neonatología, donde está implicado neonatología, rehabilitación y salud mental infanto-juvenil. Me parece importante que los equipos de

infanto-juvenil se lo planteen y que no nos quedemos sin atender a la primera infancia y al embarazo.

Público: (A Fernando). Yo te quería preguntar la cuestión de todo el tema de los apegos inseguros en los grandes prematuros; si también se complica por el tema de que muchas veces son embarazos gemelares e incluso trillizos, y entonces todo el tema de la construcción de la identidad. Yo creo que estas madres en situaciones de estrés postraumático y además muchas veces tienen la complicación de tener que atender a dos, tres niños, que muchas veces es más fácil una afinidad con alguno de ellos que con el otro que puede ser más difícil... Más por el tema de la identidad de estos niños, si hay alguna investigación en este sentido...

Fernando González: Hemos tratado de estudiar las características de las situaciones de prematuridad y gemelaridad porque en esta población de 90 grandes prematuros, el porcentaje de gemelos era relativamente alta, más del 40 %. Y no hemos encontrado diferencias en ninguna variable. Centrándolo en lo que tú comentas, las familias, las madres de niños prematuros gemelos no presentan un modelo de apego más inseguro ni presentan más estrés durante el primer año de vida. Esta aparente paradoja yo creo que tiene un sentido porque nos ha hecho plantearnos efectivamente qué pasaba. Tiene un sentido porque normalmente los apoyos de los que disponen las familias, los padres de gemelos, más de trillizos todavía, son mucho mayores, es decir, en la familia en el sentido más amplio (abuelos), normalmente se vuelcan de una manera muy masiva porque además la situación, la realidad se impone y esto puede hacer que esa aparente sobrecarga que podría ser un factor de desbordamiento y de estrés, no lo sea tanto porque, por un lado, la familia, yo creo que es un factor importante de apoyo y de ayuda, y creo que también los dispositivos asistenciales, los profesionales de neonatología e incluso nosotros, también por esa visión preventiva, por esa intuición de que puede ser de más riesgo, solemos estar más vigilantes, se suelen hacer seguimientos de mucho más apoyo, de mucho más interés por el niño y por la vivencia de los padres, y eso yo creo que puede ser un factor protector.

Maite Muñoz: (A Fernando). Comentar sobre esta referencia que has hecho a estas palabras de Gabriel García Márquez de crianza, que Gabriel García Márquez fue un cedido. Es que él no se crió con su madre, se crió con una tía, la tía ejerció un buen maternaje.

Marian, yo también animo a todos los jóvenes colegas a que sigan viniendo a Sepypna, que se aprende un montón, y quiero señalar que te pediré las diapositivas porque esta idea que has planteado de tener un hijo, de ser madre... las personas que trabajamos mucho con padres adoptivos, preadoptantes, postadoptantes, realmente creo que, me va a aportar mucho para la valoración de los futuros padres adoptantes. Incluso, que lo comentaba ahora con Alicia Montserrat, ya no sólo el deseo de ser madre o incluso el deseo de estar embarazada. Podría ser deseo de ser madre, deseo de estar embarazada... Creo que aquí hay mucha miga para pensar. Y nada más que complementar esto que estabas diciendo de que esto para las infertilidades psicógenas parece que una buena medida, para intentar solucionarlo, era iniciar un proceso de adopción. Yo sólo voy a contar mi estadística personal, no es extrapolable a nada, pero es la que yo tengo. Habré visto entre 130 y 140 parejas en proceso de adopción para valoración. De esas, 15 más o menos eran parejas que tenían hijos biológicos, no había ningún problema de infertilidad ni nada. Las demás no tenían hijos. En mi caso 3 mujeres quedaron embarazadas en el proceso de adopción. Luego efectivamente es un dato irrelevante, despreciable casi. Esos otros datos que parece que se han manejado de que el no sé cuántos por ciento se quedan embarazadas, yo apporto, ya digo, una casuística mía exclusivamente, sólo 3 se quedaron embarazadas.

Reme Tarrago: Aparte de estar totalmente de acuerdo con Marian de que aquí se aprenden siempre muchas cosas y agradecer vuestras ponencias, quería también, como antes decía Jaume Baró, romper uns estadísticas que existen sobre grandes prematuros, y yo trabajo en ello desde hace casi 30 años, yo creo que siempre quedan muy sesgadas. Hacer comparables grandes prematuros se hace difícilísimo porque estamos hablando de los prematuros que presentan como consecuencia secuelas psicológicas, pero la realidad de la gran prematuridad es que hasta hace

muy poco, y todavía ahora, existen cantidad de dificultades físicas asociadas que nos hace muy difícil tener una muestra lo suficientemente grande como para hacerla suficientemente comparable. Entonces diría que desde mi experiencia clínica yo sí me atrevería a decir que cuando hay dos o tres bebés y estoy de acuerdo en que es un porcentaje muy elevado de la prematuridad porque como decías tú Marian, una de las causas de la prematuridad más importante es la fecundación *in vitro* que estaría muy asociada a lo que decía hoy Juan Manzano de la edad de concepción de las madres que deciden concebir cuando ya no son excesivamente capaces de hacerlo por las edades que tienen y entonces han de hacerlo en un periodo en el que ellas deciden. Yo no estaría de acuerdo en la idea de que la vinculación es igual. Desde mi punto de vista no lo es. Hace unos años porque se daba de alta a un bebé y al otro no, las madres hacían un lazo afectivo diferente con el hijo que se llevaban primero a casa (por lo menos ésta es la apreciación clínica, no tengo ningún tipo de estadística). Y actualmente intentamos dar de alta a los dos bebés a la vez para no dividir a la madre entre ¿a quién atiendo?, ¿estoy de canguero con el niño que tengo en el hospital o me dedico al que tengo en casa?, intentamos hacerlo a la par. En estos momentos pasando las pruebas como el Brazelton. Cuando terminamos y le decimos a la mamá: “Llama a tu bebé que yo también lo llamo y ya verás donde se gira” yo me he encontrado a cantidad de madres de prematuros mellizos que te dicen: “A mí no se me van a girar”, cuando han visto que a la mamá de al lado lo han hecho. ¿Por qué? “Porque son dos y no los estoy atendiendo igual”. Ya desde ella misma está diciendo la incapacidad. Simplemente agradeceremos lo que habéis dicho y por otro lado aportar una experiencia.

Juan Manzano: Marian, yo también pienso que se aprende muchas cosas. Es verdad que es la clínica y la experiencia la que nos enseña y por esto animo a los jóvenes a saber que lo que están viendo y lo que están viviendo en la relación clínica es la fuente principal del conocimiento. Esto me lleva a decirle a Marian que yo también quiero los papeles porque es verdad que has hecho un trabajo muy interesante.

Marian Fernández Galindo: Esto ha sido una ponencia abortada, por lo menos de gran prematuro.

Juan Manzano: Si se le deja quizás termina liando la per... (risas).

Quería hacerte un pequeño comentario. Primero, lo del encarnizado deseo de tener hijos... Esto de encarnizamiento... precisamente lo que habría que demostrar es lo contrario, el encarnizamiento viene porque, ¿de qué viene ese deseo?; es simplemente de la materia viva, estamos hechos así y esto me lleva de nuevo a decir que digamos siempre que hay representaciones y que hay hechos, pero esa es mi opinión. Yo te agradezco que tú hayas introducido la noción de fantasía que en mi opinión es la más clara, pero eso es también de nuevo, mi opinión.

Y un pequeño detalle técnico de la clínica. Yo estoy acostumbrado en estas situaciones a dividir a las madres jóvenes (todavía no lo son, pero quieren serlo o no) en dos categorías, según la integración o no de este deseo. He hablado antes de las que no lo integran, lo escinden, lo posponen, etc. Pero hay otras que no desean realmente tener hijos o que no pueden materialmente por razones orgánicas. Estas últimas pueden estar perfectamente integradas, en cuyo caso para mí es la variable libertad. Desde el momento que no están utilizando elementos de eliminar una parte es perfectamente lógico, las considero sanas, y yo creo que es válido porque hay una graduación que en estas madres que no tienen o que no pueden, probablemente el criterio de mayor o menor integración es la clave desde el punto de vista psicológico, en todo caso es la que yo utilizo.

Marian Fernández Galindo: Lo de Juan me ha parecido interesante porque no he tenido tiempo de desarrollar mi idea que es precisamente la ausencia de ley, esta libertad que nos han dado las técnicas las que nos meten en un nuevo conflicto, que es dejar al desnudo una pulsión que se queda en lo biológico. Es verdad que el encarnizado deseo de tener hijos tiene todo que ver con el movimiento de las hormonas. Cuando eso queda sometido a la ley de que las mujeres empiezan a tener hijos cuando su edad de maduración lo hace no hay deseo, como decía Marie Rose Moro, se tienen hijos porque se tienen. El problema es el conflicto que ha venido después de la adquisición de la libertad para procrear cuando nos dé la gana. Y es

verdad que las técnicas se aplican a una infertilidad que viene de ese hecho biológico de que después de los 30 la fertilidad declina. Apenas hay (o yo no conozco casuísticas de clínicas de fertilidad) o creo que no hay procreación por debajo de los 30 años, entonces efectivamente el conflicto viene de que el deseo de hijo parte de un no deseo. No me ha dado tiempo a desarrollarlo pero es donde veo todo el problema.

Respecto de los gemelos, quería aportar sólo una experiencia personal, ya sabéis que tengo un exhibicionismo irremediable (risas) que tiene que ver con una experiencia personal y con el problema que me ha interesado mucho de la vulnerabilidad de las madres en estas situaciones. La experiencia personal es la siguiente, y tiene que ver con un micro trauma: Casi todo el mundo sabe que tengo dos nietas mellizas. Esas nietas tienen hoy 6 años y como gemelas bivitelinas que son, son muy diferentes la una de la otra. Una pasó dos días y medio en la Uvi neonatal (no en incubadora), por una cuestión que tenía que ver con un protocolo aplicado por una clínica privada que es que 100 gramos menos del estándar Uvi, con lo que yo luché y tardé dos días y medio en convencer a mi hijo de que la sacaran de ahí. Entonces el asunto es: sexto cumpleaños de estas niñas. Una de las dos que tiene un carácter, invita a toda la clase al cumpleaños y la otra que tiene otro carácter, invita a dos. Como el cumpleaños es el 30 de agosto de las dos viene una. La madre que tiene una sociabilidad más parecida a la que invita a toda la clase me pregunta preocupada: ¿Esta niña no se acordará de cuando la dejamos sola en el hospital? Es decir, es cierto que la vulnerabilidad de las madres y por lo tanto de la memoria se hace hipersensible. El problema de la experiencia de las madres en esto me parece nuclear.