

Artículos originales:

Síndrome de Pre Alta, de lo inespecífico a una delimitación diagnóstica

Nelson Castañeda*

Resumen:

Es reconocido que cualquier proceso de hospitalización eleva los niveles de ansiedad a quien debe someterse a intervenciones bajo condiciones residenciales. Por ende se podría concluir que el proceso de alta o egreso pudiera ser considerado como un factor que disminuya dicha tensión, sin embargo, se ha observado lo contrario en algunos estudios y observaciones efectuadas durante tres años en el Servicio de Corta Estadía y posteriormente en el Departamento Patología Dual del Hospital Psiquiátrico El Peral.

Se ha recabado información acerca de percepciones subjetivas de un número de pacientes que, cercanos a su proceso de alta, manifiestan signos de malestar psíquico expresado en sintomatología subclínica, por lo cual no logran ser categorizados en diagnósticos propios de manuales de psiquiatría ni tratados mediante psicofarmacología o intervenciones psicoterapéuticas. Lo anterior se ha intentado objetivar desde el año 2012, periodo desde el cual se ha efectuado una observación de pacientes del Departamento de Patología Dual próximos a su egreso.

Desde un método observacional y de organización de estos datos se propone una primera delimitación diagnóstica para el concepto Síndrome de Pre-alta, pudiendo identificarse síntomas claves que están presentes en todos los pacientes y síntomas accesorios que permitan reconocer distintas manifestaciones del mismo.

Palabras clave: síndrome, método observacional, proceso de alta, síntomas claves, síntomas accesorios.

Discharge Process Syndrome, toward a diagnostic delimitation Summary

It has been recognized that any process of hospitalization raises anxiety levels in patients who must undergo clinical interventions under residential conditions. Therefore it could be concluded that the process of receiving a medical discharge might be a factor that should decrease this tension. However, the opposite has been observed in studies and observations made during

a period of three years in the Short Stay Service and later in the Dual Pathology Department of the El Peral Psychiatric Hospital.

Information has been gathered about the subjective experience of a number of patients that, close to the moment of their discharge, show signs of mental distress expressed in subclinical symptoms, so they fail to be categorized in the classic diagnoses offered by manuals and are also not treated with psychopharmacology or psychotherapeutic interventions. This phenomenon has been tried to objectify since 2012, during this period of time observations have been made of patients of the Dual Pathology Department that are close to their medical discharge.

From an observational method and by organizing this data, a diagnostic delimitation is proposed under the following concept: Pre - Discharge Syndrome, a label under which key symptoms that are present in all patients and secondary symptoms as well can reflect different manifestations of the proposed syndrome.

Key words: syndrome, observational method, discharge process, key symptoms, accessory symptoms.

Introducción

El desarrollo y práctica de las competencias profesionales en instituciones que albergan a personas con graves perturbaciones mentales proporcionan la valiosa oportunidad de desarrollar y enriquecer habilidades, al diagnosticar e intervenir en los particulares conflictos de cada persona, por lo cuales sufren o hacen sufrir a quienes los rodean (17).

A través de una observación sustentada en un marco teórico, en este caso fenomenológico y metapsicológico, se puede acceder a las reacciones de la psique frente a ciertas vivencias, explicables o comprensibles, las que se actualizan en fenómenos psicopatológicos que orientan la descripción, el trabajo interpretativo y el establecimiento de tratamientos multimodales (16).

La constante formación y observación mediante un Yo terapéutico debiera disminuir el riesgo latente de perder la capacidad de reconocer fenómenos que se imponen como inespecíficos o no sistematizados.

* Psicólogo Clínico. Evaluador Técnico de Ingresos. Jefe (s) del Departamento de Patología Dual Hospital Psiquiátrico El Peral. Contacto: nelson.castaneda@redsalud.gov.cl - 22 5765406, red Minsal 265406.

En nuestro contexto, estos fenómenos se nos imponen como aspectos propios de las cotidianidades de un proceso de tratamiento residencial, en pacientes con patología adictiva y psicopatología asociada, fenómenos que son abordados sin mayor relevancia a pesar que surgen repetitivamente. A seguir es la lógica Freudiana expresada en su trabajo *Psicopatología de la Vida Cotidiana* de 1901, en el que desarrolla hipótesis frente a fenómenos que generalmente han sido considerados cotidianos y propios de la existencia, como los lapsus motores y lingüísticos, olvidos y sueños (6).

El presente artículo busca reconocer la existencia de fenómenos difíciles de identificar y describir, que no se expresan en términos diagnósticos propios de manuales, que hasta este momento han sido transmitidos o descritos por el personal o cuidadores mediante palabras coloquiales, que se van repitiendo a través del tiempo, y se mantienen presentes en cierto número de pacientes, independientemente de su rotación en el tiempo y de cómo esto afecta a la dinámica de un servicio clínico.

El objetivo será conceptualizar y describir un fenómeno observado durante cuatro años en el trabajo con pacientes hospitalizados en el Servicio de Corta Estadía del Hospital Psiquiátrico El Peral. Estas manifestaciones se han replicado en pacientes ingresados desde marzo del año 2012 a tratamiento residencial en el Departamento de Patología Dual¹, quienes por características del programa de tratamiento se mantienen hospitalizados por un mínimo de 90 días (4). Junto a esto, el desafío será proporcionar a estas observaciones una relevancia clínica para una comprensión del vivenciar subjetivo del paciente, así realizar un diagnóstico diferencial, proponer primeros abordajes psicoterapéuticos y asociarlo a estilos de carácter expresados en lo que conocemos como rasgos de personalidad predominantes.

El problema específico, y las hipótesis asociadas, surgen de las observaciones y descripciones de técnicos paramédicos y profesionales del equipo tratante, quienes hacían referencia a cierto estado psíquico que manifestaban algunos pacientes pocos días antes de egresar del tratamiento intrahospitalario. Este estado se comprende en una primera aproximación como un "leve empeoramiento", a pesar de tratamientos farmacológicos mantenidos, con buenos resultados y sin un aparente agente o estresor anexo. La subjetiva concepción de leve empeoramiento se sustenta en las descripciones literales efectuadas por el personal respecto a los pacientes en cuestión: "parece triste con

el alta", "parece que no se quiere ir", "anda como en las nubes". Dichas apreciaciones, vagas y coloquiales, no lograban ser comprendidas y tramitadas por parte del equipo de salud, generando reacciones contratransferenciales expresadas en malestar, frustración y ansiedad.

Similares observaciones se fueron repitiendo a través del tiempo, y la reconversión del Servicio de Corta Estadía a Departamento de Patología Dual (3), proporcionó la oportunidad de efectuar un estudio del fenómeno y comprobar que estas dinámicas podían configurar signos o síntomas correspondientes a un síndrome particular previo al proceso de alta que llamaremos **Síndrome Pre-Alta**. A priori, los signos y síntomas se podrían ubicar en el contexto de una reacción ansiosa subclínica, necesaria de identificar, intervenir y continuar delimitando con el objetivo de responder a dicho malestar y asegurar la continuidad de cuidados de quienes se ven afectados por lo concurrente y recurrente de sus graves patologías.

Material y método

1.- Observaciones preliminares.

Tanto en la literatura como al compartir experiencias entre los clínicos, se reconoce que la situación de hospitalización, como hito, puede ser entendida como un evento traumático, un estresor (9), un evento que en sí mismo incrementaría los niveles de ansiedad en un paciente sólo por el hecho de cambiar su lugar de residencia, más aun cuando la internación se efectúa mediante medidas administrativas².

La ansiedad en estos casos se encuentra directamente proporcional a la percepción amenazante de la internación, más aún si la persona padece un trastorno de ansiedad previo o requiere de intervenciones más complejas debido a la gravedad de su patología. Dicho malestar es relevante, puede perturbar y limitar la capacidad para afrontar la enfermedad, siendo un aspecto que puede influir en la presentación del cuadro, diagnóstico y tratamiento. Un ejemplo de esto se puede percibir objetivamente en la alteración de indicadores de pruebas psicológicas denominadas cuantitativas y en los análisis de resultados de tests proyectivos, expresión del aumento de la ansiedad sólo por enfrentarse a una tarea nueva.

Lo anterior es un hecho que reconocemos desde nuestra experiencia clínica y siguiendo esta lógica se podría hipotetizar que

1. El Departamento de Patología Dual del Hospital Psiquiátrico El Peral es creado como una respuesta a la reforma psiquiátrica donde el Servicio de Salud Sur es el área de demostración. La estructuración de este Departamento surge de la fusión de tres unidades de Psiquiatría del mismo hospital, Psiquiatría Hombres, Psiquiatría Damas y Unidad de Adicciones Complejas.
2. Refiere a casos que se denominan "forzosos", regulado por circular b2 n°10 emitida el año 2006 por División Prevención y Control de Enfermedades Departamento de Salud Mental Comisión Nacional de Protección para Personas Afectadas de Enfermedad Mental.

así como una internación incrementaría los niveles de ansiedad, un egreso la disminuiría. Lo anterior se problematiza cuando un paciente que se encuentra hospitalizado presenta un aparente empeoramiento de su cuadro clínico al momento de ser informado de su egreso. El no prestar la atención requerida a esta comunicación clínica conlleva el riesgo de reforzar la aparición de conceptos³ estigmatizadores en lugar de descripciones clínicas, por ejemplo que los malestares subjetivos son parte de un "manejo histérico", "conducta ganancial" o "manipulación" consciente y deliberada más que la actualización de dinámicos internalizados. Así se descuidan hipótesis dinámicas relevantes, como lo es un quiebre de un estado de bienestar propio de una reacción terapéutica negativa, reacción envidiosa frente a objetos parciales, angustias de separación, entre muchos otros. De lo anterior, deviene la siguiente pregunta: ¿Obtener el alta de un tratamiento no debería generar alivio?

Un antecedente relevante es un estudio efectuado en 1977, en el Proyecto de investigación de Psicoterapia de la Fundación Menninger, en el cual se muestra un incremento de la ansiedad al momento de finalizar el tratamiento psicoanalítico o de psicoterapia en el 50% de los pacientes estudiados. No obstante, el estudio hace hincapié que de este 50%, el 72% de los pacientes alcanzaron mejorías sustanciales, resultados objetivados por evaluadores independientes. (7). De acuerdo a esto, los datos serían significativos para considerar que un incremento del malestar subjetivo pudiera ser parte de un fenómeno determinado que no se relaciona con el éxito de las intervenciones propuestas por una psicoterapia o, en este caso, por un programa de tratamiento residencial, y pudiera responder a un fenómeno necesario de delimitar y explicar.

Una hipótesis a tener en cuenta sería la re-activación de malestar-ansiedad producto de la separación de un programa de tratamiento que tiene como objetivo el cuidado físico y emocional de una persona, el cual otorgaría la posibilidad de contener angustias primitivas. Aspectos como una rutina diaria que proporcione estructura y un sostén psíquico, con intervenciones a nivel psicoterapéutico y farmacológico que cumplirían una función de sostenimiento, contención que pudiera posicionarse comprensivamente desde un modelo psique-soma Winnicotiano.

El intento de establecer relaciones objetales sanas mediante una comunicación afectiva y efectiva proporcionaría seguridad y, en momentos, una dependencia al sistema de tratamiento, necesidades orales que al ser frustradas activarían, según Melanie Klein, ansiedades y mecanismos defensivos primitivos propios de ciertas organizaciones de personalidad. Si continuamos

en este camino, se podría suponer, y en otros casos asegurar, que el proceso de alta tendrá un impacto, pudiendo vivenciarse como un abandono, razón por la que la aparición de síntomas respondería a una solución de compromiso o expresión comunicativa de un conflicto.

Por otra parte, y en el contexto de la expresión de ansiedades, se hace necesario diferenciar 1) si la sintomatología tiene una vertiente primaria, es decir, que su devenir va a desorganizar la personalidad con una consecuente aparición insidiosa de síntomas, o 2) se manifestará como la señal de un conflicto, complejo de abordar, pero que no tiene la intensidad ya mencionada y que dirigido adecuadamente pudiera ser adaptativo. En este contexto es que el surgimiento de síntomas al momento de terminar un proceso hace necesario que no sólo se identifique el malestar y se condense en algún criterio diagnóstico, sino que se hace fundamental una evaluación del mismo con el objetivo de orientar estrategias de intervención a nivel individual (micro), nivel grupal e incluso de red asistencial (macro).

Incluir estrategias terapéuticas a nivel macro debe visualizarse como una perspectiva necesaria de incluir, debido a que el trabajo en red implica el tránsito de una persona por distintos dispositivos y equipos profesionales. Por esta razón, asociado a las intervenciones de fenómenos psicopatológicos y sintomatología específica al interior de las unidades, se deben generar estrategias de dichas intervenciones entre los dispositivos de salud. Lo anterior se hace relevante en nuestro caso, debido a que el surgimiento de malestar reactivo al egreso de un programa de tratamiento entrega una alerta acerca del estado del paciente, con un carácter comunicacional en la relación, que debería analizarse más allá de la entrega de la información de lo sucedido al equipo de referencia o contra referencia.

2.- Metodología.

Las verbalizaciones inespecíficas expuestas de un grupo de pacientes y las hipótesis derivadas, son necesarias de objetivar y agrupar, lo cual se efectuó mediante observaciones sistemáticas que proporcionaron información sobre signos o síntomas en cuanto a su forma y frecuencia, para posteriormente asociar al grupo de pacientes en los que se pesquisa la aparición del malestar con rasgos de personalidad predominante en su organización estructural.

Se empleó el método de investigación observacional mediante la recolección de información sistemática a través de una observación no participante, con el fin de que la variable investigador no influyera en la reactividad de la muestra. De acuerdo a esto,

3. Hago alusión a conceptos que técnicamente son correctos, pero que a través del tiempo aparecen como estigmatizadores para el paciente en lugar de cumplir una función descriptiva y comprensiva.

se trabajó en la recolección de datos resguardando los siguientes aspectos: 1) la estructuración naturalista de la muestra, es decir, bajo condiciones en que la recolección de datos tenga la menor intervención posible al curso "natural" del tratamiento en contexto de hospitalización, 2) el muestreo intersesional referido al lugar específico donde se realizará la observación, en este caso el Departamento de Patología Dual 3) el muestreo intrasacional, enfocado en quiénes serán los sujetos a estudiar, a detallar más adelante, y 4) el cómo observar mediante el registro de datos, propiedades y cambios de conducta de las personas en un período de tiempo determinado y cada cierto tiempo, o bien en una etapa específica se efectúa un barrido completo a todos los miembros del grupo para posteriormente volver a centrarse en el sujeto o grupo en cuestión.

Las características metodológicas señaladas se aplican a la observación de pacientes hospitalizados en Departamento de Patología Dual del Hospital Psiquiátrico El Peral durante 24 meses (2012 a 2014), específicamente para quienes concluyeran su proceso terapéutico en los tiempos determinados y de acuerdo a los objetivos co-construidos, con el fin de poder realizar una primera aproximación a los cambios conductuales y emocionales próximos al alta, como una forma de poder acceder de forma más clara y directa al fenómeno, razón por lo que se excluyeron los abandonos del programa, sea por alta voluntaria, fuga o expulsión producto de transgresiones graves a las normativas del Departamento, propias de personalidades del espectro antisocial.

El proceso de detección se centró en los pacientes que manifestaran algún cambio en el curso de su proceso terapéutico al momento en que fueran informados de su fecha de egreso de la unidad, tres semanas antes de ella aproximadamente, y que en ese momento mantenían tratamientos farmacológicos estables y en los que no se visualizaba estresores agregados a su situación social, familiar o laboral. Con el objetivo de especificar dichos cambios se puntualizó la observación en 5 categorías: a) contacto interpersonal, b) motivación, c) comunicación (verbal y no verbal), d) ritmos biológicos y e) emocionalidad⁴.

El Departamento de Patología Dual, como parte de su funcionamiento, mantiene obligatoriamente la participación de los integrantes del equipo en tres instancias clínico administrativas complementarias que facilitaron la recolección de los datos, asegurando que no existiera una influencia sobre la muestra estudiada:

1. Reuniones diarias de coordinación, en la que auxiliares y técnicos paramédicos exponen el estado general de cada paciente en cuanto a las categorías mencionadas anteriormente. En este contexto se recogen las evoluciones clínicas de pacientes en proceso de alta, donde un grupo de ellos presentó signos o síntomas subclínicos que no eran intensos como para requerir intervención farmacológica y no lograban configurar un diagnóstico de cuadro de estado específico;
2. Reuniones de equipo con régimen semanal, en las que el profesional a cargo del caso informa acerca de la etapa de tratamiento que se encuentra cada paciente, además de informar del estado psíquico y conductual en las atenciones individuales y en las intervenciones grupales. De lo anterior se puntualiza el inicio de la última etapa de tratamiento, nombrado informalmente como proceso de *pre-alta*⁶ y conceptualmente etapa de reinserción precoz, información que se compara con la entregada en reuniones descritas en el punto anterior.
3. Como tercera fuente de información se accede a fichas clínicas y a información de entrevistas clínicas realizadas por otros profesionales tratantes con el objetivo de obtener de primera fuente información acerca del estado emocional, percepción del cambio, preocupaciones y sintomatología que pudiera estar actualizándose cercano a su alta y que se complementará con las mencionadas en los dos puntos anteriores.

Es fundamental mencionar que la recolección de datos en las tres instancias mencionadas fue un proceso que se socializó con el equipo tratante a posterior, con el objetivo de que la información obtenida no fuera intencionada por el observador ni participara consciente o inconscientemente en propiciar o evitar la generación de algún aspecto reactivo en la muestra.

Resultados y delimitación del fenómeno

El análisis de los resultados, desde lo más general a lo más específico, muestra que en el período de tiempo que va desde marzo del año 2012 a marzo del año 2014, se realizaron 163 hospitalizaciones de pacientes con Patología Dual, principalmente debido a la complejidad de la patología adictiva. De este universo, 62 (38%) pacientes abandonan tratamiento y 101 (62%) de ellos completan tratamiento según los objetivos terapéuticos establecidos, grupo sobre el cual se dirige la observación.

4. Específicamente a la expresión de la emocionalidad a través del discurso y conducta.

5. En el programa de tratamiento de Patología Dual se denomina gestor de caso al responsable de que el paciente reciba las atenciones en salud de acuerdo al plan terapéutico individual.

6. De este concepto se deriva el término Síndrome Pre alta.

Del total de quienes finalizan tratamiento, se identifica que en la etapa de reinserción precoz, 56 pacientes (55,4%) no presentaron cambios en las categorías a observar ni se manifestó reactivación de su psicopatología al momento de ser informados de su fecha de egreso de la unidad, manteniéndose así hasta la fecha asignada para su alta. 10 (10%) de ellos manifestaron, en la misma etapa de tratamiento, una reactivación de síntomas propios de su cuadro de estado y requirieron intervención o modificación en sus esquemas farmacológicos, además de manifestar algunos cambios a nivel familiar, como por ejemplo, fallecimiento o pérdida de fuente laboral.

Los 35 pacientes restantes (34,6%) presentaron cambios en las categorías señaladas anteriormente y son descritos clínicamente como sutiles, sin cumplir criterios diagnósticos concordantes con alguna categoría tipo DSM o CIE, y por ende no fueron intervenidos farmacológicamente. En un primer momento, el equipo tratante no logró describir dichos cambios tan certeramente como la sintomatología que sí requirió farmacoterapia, por ende la primera consideración es que dichos malestares pudieran configurar síntomas subclínicos, consideración clínica concordante con lo señalado por Fonseca (2011) en su trabajo sobre síntomas en pacientes psicóticos, donde entiende como subclínico al grupo de síntomas manifestados que se encuentran por debajo del umbral clínico y que no se asocia generalmente con una alteración psicopatológica, considerándose cuantitativamente menos graves, aunque cualitativamente similares a las observadas en ciertos criterios diagnósticos (5).

Con el objetivo de organizar los signos evidenciados en la muestra estudiada, se efectúa una clasificación y descripción de **síntomas claves**, los cuales aparecen en todos los casos y que serían relevantes para efectuar el diagnóstico sindromático, y **síntomas accesorios**, los cuales se manifiestan en gran parte de los pacientes, relevantes para diferenciar formas de presentación. A continuación se expondrán dichos síntomas con su forma de presentación.

2.1.- Síntomas Claves.

2.1.1 Introversión reactiva.

El paciente, al momento de ser informado de su egreso inicia un proceso en el cual tiene su atención suspendida de lo que lo rodea, lo que impacta principalmente en su desempeño cotidiano en la unidad. La mayor parte del tiempo se encuentra silencioso, proyectando una actitud aparentemente reflexiva o centrada en ensoñaciones, lo que aparece como el ensimismamiento o inatención similar a la que presentan los jóvenes en etapa preadolescente ⁷.

Es una de las primeras manifestaciones al iniciar el trabajo de alta del programa terapéutico. Para el clínico y equipo pudiera aparecer como dificultades a nivel de la atención y concentración, conducta distinta a lo observado durante el resto de hospitalización. Esto concuerda con las descripciones efectuadas, describiendo al paciente como "ido", "para adentro", "introspectivo", "pensativo", "ya no está con nosotros" o que "anda en otra".

2.1.2. Desmotivación pseudodepresiva.

Refiere a una disminución en la motivación del paciente, la cual no afecta todas las áreas de su funcionamiento. Se concentra principalmente hacia tareas o actividades de la unidad de hospitalización, manifestando mayor dificultad para mantener las rutinas hasta el último día de internación, comunicando verbal o no verbalmente agotamiento físico o psíquico. Se observa una baja motivación para asistir o participar en las actividades terapéuticas principalmente grupales, aunque se mantiene la motivación y disposición hacia actividades recreativas o de tiempo libre. Algunos señalan incluso que necesitan vacaciones.

Lo anterior pareciera no evidenciar un carácter francamente oposicionista e impresiona como una reacción frente a la "decepción" de ser abandonados, como al parecer comprenden las separaciones los pacientes gravemente perturbados y traumatizados en etapas primarias del desarrollo.

2.1.3. Dificultad para expresar el malestar:

Independiente de que un alto porcentaje de pacientes presenta serias dificultades en la capacidad de mentalización y de insight, propio de fallas estructurales y de la deficiente integración de estructuras intrapsíquicas, presentan en el último periodo de hospitalización una mayor dificultad para dar cuenta de lo que les sucede emocionalmente. A pesar de ser evidente la existencia de un cambio en su funcionamiento, difícilmente lo reportan de manera espontánea, incluso lo niegan al ser consultados directamente o ignoran dichos señalamientos.

Impresiona esta tendencia como un método para no manifestar dificultades al final del proceso terapéutico para que no interfiera en las decisiones próximas de los profesionales tratantes. Lo anterior como un intento de mantener una actitud o apariencia de bienestar y salud, y a su vez como una forma de autosostenerse.

2.1.4. Cambios faciales negados.

Derivado de lo anteriormente descrito, los pacientes manifiestan cambios faciales, los cuales pueden ser reconocidos por los

7. Descripción que se asemeja a etapa del desarrollo que en nuestra cultura denominamos *edad del pavo*.

observadores como rostros de preocupación, angustia, y en algunas ocasiones con presencia de omega frontal. Lo anterior da la impresión que el paciente está experimentando un malestar interno y que el observador contratransferencialmente se ve obligado a consultar directamente por el estado emocional. El paciente tiende a negar el señalamiento del terapeuta o cuidador, refiriendo que su estado actual no presenta modificaciones y que se encuentra igual que siempre. Incluso se muestran sorprendidos y extrañados frente a la consulta.

2.1.5. Activación diada evitación-dependencia.

Durante la etapa de pre-alta, el paciente manifiesta conductas propias de la presentación de un conflicto de dependencia, evidenciando una mayor cercanía hacia algún compañero(a) con quien efectuó un vínculo durante su proceso de tratamiento, cercanía mayor a la manifestada durante toda la hospitalización. En algunos casos esto incluye al terapeuta, expresado en una conducta altamente demandante de atención, de acercamiento, repreguntando temas ya formalizados, similares al desarrollo psicoanalítico de Margaret Mahler acerca del reabastecimiento emocional observado en los niños.

Al mismo tiempo, manifiesta un comportamiento aislado y de evitación, principalmente de las actividades grupales, apareciendo con una hipersensibilidad a los estímulos; se muestra intolerante a los comentarios de otros o se margina mayor cantidad de tiempo en su habitación.

2.2 Síntomas accesorios.

2.2.1. Alteraciones cíclicas de ritmos biológicos.

De la muestra estudiada el 45,7% (16 pacientes) manifiesta cambios en sus ritmos biológicos, expresado en incremento o disminución de la apetencia y conciliación o mantención del sueño. Estas alteraciones no son estables en el tiempo, sólo durante algunos días y de manera cíclica, aspecto relevante al momento de efectuar diagnóstico diferencial con trastornos depresivos o ansiosos propiamente tal. En este porcentaje de pacientes no se considera la presencia de un trastorno del sueño.

2.2.2. Sueños de consumo o de descompensación.

Los sueños de consumo son una temática recurrente en pacientes con patología adictiva, sin embargo destaca que un 48,5% (17 pacientes) de la muestra presenta sueños de consumo por primera vez o con mayor frecuencia antes de obtener el alta. En los sueños se ven muy vívidamente accediendo a drogas, indirectamente viendo a otros consumir o en la disyuntiva de hacerlo.

Del porcentaje anteriormente mencionado, el 5,7% (2 pacientes) presenta sueños en que el paciente ve como se descom-

pensa psiquiátricamente, refiriéndolo como sueños "de volverse locos". En éstos también se ven abandonando el tratamiento o en el conflicto de continuar o no con él, expresado en la imagen de ingerir o no sus fármacos.

2.2.3. Preocupación por rendimiento.

El 65,7% (23 pacientes) de los pacientes verbalizan, tanto en intervenciones grupales como en las individuales, su temor frente a no poder seguir con "lo aprendido". Se muestran inseguros de sus avances terapéuticos y en última instancia sus racionalizaciones se dirigen a dejar todo en manos del destino o de algún ser superior según la religión que profese.

Da la impresión que manifiestan una ansiedad similar a la expresada por alumnos antes de rendir un examen importante o de algunos deportistas antes de una competencia relevante para ellos.

2.2.4. Tendencia hacia la ansiedad e irritabilidad.

Este punto tiene la lógica de lo teorizado y descrito acerca de la ansiedad flotante, donde la irritabilidad aparece en la última etapa de tratamiento siempre latente y disponible de manifestarse frente a estímulos que pudieran considerar como molestos. Lo anterior se observa en el 28,5% (10 pacientes) de la muestra.

2.2.5. Pensamientos defensivos compensatorios.

El 42,8% (15 pacientes) de los pacientes manifiestan pensamientos defensivos en cuanto a su proceso de alta, expresado en promesas de volver a la unidad que los recibió, con el objetivo de mostrar su mejoría, para entregar charlas experienciales a otros compañeros o participar igualmente de alguna actividad terapéutica determinada. Esto en ninguno de los casos se concreta y aparece simplemente como una forma de defenderse frente a una realidad que pudieran considerar amenazante.

2.2.6. Reconocimiento asistido.

El 28,5% de la muestra (10 pacientes), a pesar de sus dificultades para dar cuenta de malestares en la última etapa de tratamiento, logran reconocer sus dificultades inmediatamente al momento en que el terapeuta se las evidencia en el contexto de una "preocupación por su alta". Lo anterior, cobra un sentido inmediato al paciente, donde la toma de conciencia de su estado se produciría debido a que el terapeuta logra poner en palabras lo que paciente no puede describir de su interioridad.

Otros datos relevantes respecto a la muestra estudiada, y que deben aportar a la discusión en cuanto al abordaje terapéutico de las ansiedades actualizadas y malestares observados, demuestran que de los 35 pacientes que manifestaron molestias

psíquicas subjetivas en la última etapa de tratamiento, 18 de ellos (51,4%) presentaban predominantemente rasgos dependientes en su estructuración de personalidad, 6 (17,1%) manifestaban principalmente rasgos narcisistas, 5 (14,2%) rasgos del espectro histérico, 3 (8,5%) rasgos obsesivos, y 3 de ellos (8,5%) con rasgos no determinados⁸.

Lo mencionado anteriormente nos entrega un primer lineamiento comprensivo, quedando de manifestación la activación de este síndrome por parte de pacientes que presentan funcionamiento claramente dependiente, y en menor medida histeriforme, conflicto centrado en la angustia frente a la separación de otro o a la no consideración del mismo, separación que pudiera ser entendida en estos casos como abandono o rechazo. Las otras orientaciones de personalidad expresadas, lo obsesivo y lo narcisista, son aspectos de la personalidad donde existe una preocupación por el rendimiento derivado de una problemática superyoica, lo cual daría sustento a la vertiente de ansiedad por ejecución.

Discusión y conclusiones

Desde la sintomatología descrita y como una forma de dar sentido a lo observado el Síndrome de Pre-Alta se puede definir como una serie de signos y síntomas que aparecen en pacientes, hospitalizados por un periodo mayor a dos meses, al momento de iniciar el proceso de egreso del programa de tratamiento.

Los síntomas se manifiestan específicamente cuando el paciente toma conciencia de la fecha en la cual se dará término a las intervenciones propias del programa terapéutico y a su vez la separación, real o fantaseada, de un sistema que lo contiene física y emocionalmente. Además, adquieren una forma subaguda y no cumplen con criterios diagnósticos para ser considerados en cuadro de estado o como una reagudización de algunos síntomas propios de su patología, por ende (en la actualidad) no son tratados farmacológica ni psicoterapéuticamente.

Éstos se dividen en síntomas claves, siempre presentes y relevantes para el diagnóstico, y síntomas accesorios que proporcionan distintas formas de presentación.

Respecto a esta definición y a las observaciones expuestas en el presente trabajo, adquieren relevancia algunos aspectos a considerar:

1. Las observaciones descritas en este artículo aparecen más difusas en un programa de Corta Estadía, debido a que la duración de la hospitalización alcanza como periodo máximo 30 días, por lo cual se puede hipotetizar que las vincu-

laciones, apegos y procesos de adaptación se asentarían y serían más observables en un período de tiempo mayor. Lo anterior se podría explicar desde la praxis, donde el establecimiento del vínculo terapéutico requiere mayor tiempo en el trabajo con pacientes gravemente perturbados, principalmente por el uso de mecanismos defensivos bajos, centrados en la escisión, y en la cual destaca la identificación proyectiva a la base de una actitud marcadamente paranoide.

2. La socialización de estas conclusiones, principalmente con algunos directores y médicos de comunidades terapéuticas, revelan que los síntomas descritos concuerdan con observaciones que han efectuado a través del tiempo en el grupo de pacientes que han tratado, aunque en este momento surge la observación de la existencia de pacientes que han manifestados dichos signos en la mitad del periodo de hospitalizaciones (nota al pie y los 8 meses) o en momentos en los que aun no son informados de su fecha de egreso. Lo anterior son observaciones que llevaría a efectuar ciertas observaciones y reformulaciones, pero en este trabajo se podría concluir que la aparición del malestar podría estar en el contexto de una ambivalencia del paciente por seguir o no en el tratamiento, es decir, si abandona o no el sistema que hasta ese momento lo contiene, por lo cual podría considerarse un proceso de egreso fantaseado, razón por la que se agrega esta conceptualización a la definición de síndrome de pre alta.
3. Se hace necesario que la sintomatología descrita, como parte de un síndrome, continúe siendo observada y delimitada, con el objetivo de poder comprenderla como un fenómeno estable en el tiempo. El reconocer el fenómeno como parte del proceso terapéutico, a fin de intervenir en él, sería un aporte a la forma de comunicarse entre los clínicos y a una objetivación de lo observado por el personal de salud mediante un lenguaje psicopatológico. Junto a esto, es relevante que estas observaciones puedan efectuarse en otras instancias de intervención bajo régimen residencial, con el objetivo de demostrar que el síndrome de pre alta sería una entidad nosológica estable no sólo en el tiempo, sino entre los distintos programas de tratamiento.
4. La delimitación propuesta no sólo nos obliga a identificar el fenómeno, sino también a diferenciarlo de la reactivación de un cuadro de estado, y a intervenir en él. En lo referente a posibles intervenciones terapéuticas, éstas al parecer no sólo deben circunscribirse al trabajo individual, por lo cual se consideran otras perspectivas relevantes. En este punto, se puede concluir que dichas intervenciones deben abocarse, en un primer momento a contener ansiedades desde: a) intervenciones individuales, tendientes a nombrar y eviden-

8. No lograron ser evaluados psicodiagnósticamente durante el período de hospitalización.

ciar los signos observados, traerlos a la conciencia, e hipotetizar cómo estos se podrían comprender desde una reacción frente a la separación – abandono, acorde a experiencias vivenciadas como traumáticas del pasado, psicoanalíticamente del *allá y el entonces*.

5. En cuanto a un nivel macro, y a continuación del trabajo anterior, se podría intervenir dicho malestar en Intervención grupal con pacientes que vayan manifestando dicha sintomatología, con el objetivo de compartir la experiencia de egresar de la unidad de internación, que incluya fantasías, desafíos y temores, con el objetivo de generar una contención grupal al visualizar una experiencia en común que pudiera provocar ciertos malestares, centrado en lo actual, en *el aquí y el ahora*.
6. Por último, el establecimiento de procedimientos que contemplen estos procesos aparece como algo relevante y quizás innovador, al intentar visualizar la derivación de un pacien-

te a un dispositivo no sólo como un trámite administrativo, sino como un tránsito entre dispositivos que contemple una continuidad de cuidados no sólo a nivel farmacológico, sino también como un proceso de contención afectiva. De un modo intuitivo, y durante el desarrollo del presente trabajo, propuse que un método práctico y que cubriera los aspectos emocionales podría basarse simplemente en el hecho de que el paciente acompañado de familiar, tutor, representante u otro, se presentara y visitara la unidad de destino antes del egreso definitivo. Dicha propuesta, en coordinación con los dispositivos derivadores del Servicio Metropolitano Sur Oriente, fue acogida y ha sido implementada de acuerdo a los perfiles o estilos de personalidad concordantes con la aparición de este síndrome, aunque hasta el momento es muy pronto para efectuar conclusiones, ya que además se deben complementar con las intervenciones propuestas en los puntos anteriores.

Bibliografía

1. American Psychiatric Association. *DSM – IV, Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales*. Editorial MASSON S.A. España, 1995.
2. Capponi, R. *Psicopatología y Semiología Psiquiátrica*. Editorial Universitaria. Santiago de Chile, 1987.
3. Cardenal, V. Et all. *Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora*. Revista Clínica y Salud, 2007, vol. 18 n.º 3. España, 2007.
4. Departamento de Patología Dual. *Programa de tratamiento para pacientes con patología Dual*. Hospital psiquiátrico El Peral, SSMS. Santiago, 2012.
5. Fonseca et all. *Síntomas psicóticos subclínicos en población general adolescente*. Departamento de Psicología, centro de investigación biomédica en red de salud mental. España, 2011.
6. Freud, S. *Obras Completas. Psicopatología de la vida cotidiana*. Amorrortu editores. Argentina, 1997.
7. Gabbard, G. *Psiquiatría Psicodinámica en la práctica clínica*. Editorial médica panamericana. Argentina – España, 2002.
8. Gomberoff, L. *Otto Kernberg. Introducción a su obra*. Editorial Mediterráneo. Chile, 1999.
9. Hernandez, G. y cols. *Trastornos de ansiedad en pacientes hospitalizados en Medicina Interna*. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Sur, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago, 2005.
10. Jaspers, K. *Escritos psicopatológicos*. Editorial Gredos. España, 1977.
11. Jaspers, K. *Psicopatología General*. Editorial Fondo de Cultura Económica. México, 1993.
12. Kernberg, O. *La agresión en las perversiones y en los desórdenes de la personalidad*. Editorial Paidós. Argentina, 1997.
13. Millon, T. Et Davis, R. *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Editorial Masson. España, 2003.
14. Organización Mundial de la Salud. (CIE-10) *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades*. Ediciones Meditor. España, 1993.
15. Pancheri, P. *Manual de Psiquiatría Clínica*, Editorial Trillas. México, 1979.
16. Riquelme, R. *Trastornos de personalidad. Hacia una mirada integral*. Sociedad de Salud Mental Chilena. Santiago de Chile, 2004.
17. Schneider, K. *Las personalidades psicopáticas*. Editorial Morata. España, 1980.
18. Winnicott, D. *La naturaleza Humana*. Editorial Paidós. Argentina, 1993.
19. Winnicott, D. *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Editorial Paidós. España, 1992.