

## A propósito de un caso: La importancia del trabajo en red.

A case report: The importance of networking.

Roser Font Torné <sup>a</sup>, M<sup>a</sup> Luisa López Úbeda <sup>b</sup>, Ana Orero García <sup>c</sup>.

<sup>a</sup>Psicóloga Interna Residente. H. U. Doctor Peset. Valencia, España. <sup>b</sup>Psicóloga Interna Residente. H. U. Doctor Peset. Valencia, España. <sup>c</sup>Psicóloga Interna Residente. H. U. Doctor Peset. Valencia, España.

Correspondencia: Roser Font Torné (roserfonttorne@gmail.com)

Recibido: 23/07/2012; aceptado: 19/12/2012

**RESUMEN:** Se describe el caso de una mujer de 38 años que en la semana 36 de gestación acude a Psiquiatría solicitando una inducción al parto. En la exploración se observan síntomas propios de un trastorno psicótico y otros emocionales derivados de su angustia hacia la maternidad y el rechazo de la misma, a los que acompañan múltiples señales de riesgo de tipo familiar y socioeconómico. Las características del caso requieren una estrecha colaboración entre los distintos dispositivos y profesionales implicados. El presente trabajo trata de reflejar la importancia del abordaje multidisciplinar y el trabajo en red coordinado. Se pretende mostrar cómo esta intervención adquiere una especial relevancia en pacientes con patología grave y contextos socio-familiares complejos.

**PALABRAS CLAVE:** Trabajo en red. Intervención multidisciplinar. Trastorno psicótico.

**ABSTRACT:** We describe the case of a 36 weeks pregnant 38-year-old woman attended an appointment in an outpatient psychiatric clinic asking for a scheduled induction. A psychotic disorder and multiple symptoms derived from anxiety and rejection towards maternity were observed following mental examination with several socioeconomic and familiar risks signals. A need for close collaboration between different health-care workers and services arose from this situation. This work aims to highlight the importance of multidisciplinary approaches and coordinate networking. The case shows how this kind of intervention is specially relevant when working with severely disordered patients within complex social and family contexts.

**KEY WORDS:** Networking. Multidisciplinary interventions. Psychotic disorder.

*Agradecimientos:* Patricia Escrivá Martínez. Psicóloga Clínica. H.U. Dr. Peset. Teresa Fernández March. Psicóloga Clínica. USM Fuente San Luis. Dpto. Valencia Dr. Peset. Ana Hernández Merino. Terapeuta Ocupacional. USM Fuente San Luis. Dpto. Valencia Dr. Peset.

Se trata de una mujer de 38 años que en la semana 36 de gestación es remitida a consultas externas de Psiquiatría desde el servicio de Ginecología para valoración. Solicita un informe psicológico para realizar una inducción temprana al parto. Acude a consulta acompañada por su pareja. Se realiza una entrevista conjunta y se detecta una comunicación en paralelo, pareciendo traer dos motivos diferentes de consulta. Ella muestra gran desesperación en su demanda, donde el parto queda escindido de las repercusiones de tener un hijo con la consecuente negación de la

crianza. Él, con excesiva complacencia, minimiza las dificultades propias de la paternidad manteniendo un discurso perseverante, basado en su capacitación como padres con respuestas tangenciales ante cualquier confrontación.

### *Breve anamnesis*

#### *Datos sociodemográficos*

La paciente es la mayor de dos hermanas. Sus padres se separaron hace más de 25 años. Procedente de Europa del Este, reside en España desde 2001. Mantiene una relación de pareja con un hombre español desde hace aproximadamente 5 años. Actualmente embarazada de éste, no tienen más hijos.

Su historia laboral es intermitente debido a las dificultades para mantener un trabajo de forma estable. A pesar de poseer estudios superiores y hablar varios idiomas siempre ha desempeñado trabajos de baja cualificación.

#### *Antecedentes*

Presenta numerosos diagnósticos psiquiátricos, destacando el de Trastorno Psicótico a los 14 años de edad, que en el momento de ser atendida es definido por parte de su psiquiatra privado como Trastorno Psicótico residual.

Desde ese primer diagnóstico, otros síntomas se han ido presentando en forma de Depresión Inhibida, Trastorno Obsesivo-Compulsivo o incluso Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado, diagnosticados por diferentes profesionales. Señalar además un enolismo crónico hasta hace 1 año e ideación autolítica con planificación e intentos activos desde la adolescencia, con coincidencia temporal en su inicio con la disfemia que presenta y la separación de sus padres. Como antecedente familiar destaca el suicidio paterno hace más de 10 años.

En relación a los antecedentes de la pareja se conoce el consumo de tóxicos durante la adolescencia y edad adulta joven, y el ingreso psiquiátrico por clínica psicótica mientras realizaba el servicio militar. Sufrió nuevas descompensaciones en períodos posteriores, negándose en la actualidad a recibir seguimiento y tratamiento psiquiátrico.

## NOTAS CLÍNICAS

*Historia de enfermedad actual*

Según refiere la propia paciente, el embarazo ha sido deseado con finalidad auto-terapéutica, bajo la creencia de generar un cambio hormonal que consolide la mejoría del cuadro psiquiátrico del último año. Al inicio del embarazo presenta clínica ansiosa florida, con insomnio, inquietud psicomotriz, crisis de pánico y decaimiento anímico con abandono de su actividad habitual, así como náuseas y rechazo del alimento, llegando a perder hasta 9 kg. Aparecen entonces sentimientos de rechazo hacia el bebé asociados al arrepentimiento y la culpa por encontrarse en estado de gestación, presentando verbalizaciones negativas e ideas delirantes acerca del embarazo. Refiere sentirse incapaz para la crianza, con temor a perder el control. Esta pérdida de control se manifiesta en forma de heteroagresividad hacia su pareja o hacia sí misma durante las crisis de pánico. Con grandes dificultades para manejar su angustia y escaso apoyo familiar y de pareja comienza a abusar de benzodiazepinas. En la historia social se recogen escasos recursos económicos así como déficit en el autocuidado y autonomía que agravan la situación. A partir de esta información se planifica y organiza la intervención psicoterapéutica, dividida en dos fases.

La primera fase se realiza a nivel hospitalario. Prima la urgencia en la intervención por el avanzado estado de gestación. Se plantean unos objetivos claros, abarcables y posibles en dicho entorno, y construir una sólida relación terapéutica que capacite a los profesionales para cualquier tipo de actuación. El primer objetivo es el parto. Se programa un trabajo conjunto con las matronas del centro de salud y el equipo de Salud Mental de acompañamiento en la preparación al parto. No se descarta la posibilidad de una cesárea electiva, previo contacto con el equipo de Ginecología del hospital para que conozca el caso en profundidad.

Las señales de riesgo detectadas en la pareja cuestionan la posibilidad de ejercer una crianza adecuada. El equipo considera un deber ético avisar a Servicios Sociales, aunque esto pudiera llevar a una intervención por parte de éstos retirando la patria potestad. Anticipando la crisis que supondría a nivel psiquiátrico para la pareja la pérdida del hijo (culpa, sentimientos de incapacidad), el equipo se adelanta a la entrada de Servicios Sociales y comparte con la pareja la preocupación por la crianza estableciendo la adopción o la acogida como alternativas. Ante la retirada de la patria potestad trabajando el duelo redefiniéndolo como forma de ejercer la función paterna y, en caso contrario, trabajando una adecuada vinculación, desarrollo de recursos personales para la crianza y uso del apoyo familiar.

Se establece un abordaje psicoterapéutico más allá de lo patológico, que rescate los recursos con los que la paciente cuenta para ponerlos a disposición de su salud mental. Entre otros recursos se cuenta con la familia. Se valoran sus miedos, necesidades y se reformulan para llevar a cabo un trabajo de colaboración que

permita restablecer la función natural de la familia como fuente nutricia y de cuidado. En la intervención, la familia se muestra capaz de asumir pautas y colaborar, facilitando el trabajo y capacitándoles para un funcionamiento autónomo.

Una de las preocupaciones principales era que, dada la implicación de tantos profesionales, se paralizara la información y se distorsionara la demanda en función del prisma con que cada uno mirara a la paciente. Se optó por aprovechar esta característica como un recurso para reducir la sobrecarga y responsabilidad asistencial a través del trabajo en red multidisciplinar o de colaboración entre: Psicología Clínica, Psiquiatría, Trabajo Social, Enfermería (Matronas), Ginecología y Pediatría. Esta comunicación perseguía dos objetivos: impedir que el caso pasase desapercibido, que la paciente se pusiera de parto y el equipo de Ginecología se encontrara con una mujer fuera de control, que no colaboraba; y conseguir una relación estrecha a través de reuniones o llamadas telefónicas para mantener a todos los profesionales informados sobre los recursos personales que la paciente iba desarrollando y evitar la focalización en lo negativo. Finalmente la paciente dio a luz acompañada por el equipo de Psicología Clínica y Ginecología, sin desconectarse de la vivencia de parto a pesar de la anestesia epidural. Los Servicios Sociales estudiaron el caso y no consideraron necesaria su intervención. Se hizo necesario dar continuidad al caso a nivel ambulatorio y atender los aspectos relacionados con la vinculación y la maternidad, así como el seguimiento de la patología psiquiátrica y los riesgos de una descompensación psicótica.

La segunda fase, enmarcada ya a nivel ambulatorio, está marcada por un replanteamiento del encuadre y los objetivos psicoterapéuticos. Se inicia un tratamiento psicodinámico con sesiones individuales semanales donde no se contempla compartir espacio terapéutico con la pareja, como forma de garantizar la subjetividad de la paciente. Las profesionales responsables del caso son una Psicóloga Clínica y la Terapeuta Ocupacional de la Unidad de Salud Mental. También se informa a la Trabajadora Social de la Unidad, que se mantiene en un segundo plano por si se precisara un nuevo contacto con Servicios Sociales.

La intervención se realiza en dos vertientes, con el denominador común de la “dificultad en la relación con el otro”. En la interpersonal la paciente muestra graves dificultades para encontrar un diálogo común con los demás. En la familiar, las dificultades se transfieren por una parte al conflicto en la relación de pareja y por otra a las dificultades en el proceso de vinculación con el niño: no hay maternidad en juego, su hijo no representa nada para ella y, por tanto tiene lugar una delegación de la función materna en la familia política. Es necesario destacar, el precioso trabajo de arteterapia llevado a cabo por la Terapeuta Ocupacional quien se plantea como objetivo específico retomar el contacto con aspectos identitarios de la paciente relacionados con las artes plásticas, con la finalidad de suministrarle un sostén suficiente como para no necesitar el consumo de alcohol o benzodicepinas que

se reanuda después del parto, a la vez que las creaciones artísticas le permiten ir elaborando las cuestiones relativas a la maternidad.

### *Discusión*

El trabajo en red a lo largo de todo el proceso parece corresponder mejor a la realidad de los hechos: distintos momentos de enfermar y distintos momentos de tratamiento pueden hacer preciso distintas actuaciones. Ello también podría liberar al profesional de una omnipotencia en la que él sólo resuelve todo; más parecería un crecimiento en el que el enfermo recorre varios vínculos (1).

El trabajo en red garantiza la continuidad de cuidados sin ruptura en su atención y asistencia. De modo que la dirección de la cura y las prioridades sobre el caso vendrán determinadas por las necesidades del caso y la evolución del cuadro.

En este contexto se constituye como elemento imprescindible la presencia continuada de una disponibilidad que como red envuelva y configure el tratamiento. Del mismo modo, la comprensión acerca del enfermo se facilita cuando dicho marco se mantiene (1).

Todo ello en el marco de un trabajo en red intentando solventar las discrepancias entre profesionales y llegar a un marco de entendimiento común. Por tanto, una red es funcional cuando existe una clara definición de las tareas individuales y del quehacer grupal (2).

### BIBLIOGRAFÍA:

(1) Melendo, J., Botella, I., Arribas, A. Psicosis: reflexiones en torno a la asistencia pública y a la continuidad de cuidados. *Rev Asoc Esp Neur* 1998; 8(26): 417-426.

(2) Alegret, J., Castanys, E., Ochoa, S. El trabajo en red profesional en salud mental infantojuvenil. *Rev Asoc Esp Neur* 2005; 25(95):49-68.