
CAPÍTULO I

INICIACIÓN FENOMENOLÓGICA EN LA PRÁCTICA
DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO

ÁLVAREZ

*Andrés Roche*¹

“Libre, y para mí muy sagrado, el derecho de pensar”.

Benito Juárez

DELIMITACIÓN Y HORIZONTE EPISTEMOLÓGICO

Cuando Karl Jaspers define el terreno de actuación de la psicopatología –“Solo lo que realmente existe en la conciencia debe ser representado, lo no dado en la conciencia no existe” (Jaspers, 1966, p. 76) como en *el acontecer psíquico realmente consciente*, nos quiere decir que la *consciencia* es lo que se altera en el fenómeno neurológico, y sería el parteaguas con otras especialidades médicas en las cuales se estudian las alteraciones de la conciencia, estas casi siempre causadas por enfermedades médicas lo denominado a partir del DSM-III como

¹ Médico Psiquiatra, Jefe de La Unidad de Psicogeriatría, Hospital Psiquiátrico *Fray Bernardino Álvarez*, Titular del Curso de Especialidad en Psiquiatría de la sede.

Delirium, cuando existe es de la medicina en general cuando no, es de la Psiquiatría (Jaspers, 1966; May, Angel, y Ellenberger, 1977; Miyar y Association, 1992; Patiño, 1980; Villatoro-Velázquez *et al.*, 2011).

Continúa Jaspers: “La conciencia metodológica nos mantiene listos frente a la realidad que hay que interpretar de nuevo siempre. La dogmática del ser nos encierra en un saber que se coloca como un velo ante toda nuestra experiencia. Así se establece la actitud metodológica básica contra la generalizadora absoluta, la indagadora contra la estabilizadora” (Jaspers, 1966, p. 61).

En Psiquiatría Fenomenológica todo lo que se aprende viene de nuestros pacientes que de manera generosa y buscando comprensión y alivio nos guían por los secretos íntimos de su vivencia anormal, muchas veces sorpresiva o temida por ellos mismo pero a la vez deseada como parte de sí mismos.

En el tránsito histórico para conocer a la mente humana se han tenido tres metamorfosis teóricas:

- La primera, fue ficticia o teológica, basada en el miedo y la superstición del pensamiento mágico.
- La segunda, se debió a los esfuerzos de la razón para comprender el “yo” en el caos de la inteligencia y la intuición, así como las verdades materiales y contingentes; del dualismo.
- La tercera, hija de la duda, para hallar la verdad científica basada en la evidencia fenomenológica.

En gran medida estos momentos históricos han quedado en la mente individual como posiciones o actitudes ante el objeto de estudio que es la enfermedad mental y tenemos que transitar desde el pensamiento mágico al más puro conocimiento objetivo en los años de residencia médica de nuestra formación profesional. De esta manera es sabio resumir los conocimientos de las generaciones pasadas y presentes, que constituyen la resultante de las fuerzas colectivas de la mente.

Esto nos permitirá, además de poder penetrar en la subjetividad humana ya que es una de las principales competencias del profesional

de la salud mental, tener el conocimiento científico del cerebro en todos sus elementos genéticos bioquímicos y estructurales.

Esta evidencia clínica y la posterior construcción del dato por el método de la fenomenología, que tiene la misión de presentarnos intuitivamente los estados psíquicos que experimentan los enfermos y de considerarlos según sus condiciones de afinidad, delimitarlos y distinguirlos, lo más estrictamente posible, aplicándoles términos semiológicos precisos.

Ya que en la subjetividad de lo psíquico, no puede, como el caso contrario de la objetividad del cuerpo, ser percibida directamente, solo por medio de una introyección o comprensión por el médico, hemos de tratar siempre, según el caso, de describir una serie de manifestaciones externas del estado anímico, estudiar las condiciones, comparaciones y simbolizaciones sensorialmente intuitas, mediante una representación descriptiva.

Para ello nos sirven ante todo las auto-descripciones o auto-confidencias de los enfermos, que provocamos y examinamos en la conversación personal, y podemos describir de modo más completo y claro que en la forma escrita o redactada por los enfermos mismos que a menudo es más rica en contenido, pero que en cambio debe tomarse con precaución, ya que el paciente lo experimentó por sí mismo y encuentra con facilidad la descripción adecuada. El psiquiatra solamente observa y se esforzará en vano por formular lo que puede decir del enfermo (Patiño, 1980, p. 24).

En cuanto a la objetividad, señala Jaspers: “Estamos pues a merced del juicio psicológico de los enfermos. Solo por los enfermos nos son comunicados los fenómenos patológicos más esenciales y más visibles. Ellos son los observadores, nosotros no tenemos sino que examinar su credibilidad y capacidad de juicio” (Jaspers, 1966, p. 75).

De los síntomas obtenidos con la propedéutica psiquiátrica por medio de la identificación de las manifestaciones psíquicas y mentales, sean por ejemplo: la ansiedad, la ambivalencia, la obsesión, la compulsión, el bloqueo del pensamiento, la disgregación. Por ejemplo: “De los síntomas obtenidos con la propedéutica psiquiátrica

por medio de las manifestaciones psíquica o mentales y se obtienen los datos para ser interpretados en la propia subjetividad del médico” (Patiño, 1980, p. 10).

Es el fenómeno que alude a todo hecho, a todo evento, que aparece en la realidad y así tal como se describe se constituye en dato; de esto nos surge la hipótesis. Cada uno de estos síntomas pueden tener connotación diversa, con lo cual se pasa de la observación al nivel de la teoría de los síntomas, esto es de la semiología en donde se hará una amplia descripción del síntoma y finalmente por este camino se integrarán en diagnósticos sindromáticos contrastándolos con los diagnósticos diferenciales y de ahí partimos al Nosológico e Integral este se puede complementar con la clave del ICD 10, OMS o DSM-V, APA, pero esto último es solo un adorno ya que antes está siempre la clínica con su Semiología y Nosología, de tal manera que el etiquetar con una clave solo es la apariencia ante la exigencia administrativa no la esencia que siempre será para el clínico la vivencia fenomenológica. (ICD- 10, OMS, DSM-V, APA) (Miyar & Association, 1992).

Todo conocimiento científico señala Patiño contiene dos características primordiales: datos de observación y la teoría que da razón de lo observado, la valoración clínica de los síntomas psicológicos y mentales, que son sobre los que gira nuestra labor, el paso siguiente es la abstracción de aquellos fenómenos que se muestran significativos por su valor clínico, la comprensión cabal de estos hechos se traduce en un problema a resolver para la psiquiatría, la enseñanza y la investigación (Patiño, 1980).

Patiño es enfático en este punto pues afirma que la medicina encuentra sus fundamentos teóricos en las ciencias naturales. La psiquiatría es una rama de ellas y, como tal, parte y participa de los mismos fundamentos científicos; mucho se ha discutido sobre si la medicina es ciencia, es arte, es tecnología, o si finalmente es un valor humanístico por excelencia. La psiquiatría como dice Patiño citando a Mayer-Gross, es aquella rama de la medicina en la cual los fenómenos psicológicos son importantes como causas, signos y síntomas, o como agentes curativos (Patiño, 1980, p. 22).

LA PERSONA DEL MÉDICO FRENTE AL FENÓMENO HUMANO

Encontramos la siguiente reflexión: “La Medicina Interna tiene una significación central. Cabaleiro Goás citado por Patiño ha escrito al respecto «No podemos olvidar ni un momento que antes de Psiquiatras somos médicos y que nuestra misión como médicos es siempre curar a enfermos, pues aunque lleven el calificativo de psíquicos estos son enfermos, lo son porque algo marcha mal en su soma»” (Patiño, 1980, p. 25).

Ese es el desarrollo y la transformación que requerimos de un médico al estar buscando evidencias somáticas que se pueden corroborar por la palpación, auscultación o simple observación, que le permite hasta llegar a tener la capacidad de descifrar el lenguaje simbólico del paciente psicótico y hacerlo dato objetivo en la descripción; esto solo se logra si no se cae en las tentaciones de la proyección de los propios contenidos inconscientes del médico.

De la conciencia del médico emergen fenómenos: percibir, recordar, atender, suponer, fantasear, etc. Todo aquello que surge de su consciencia, es una sucesión de fenómenos psicológicos; la consciencia a su vez no es sino una función cerebral.

El adiestramiento clínico propedéutico, tiene la misión de enseñar a identificarlos y delimitarlos con toda precisión y objetividad por medio del autoconocimiento.

La actitud humana comprensiva empática es básica ante el paciente, ya que ni la herramienta tecnológica puede revelar los misterios de la mente humana, que si bien conocemos en sus fundamentos bioquímicos y estructurales, la subjetividad todavía nos muestra el camino hacia la existencia humana. La *vivencia* no puede ser aprehendida por una teoría, ni por una corriente filosófica, ni por la tecnología, solo puede ser develada por la capacidad de observación del clínico.

Esta capacidad se puede desarrollar a partir de lo referido por Karl Jaspers como “Presentación Intuitiva de los estados psíquicos de los enfermos”, con su comunicación de los fenómenos

patológicos más esenciales y más visibles como son: sus auto descripciones o confidencias.

El paciente es el observador de los fenómenos, nosotros solo tenemos que examinar su credibilidad y su capacidad de juicio. Todo fenómeno tiene un carácter de vivencia inmediata. La principal herramienta con la cual podrás perfeccionarte en la Clínica Fenomenológica es el conocimiento de ti mismo, ya que lo que no puedas ver en ti, no podrás verlo en los demás.

Con este conocimiento podrás marchar sin temor en el camino de la enfermedad y sostenerte en medio de la tempestad de la emociones, como una roca batida por el mar embravecido. En el silencioso santuario de tu fuero interno cintila la luz y solo tú, únicamente vos, podéis con esfuerzo y voluntad inquebrantable penetrar hasta ese lugar.

Aquí en la clínica fenomenológica una *persona* observa a otra *persona*, y tú eres el mismo vehículo del conocimiento. El camino para hacer es ser. No solo auto conocerse es entendido como saber de lo *inconsciente* como si este fuera un depósito de impulsos, pensamientos, y deseos culturalmente inaceptables. Si no más bien el *inconsciente* como *reserva* de aquellas potencialidades dormidas que al conocer y vivenciarlas el individuo podrá realizarse plenamente.

INICIACIÓN FENOMENOLÓGICA

El médico recorre su camino en el conocimiento de los fenómenos mentales al enfrentarse con la “sin razón”, y entender que esto tiene un sentido para el paciente, y lo importante, más que ver si es real o no, será captar el fenómeno a partir de su propia vivencia.²

² Este es mi testimonio personal, al haber estado en contacto directo con el Dr. Patillo, recordado Maestro en mi formación profesional de psiquiatra, durante mi residencia médica en psiquiatría, primer año 1985-86 en el cuarto piso del HPFBA. Las referencias al mismo tema las indicaré como “Recuerdo personal”.

Patiño siempre solicitaba que al presentarle un caso uno fuera despojado de todo prejuicio, fuera teórico o administrativo y de toda seguridad profana; él decía enfáticamente: “deja el expediente a un lado lo importante es el paciente”. De ahí pasaba uno a la sala a buscar al paciente y lo conducía frente al Maestro y obvio, teníamos que entrar sin expediente ya que él que nos iba a ilustrar sobre su caso; más que un frío expediente era la clara precisión de la vivencia (Recuerdo personal).

En la entrevista fenomenológica que era guiada por el Maestro, él se cuestionaba posteriormente sobre si uno podía ver lo que aparecía a sus ojos como obvio y disertaba sobre esa observación ampliamente en un ambiente de total libertad poco usual en esa época, ya que a los maestros se les veneraba como *vacas sagradas* y difícilmente se podría contrariar sus afirmaciones. Con Patiño se podía aportar sobre la observación que se había hecho y en común con estos datos construir la semiología y los diagnósticos (Recuerdo personal).

Después de terminada la dinámica en la que todos habíamos quedado de acuerdo, el Maestro solicitaba el expediente y contrastaba los datos a la luz de lo observado en la entrevista y se comparaba con lo que decía el expediente. Sorprendentemente el expediente no coincidía con lo que habíamos observado todos; este afirmaba cosas diferentes a las que habíamos sido testigos; esa era otra enseñanza: la fenomenología es algo diferente a lo que se refiere administrativamente ya que no puede captar la vivencia (Recuerdo personal).

De esta situación se removía la certeza teórica y aparece en el horizonte epistemológico la *vivencia*; esta no puede ser captada por un médico tradicional. No es tan sencillo: muchos médicos son meros imitadores de clínicos, en los expedientes solo copian la nota de urgencias sin mayor crítica y el expediente se convierte en una historia novelada y meramente es la proyección de los médicos que burocráticamente realizan notas como máquinas.

Por eso y para notar este cambio de lo tradicional, en el cual el Maestro era la autoridad, contrasta siempre con su afirmación:

“Yo Soy Aprendiz de Psiquiatría”, ¿cómo fue posible que este catedrático tan connotado fuera solo “Aprendiz”? El Maestro con esa afirmación nos daba una enseñanza más, ya que *nunca dejamos de aprender*, debemos poseer una actitud básica ante la clínica, diferente a otras áreas en que se predicán dogmas; aquí siempre tenemos que estar abiertos a nuevas observaciones, para estar en la actitud de ser *aprendices*. Cada ser humano es una obra de arte irrepetible y de esta manera cada paciente es un nuevo reto. Él siempre afirmó y esto debería ser un precepto de la clínica “*no existen pacientes malos para la enseñanza, realmente hay pacientes mal estudiados, cualquier paciente bien estudiado es un tesoro de aprendizaje*” (Recuerdo personal).

En el contexto resaltado uno moría simbólicamente para el dogma de “la objetividad somática”, ejercida a la manera de un médico tradicional, y como en toda iniciación chamánica uno nace para la luz del nuevo conocimiento.

Tú eres la fuente del conocimiento, y tú herramienta la fenomenología, en la cual se integraba este marco de referencia, donde lo importante es la vivencia captada por tu propia conciencia, más que la burda realidad material y objetiva.

Una *persona frente a otra persona*, una *vivencia frente a otra*, tu mente el espejo de la mente del otro y las descripción fenomenológica como la garantía de objetividad, para describir exhaustivamente y captar hasta el último fenómeno existente.

CONSECUENCIAS

Los pacientes llegan a consulta con una relativa carencia de libertad, no saben qué hacer muchas veces, qué elegir, quieren ayuda para su mal. La libertad aquí, ha de ser fomentada, entendida como la capacidad del individuo de saber que está determinando, y de poder responder con acciones en el mundo, es decir, tener la responsabilidad.

Ante la enfermedad y la carencia de libertad que esta implica en los pacientes, todo médico a diario debe tomar decisiones definitivas, como saber si conviene rastrear un signo clínico o si sería mejor no concederle gran atención, así como saber si un tratamiento planeado que es de mayor riesgo que la propia enfermedad, es factible; esta combinación de conocimientos médicos con la intuición, experiencia y juicio cognitivo define al arte de la medicina, tan necesario para practicarla con la solidez de los conocimientos científicos.

A pesar de la importancia de la medicina basada en evidencias, gran parte de las decisiones clínicas se basan en el buen criterio del médico, proceso que es difícil de cuantificar o incluso cualificar.

El facultativo debe aplicar sus conocimientos y experiencia como una base para “comparar” factores conocidos, junto con las incertidumbres inevitables y la necesidad de usar juicio intelectual firme; es particularmente importante cuando no se cuenta con una base de pruebas de gran peso; en los trastornos mentales muchas veces se ve afectada la capacidad de decidir por el paciente, lo cual implica incluso un dilema bioético.

Poner demasiado énfasis en el polo subjetivo del dilema del hombre como sujeto determinante, con el consiguiente olvido del ser humano como totalidad, constituye también un error ya que es bio-psico-social y se requieren ambos enfoques el subjetivo y el objetivo, e incluso puede ser que se deba ir aún más allá, en ocasiones al espiritual.

Cuando reconoces en tu camino la soledad que implica tu integridad y te refugias en su misterio, tus relaciones con los demás adquieren una nueva calidez, aventura y asombro, ya que ese respeto que te das a ti mismo te lleva a tolerar y valorar a los demás.

Hay que señalar que así como nos enfrentamos no solo a los retos de la subjetividad humana, también tenemos grandes áreas de oportunidad en la Salud Pública, como señala María Elena Medina-Mora con respecto a las adicciones: El alcohol es la sustancia de mayor uso (86%). Le sigue el tabaco (60%), que alcanza los mayores

niveles de consumo en la vida en el grupo de 45-54 años (63%). El uso extra médico de drogas, incluidas las drogas ilegales y las drogas médicas sin prescripción, asciende a un 10%. El uso de cualquier droga ilegal, incluido el consumo de drogas médicas fuera de prescripción y, en particular, el de marihuana y cocaína, afecta más a los más jóvenes y la prevalencia disminuye constantemente con la edad (Villatoro-Velázquez *et al.*, 2011).

En el fondo de esta problemática y de otras como son la violencia generalizada que amenaza destruir los cimientos de nuestra especie, o la pandemia silenciosa de la depresión y otras más, se debe tomar el cuidado de la salud mental como arma fundamental para prevenir y enfrentar estos flagelos. Podemos afirmar que sin salud mental por más que se tengan cosas materiales difícilmente se podrá ser feliz.

Únicamente podemos indicarnos el sendero y los medios para transitar el camino de tu propia evolución; pero únicamente tú mismo tendrás que recorrer este camino, por medio del autococonocimiento y es tu sendero interior, penetrando en tu mismidad, donde serás consciente de la importancia del empeño que has contraído. Tendrás que caminar en el silencio más profundo para poder tener una vivencia plenamente humana que te acerque a los seres humanos que sufren.

REFERENCIAS

- Jaspers, K. (1966). *Psicopatología general* (Varias ediciones).
- May, R., Angel, E., y Ellenberger, H. F. (1977). *Existencia*. Ed. Gredos, Madrid. [Links].
- Miyar, M. V., y Association, A. P. (1992). *DSM-III-R: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson.
- Patiño, J. L. (1980). *Psiquiatría Clínica*, Salvat Mexicana de Ediciones.
- Villatoro-Velázquez, J. A., Medina-Mora, M. E., Fleiz-Bautista, C., Téllez-Rojo, M. M., Mendoza-Alvarado, L. R., Romero-Martínez, M., y Gutiérrez-Reyes, J. P. (2011). Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas.