

LA SEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA COMO FUNDAMENTO ONTOLÓGICO Y MÉTODO CLÍNICO: SUBJETIVIDAD, INTERSUBJETIVIDAD, ESTRUCTURA PSICOPATOLÓGICA Y CRÍTICA DE LAS SIMPLIFICACIONES REDUCCIONISTAS (I)

Ilmo .Sr. Dr. D. Francisco Rodríguez Pulido

Académico de Número. Profesor Titular de Psiquiatría

San Cristóbal de La Laguna, Tenerife. Email: fpulido15@me.com

Introducción

En las últimas décadas, el término “salud mental” ha experimentado una expansión semántica y social sin precedentes. Su incorporación al discurso público, mediático y político ha contribuido a disminuir el estigma y a visibilizar el sufrimiento psíquico. Sin embargo, esta popularización ha ido acompañada de una progresiva desdibujación conceptual. La categoría de salud mental ha tendido a absorber experiencias humanas heterogéneas —malestar cotidiano, conflicto existencial, vulnerabilidad adaptativa y psicopatología estructural— bajo una misma etiqueta difusa.

Esta ampliación semántica no es inocua. Cuando todo malestar es conceptualizado como trastorno y toda dificultad como enfermedad, la precisión clínica se diluye. La psiquiatría corre el riesgo de oscilar entre dos extremos: por un lado, la medicalización indiscriminada de experiencias normales; por otro, el reduccionismo biologicista que equipara diagnóstico con etiopatogenia demostrada.

Muchas veces se confunde la distinción de conceptos de nosologías, nosotaxias y reificación. Estos tres conceptos pertenecen al campo de la epistemología médica, es decir, al análisis de cómo se organiza el conocimiento sobre las enfermedades. La nosología intenta comprender qué son las enfermedades; la nosotaxia organiza cómo se clasifican; y la reificación describe el error epistemológico de convertir esas clasificaciones en supuestas realidades naturales plenamente demostradas.

Las clasificaciones contemporáneas —DSM-5-TR e

ICD-11— cumplen funciones operativas indispensables en la organización del conocimiento clínico (1,2), cuya validez ha sido cuestionada por Allen Frances en su análisis de los riesgos de expansión diagnóstica (“Opening Pandora’s Box”) (3) y cuya utilización descontextualizada puede favorecer la reificación de las categorías. La reificación de una categoría significa tratar una categoría conceptual como si fuera una entidad real, concreta y natural, cuando en realidad es una construcción teórica o clasificatoria creada para describir fenómenos.

Cuando se habla de reificación de categorías diagnósticas, se critica la tendencia a considerar que los diagnósticos (por ejemplo depresión mayor, trastorno límite, esquizofrenia) son entidades naturales con existencia propia, cuando en realidad son agrupaciones de síntomas construidas para organizar la experiencia clínica. Hyman ha advertido que tratar los diagnósticos como entidades naturales discretas constituye un riesgo epistemológico persistente (4).

Las categorías diagnósticas son instrumentos organizativos; no equivalen necesariamente a enfermedades en sentido etiopatogénico fuerte. Mantener la distinción entre nosotaxias, nosologías y reificación permite utilizar las categorías diagnósticas de forma útil sin perder de vista que se trata de instrumentos conceptuales destinados a orientar la práctica clínica y la investigación, y no necesariamente de entidades naturales perfectamente delimitadas.

La pérdida progresiva de formación histórico-

epistemológica en la enseñanza médica contribuye a este fenómeno. Sin conciencia de la tradición psicopatológica —desde Kraepelin (5) hasta Jaspers (6)— las categorías pueden emplearse como si fueran datos naturales dados y no construcciones clínicas elaboradas sobre análisis fenomenológico riguroso. Berrios ha mostrado que el síntoma psiquiátrico posee historia conceptual (7); no es un objeto bruto independiente de la tradición descriptiva que lo delimita.

Al mismo tiempo, el avance de las neurociencias ha generado expectativas legítimas, aunque a veces sobredimensionadas, respecto a la identificación de etiologías biológicas específicas. La correlación entre patrones neurobiológicos y diagnósticos psiquiátricos se presenta en ocasiones como demostración causal definitiva. Sin embargo, la causalidad psiquiátrica es multinivel y probabilística (8). Confundir correlación con etiopatogenia demostrada constituye un error categorial que empobrece tanto la investigación como la clínica.

En este escenario, resulta necesario recuperar con rigor el núcleo metodológico de la psiquiatría: la semiología psicopatológica. La semiología no es un simple repertorio de síntomas, sino análisis estructural de la experiencia vivida. Constituye el acto fundacional mediante el cual el fenómeno psíquico alterado se delimita como objeto clínico. Sin esta delimitación, la clasificación se convierte en taxonomía vacía y la explicación biológica pierde anclaje fenomenológico.

1.El problema del objeto: punto de partida epistemológico.

Toda disciplina médica se define por la naturaleza de su objeto. Esta afirmación, aparentemente obvia, posee consecuencias epistemológicas profundas. En la medicina somática clásica, consolidada bajo el paradigma anatomoclínico descrito por Foucault (9), el signo remite a una lesión o alteración fisiopatológica relativamente independiente del modo en que el paciente la experimente. El fenómeno clínico se entiende como índice de un proceso biológico subyacente que puede describirse, medirse y correlacionarse con alteraciones estructurales del organismo.

La enfermedad, en este modelo, posee un modo de ser independiente del aparecer. La lesión existe aunque no sea vivida. El médico identifica algo que el paciente puede no percibir.

La psiquiatría, en cambio, se enfrenta a un objeto ontológicamente distinto: la alteración estructural de la experiencia vivida. El fenómeno psicopatológico no es una “cosa” separable del sujeto; es transformación en el modo en que el sujeto se experimenta a sí mismo, al mundo y a los otros. No se trata de menor visibilidad empírica, sino de diferencia ontológica en el modo de ser del objeto.

Husserl mostró que la conciencia es intencionalidad estructurada (10). La experiencia no es un contenido interno aislado, sino apertura al mundo en un horizonte de sentido. Cuando se altera la experiencia, no se modifica simplemente un estado interno; se transforma el modo mismo de aparecer del mundo (11).

Jaspers estableció que la psicopatología exige articular explicación causal (*Erklären*) y comprensión significativa (*Verstehen*) (6). Esta articulación no es concesión filosófica, sino exigencia derivada de la naturaleza del objeto. La experiencia psíquica pertenece simultáneamente al orden natural y al orden del sentido. Esta tensión entre explicación causal y comprensión fenomenológica no representa una contradicción metodológica, sino una característica constitutiva de la psiquiatría como disciplina clínica situada en la intersección entre las ciencias naturales y las ciencias humanas.

Reducir el fenómeno exclusivamente a causalidad fisiológica implica perder su estructura fenomenológica. Reducirlo exclusivamente a interpretación hermenéutica implica perder su estatuto médico.

La semiología psiquiátrica surge precisamente como método que hace posible esta articulación. Sin delimitación fenomenológica rigurosa no hay objeto explicable.

2. Estructura fenomenológica: qué significa exactamente

El término “estructura” no puede utilizarse de modo retórico. En psicopatología designa la organización formal previa a los contenidos temáticos. Se refiere a cómo se configura el campo de experiencia antes de lo que el sujeto piensa o dice. No alude a ideas particulares ni a conductas observables, sino a la arquitectura formal que hace posible que algo aparezca como significativo.

La estructura fenomenológica de la conciencia del tiempo propuesta por Edmund Husserl (11) sostiene que el tiempo no se experimenta como instantes

aislados, sino como un flujo continuo de conciencia compuesto por tres momentos estructurales: retención, impresión y protención. La impresión (Präsenz / impresión originaria) corresponde al momento presente de la experiencia, aquello que se está viviendo ahora mismo. Husserl la denomina impresión originaria porque es el punto en el que el fenómeno aparece inmediatamente a la conciencia. Por ejemplo, cuando escuchamos una nota musical, la impresión corresponde al sonido que se percibe en ese instante.

La retención es la huella inmediata del pasado reciente que permanece en la conciencia. No es un recuerdo voluntario ni una memoria explícita, sino la conservación del instante anterior dentro del flujo de experiencia. Gracias a la retención podemos percibir una melodía como una continuidad y no como sonidos aislados.

La protención es la anticipación inmediata del futuro próximo. La conciencia no solo retiene lo que acaba de ocurrir, sino que también se orienta hacia lo que está por venir. En el ejemplo de la melodía, la protención sería la expectativa implícita del siguiente sonido.

Para Husserl, la experiencia del tiempo se constituye mediante la articulación dinámica de estos tres momentos: la retención como pasado inmediato, la impresión como presente vivido y la protención como futuro anticipado. Gracias a esta estructura, la conciencia puede experimentar continuidad temporal y coherencia en la experiencia. En psiquiatría fenomenológica se ha sugerido que en algunos trastornos mentales —por ejemplo, depresión grave o esquizofrenia— puede alterarse esta estructura temporal de la experiencia, afectando la continuidad del self y la vivencia del mundo. Por lo tanto, la continuidad temporal no es un dato empírico trivial; es una condición estructural de coherencia, y su alteración transforma la experiencia global.

Merleau-Ponty mostró que la experiencia es corporal y pre-reflexiva (12). El cuerpo vivido no es un objeto anatómico entre objetos, sino el punto cero de orientación del mundo. La alteración psicopatológica puede afectar este nivel pre-reflexivo antes de afectar contenidos cognitivos.

Minkowski describió en la esquizofrenia la desarticulación del tiempo vivido (13). Parnas y Sass señalaron alteraciones en el self mínimo o ipseidad básica (14). Estas modificaciones no son meras creencias erróneas, sino transformaciones en la estructura misma del aparecer.

Estructura, por tanto, no significa patrón narrativo ni simple organización conductual. Significa forma trascendental del campo experiencial.

La semiología debe explorar no solo qué se manifiesta, sino cómo se manifiesta y en qué nivel estructural se sitúa la alteración.

En la medicina somática el signo es observable y el síntoma es referido por el paciente. En psiquiatría, siguiendo a Castilla del Pino, esta distinción se complejiza. El síntoma psiquiátrico es simultáneamente experiencia vivida, expresión verbalizada, fenómeno estructural y acto de comunicación.

La psicopatología, según Carlos Castilla del Pino, no consiste únicamente en describir síntomas, sino en comprender el significado del sufrimiento psíquico dentro de la biografía del sujeto (15). Los fenómenos psicopatológicos deben interpretarse como formas de conducta cargadas de sentido que expresan conflictos, modos de relación y experiencias subjetivas. El síntoma psiquiátrico es, por tanto, un signo que requiere interpretación clínica y no solo clasificación diagnóstica.

La tarea del psiquiatra consiste en reconstruir la estructura de significado que organiza la experiencia del paciente mediante la entrevista clínica. Desde esta perspectiva, la psicopatología es una disciplina clínica, hermenéutica y relacional orientada a comprender al sujeto en su contexto. Así, el trastorno mental se entiende como una alteración en los modos de relación del individuo consigo mismo, con los otros y con la realidad. El síntoma es un acto de comunicación del sujeto.

3. Subjetividad e intersubjetividad: condición de posibilidad y no interioridad privada

La subjetividad no es una entidad intrapsíquica encapsulada en el cerebro. Es la dimensión en la que el mundo aparece como significativo. Desde la fenomenología trascendental, la subjetividad es condición de posibilidad de experiencia, no objeto empírico dentro del mundo (10).

Merleau-Ponty profundizó esta tesis mostrando que el sujeto no es espectador del mundo, sino cuerpo situado en él (12). La realidad no se experimenta como objeto distante, sino como campo de acción posible.

En clínica, trabajamos con sujetos concretos cuya

experiencia puede alterarse. La teoría contemporánea del self permite distinguir niveles estructurales. Parnas ha diferenciado self mínimo y self narrativo (14). El primero corresponde a la autoafección inmediata de ser sujeto de la experiencia; el segundo, a la identidad biográfica articulada en el tiempo.

En la esquizofrenia pueden observarse alteraciones del self mínimo: pérdida de agencia, hiperreflexividad o vivencia de extrañeza básica. Sass describió cómo procesos normalmente tácitos pueden volverse objeto explícito de atención, generando distanciamiento respecto al propio pensamiento (14).

En la depresión, el self narrativo se reconfigura negativamente. El pasado se reinterpreta como fracaso, el presente como inutilidad y el futuro como clausura. Minkowski describió esta contracción del horizonte vital (13).

La utilidad clínica de esta distinción es directa: permite orientar la entrevista hacia niveles estructurales y no limitarse a contenidos ideativos.

La subjetividad no es solipsista. Un solipsista sería alguien que sostiene que la única realidad segura es su propia experiencia mental. Todo lo demás —el mundo, las otras personas, los acontecimientos— podría ser solo una representación de su conciencia. Pero el mundo no se constituye originariamente como esfera privada para luego abrirse al otro; se da desde el inicio como mundo compartido. La intersubjetividad no es simple interacción social añadida a sujetos ya formados, sino condición estructural de realidad.

Husserl mostró que la objetividad del mundo implica referencia implícita a otros posibles sujetos de experiencia (10). Algo es "objetivo" no porque exista al margen de toda subjetividad, sino porque es potencialmente validable en un horizonte intersubjetivo. La realidad, en este sentido, es correlato estructural de una comunidad posible de conciencia.

Schutz profundizó esta idea al describir el mundo de la vida cotidiana (*Lebenswelt*) como una estructura intersubjetiva previa a toda tematización científica (16). Según este autor, la experiencia ordinaria del mundo se organiza dentro de un horizonte de significados compartidos que permite a los individuos orientarse en la realidad, interpretar la conducta de los otros y reconocer un marco común de sentido. Este trasfondo preteórico constituye la base sobre la cual se construyen tanto el conocimiento cotidiano como las elaboraciones científicas. Desde la psicopatología fenomenológica, esta noción resulta

especialmente relevante, ya que muchos trastornos mentales pueden comprenderse como perturbaciones en la inserción del sujeto en ese mundo intersubjetivo compartido, lo que se manifiesta clínicamente en alteraciones del juicio de realidad, del sentido común y de la coherencia del mundo vivido (16). Antes de toda teoría, el sujeto habita un mundo que presupone compartido. La confianza básica en la estabilidad del entorno y en la comprensibilidad recíproca es condición silenciosa del juicio de realidad.

En la clínica psiquiátrica, esta dimensión es central. La alteración psicopatológica no afecta solo contenidos internos, sino la modalidad de pertenencia al mundo común. En la psicosis, el delirio no es simplemente creencia falsa; es transformación en el régimen de evidencia. Jaspers describió el delirio primario como convicción subjetivamente cierta e incorregible (6). La incorregibilidad no es terquedad psicológica; es ruptura de la validación intersubjetiva.

Minkowski observó que en la esquizofrenia se altera la vivencia del tiempo y, con ella, la coherencia del mundo compartido (13). Parnas ha vinculado esta ruptura a alteraciones del self mínimo (14). Cuando se desestabiliza la ipseidad básica, también se resquebraja la consistencia del horizonte intersubjetivo.

En psicopatología fenomenológica, el término ipseidad (del latín *ipse*, "sí mismo") se refiere al sentido pre-reflexivo de ser uno mismo, es decir, a la experiencia inmediata y básica de que las propias percepciones, pensamientos y acciones pertenecen al sujeto que las vive. No se trata de una reflexión consciente sobre la identidad, sino de una estructura implícita de la experiencia, mediante la cual el individuo se experimenta como el centro de sus vivencias. La ipseidad constituye, por tanto, el nivel más fundamental del self mínimo, anterior a la identidad narrativa o biográfica del sujeto.

Desde la fenomenología contemporánea, autores como Dan Zahavi, Louis Sass y Josef Parnas han descrito la ipseidad como la condición básica que permite que la experiencia tenga carácter de propiedad y agencia (14). Los pensamientos se viven como "mis pensamientos", las percepciones como "lo que yo percibo", y las acciones como "lo que yo hago". Esta dimensión de la subjetividad no requiere reflexión explícita; opera de manera tácita en el flujo ordinario de la conciencia y permite la continuidad del yo a través del tiempo vivido.

En condiciones normales, la ipseidad permanece estable y transparente: el sujeto no necesita cuestionar

si sus experiencias le pertenecen. Sin embargo, la psicopatología ha mostrado que esta estructura puede alterarse en determinados trastornos mentales. En la esquizofrenia, diversos estudios fenomenológicos han descrito alteraciones del self mínimo que afectan precisamente a la ipseidad. Estas alteraciones pueden manifestarse como fenómenos de extrañamiento de la propia experiencia, pérdida del sentido de agencia o vivencias en las que los pensamientos aparecen como insertados, robados o controlados desde fuera (14).

Sass y Parnas han propuesto que muchas manifestaciones tempranas de la esquizofrenia pueden comprenderse como una perturbación de la ipseidad, caracterizada por hiperreflexividad excesiva y disminución del sentido de presencia o autoafección básica (14). Estas alteraciones producen una experiencia del mundo y del propio yo marcada por la extrañeza y la pérdida de familiaridad con la propia experiencia.

La relevancia clínica de la ipseidad radica en que permite comprender ciertos fenómenos psicóticos no solo como síntomas aislados, sino como manifestaciones de una transformación más profunda de la estructura de la experiencia subjetiva. Desde esta perspectiva, los delirios, las alteraciones del pensamiento o las experiencias de influencia pueden interpretarse como intentos del sujeto de reorganizar una experiencia del self que ha perdido su cohesión básica.

En la práctica clínica, la atención a las alteraciones de la ipseidad resulta especialmente útil en la detección precoz de trastornos psicóticos y en la comprensión de fenómenos subjetivos que no siempre se capturan adecuadamente mediante los criterios diagnósticos categoriales. La exploración cuidadosa de experiencias de extrañamiento, pérdida de agencia o alteración del sentido de presencia puede ofrecer indicios relevantes sobre la organización del self del paciente y sobre la naturaleza estructural de su trastorno.

En síntesis, la ipseidad designa el nivel más fundamental de la subjetividad: el sentido inmediato y pre-reflexivo de ser el sujeto de la propia experiencia. Su estabilidad sostiene la continuidad del self y la coherencia del mundo vivido. Cuando esta estructura se altera, como ocurre en ciertos trastornos psicóticos, la experiencia del yo y del mundo puede transformarse profundamente, lo que explica la emergencia de fenómenos psicopatológicos característicos.

En la tradición psicodinámica, el self se entiende como la organización relativamente estable de la experiencia subjetiva mediante la cual el individuo se percibe a sí

mismo como un sujeto continuo, dotado de identidad, afectividad y capacidad de relación. A diferencia de concepciones puramente cognitivas del yo, la psicodinámica ha subrayado que el self se constituye progresivamente a partir de las relaciones tempranas con los otros significativos, especialmente en el contexto de los vínculos de apego y de las primeras experiencias afectivas (1). Desde esta perspectiva, el self no es una entidad aislada, sino una estructura que emerge dentro de un campo relacional.

Las teorías de las relaciones objetales y de la psicología del self han destacado que el desarrollo del self depende de la internalización de experiencias interpersonales significativas. Heinz Kohut describió el self como una estructura que se consolida a través de la interacción con figuras de apego que proporcionan experiencias de validación, espejamiento y regulación afectiva (18). Cuando estas experiencias fallan de forma significativa, pueden aparecer alteraciones en la cohesión del self y vulnerabilidades psicopatológicas posteriores (18).

Desde enfoques más recientes, la psicodinámica contemporánea ha integrado la dimensión de la intersubjetividad, entendiendo que la mente humana se desarrolla y se regula dentro de sistemas relacionales recíprocos. Autores como Stolorow y Atwood han señalado que la experiencia subjetiva siempre se configura dentro de contextos intersubjetivos, en los que los estados afectivos y las interpretaciones del mundo se co-construyen en la interacción con otros (19). En este sentido, el self no puede comprenderse únicamente como una organización intrapsíquica, sino como un fenómeno que se constituye y transforma continuamente en la relación con los demás.

Desde una perspectiva clínica, esta concepción tiene implicaciones relevantes para la psicopatología. Muchas alteraciones del self pueden entenderse como perturbaciones en los procesos de regulación intersubjetiva, en las que el sujeto experimenta dificultades para integrar sus estados afectivos, mantener una identidad coherente o establecer relaciones estables. La psicoterapia psicodinámica, en este marco, busca precisamente crear un contexto relacional que permita reorganizar estas experiencias y favorecer una mayor cohesión del self.

En síntesis, el self, desde la psicodinámica, se entiende como una estructura subjetiva que emerge en la intersección entre la experiencia interna y la relación con los otros. Su desarrollo depende de procesos de reconocimiento, regulación afectiva y validación intersubjetiva, lo que explica por qué las alteraciones

en las relaciones tempranas o en los vínculos significativos pueden tener efectos duraderos sobre la organización de la subjetividad y la vida psíquica.

La intersubjetividad designa la dimensión constitutiva mediante la cual la experiencia individual se inserta en un mundo compartido con otros sujetos. Desde la fenomenología, especialmente en Edmund Husserl, la realidad no se constituye como esfera privada, sino como horizonte potencialmente validable por otras conciencias (10). En psicopatología, la intersubjetividad es crucial porque muchos trastornos mentales implican una alteración en la relación con ese mundo común: el sujeto puede perder la capacidad de validar sus experiencias en el diálogo con los otros.

La psicopatología fenomenológica contemporánea ha profundizado en esta dimensión intersubjetiva del trastorno mental. Giovanni Stanghellini ha mostrado que en muchos cuadros psicóticos se produce una alteración del sentido común, entendido como el conjunto de significados implícitos que permiten orientarse en el mundo compartido con los otros (17). Cuando esta base intersubjetiva se altera, la experiencia pierde su carácter inmediatamente comprensible y el sujeto queda progresivamente aislado en una construcción privada de significado. Desde esta perspectiva, el delirio puede interpretarse como una reorganización del sentido en ausencia del horizonte común que normalmente regula la experiencia (17).

Así, fenómenos como el delirio o ciertas formas de retraimiento esquizofrénico reflejan una ruptura en el campo intersubjetivo más que un simple error cognitivo. La clínica psiquiátrica, por tanto, se desarrolla siempre en un espacio intersubjetivo donde el encuentro entre paciente y clínico permite explorar cómo el sujeto se sitúa frente a la realidad compartida.

En consecuencia, la psicopatología puede entenderse como el estudio de las transformaciones estructurales del mundo vivido que alteran la relación del sujeto consigo mismo, con los otros y con la realidad compartida.

La semiología psiquiátrica debe explorar, por tanto, no solo la creencia en sí, sino el estatuto de la evidencia, la posibilidad de negociación dialógica y la inserción del sujeto en el mundo compartido. Esta dimensión de la subjetividad no puede comprenderse plenamente sin considerar su apertura constitutiva a los otros. Sin este análisis, la distinción entre convicción neurótica y certeza delirante se trivializa.

4. Juicio de realidad como síntesis estructural

El juicio de realidad no es una facultad cognitiva aislada destinada simplemente a discriminar lo verdadero de lo falso. Constituye una síntesis estructural en la que convergen de manera integrada tres dimensiones: estabilidad del self mínimo, y coherencia temporal. Cuando estas dimensiones funcionan de forma integrada, la experiencia se mantiene dentro del campo de la realidad compartida. Cuando alguna de ellas se altera —como ocurre en ciertos trastornos psicóticos— puede aparecer una reorganización del mundo vivido en la que las experiencias ya no se someten a la corrección intersubjetiva y adquieren una certeza privada característica del delirio.

La psicopatología fenomenológica suele distinguir dos niveles principales (14): 1. Self mínimo que facilita el sentido básico de ser, el sujeto de la experiencia. Es pre-reflexivo e inmediato y el 2. Self narrativo facilita la Identidad biográfica, la historia personal y la imagen de sí mismo en el tiempo

El self mínimo (minimal self) se refiere a la experiencia pre-reflexiva de ser el sujeto de las propias vivencias: percibir, pensar o actuar se experimenta inmediatamente como algo que me ocurre a mí o lo hago yo. No requiere reflexión ni elaboración narrativa; es la forma más elemental de autoconciencia. El self narrativo es la identidad que el sujeto cuenta sobre sí mismo; el self mínimo es la experiencia básica de ser quien vive esa historia. En otras palabras, antes de que una persona piense sobre sí misma o construya una identidad biográfica, existe ya una experiencia implícita de propiedad (mineness) y agencia sobre lo vivido. Esa dimensión básica constituye el self mínimo.

En las psicosis, especialmente en la esquizofrenia no se altera solo una creencia concreta, sino la estructura básica mediante la cual el sujeto se experimenta como autor de su experiencia.

Desde el punto de vista subjetivo, el juicio de realidad presupone diferenciación estable entre autoexperiencia y alteridad. Cuando el sujeto pierde la experiencia inmediata de ser autor de sus pensamientos o actos, la frontera entre lo propio y lo impuesto se vuelve frágil (14).

Desde el punto de vista intersubjetivo, algo es vivido como real porque puede situarse en un horizonte compartido. La posibilidad de corrección dialógica forma parte constitutiva de la realidad.

El juicio de realidad no consiste únicamente en una capacidad cognitiva individual para distinguir entre lo verdadero y lo falso. En términos fenomenológicos, implica la posibilidad de que la experiencia del sujeto pueda situarse dentro de un horizonte compartido con otros sujetos. Es decir, una experiencia se vive como real cuando puede ser potencialmente confirmada, corregida o discutida dentro del mundo común.

La validación intersubjetiva designa precisamente ese proceso por el cual una experiencia se contrasta con la perspectiva de los otros y se integra dentro del marco de significados compartidos que constituye la realidad social. El mundo cotidiano se mantiene estable porque los sujetos presuponen que lo que perciben o interpretan puede ser reconocido por otros miembros de la comunidad. Esta posibilidad de contraste dialógico forma parte de la estructura misma del juicio de realidad.

En la vida ordinaria, cuando una percepción o una interpretación genera duda, el sujeto puede recurrir implícita o explícitamente a la validación intersubjetiva: preguntar a otros, comparar interpretaciones o reconsiderar la propia experiencia a la luz de la reacción ajena. Este proceso permite corregir errores perceptivos o interpretativos y mantener la coherencia del mundo compartido.

Desde la psicopatología, la alteración del juicio de realidad puede entenderse como una ruptura o debilitamiento de esta validación intersubjetiva. En la psicosis delirante, por ejemplo, la convicción delirante se mantiene incluso cuando el entorno ofrece evidencia contraria. No se trata simplemente de un error lógico, sino de una transformación del régimen de evidencia: la experiencia delirante adquiere para el sujeto una certeza inmediata que ya no depende del reconocimiento por parte de los otros.

Karl Jaspers (4) describió esta característica al señalar que el delirio primario se caracteriza por su convicción subjetiva absoluta e incorregible. La incorregibilidad no se explica únicamente por obstinación psicológica, sino por la pérdida de la referencia a ese horizonte intersubjetivo que normalmente permite revisar la experiencia.

En las neurosis, la validación intersubjetiva permanece intacta. El sujeto reconoce que su experiencia puede ser contrastada con la realidad compartida y acepta, al menos en principio, la posibilidad de corrección. Por ejemplo, el paciente con trastorno obsesivo puede experimentar pensamientos intrusivos o temores

intensos, pero conserva la capacidad de reconocer que dichos contenidos pueden ser exagerados o irracionales. Esta posibilidad de contraste con el punto de vista de los otros forma parte de la estructura misma del síntoma neurótico, que suele vivirse como egodistónico. Freud (1959) ya señalaba en su obra "Inhibitions, Symptoms and Anxiety" que el sujeto neurótico mantiene una relación crítica con sus propios síntomas, lo que permite el trabajo interpretativo y terapéutico dentro de un marco de diálogo clínico. En este contexto, la validación intersubjetiva funciona como un mecanismo regulador que permite al sujeto situar su experiencia dentro del mundo compartido, incluso cuando experimenta conflicto interno o sufrimiento significativo.

En los trastornos de personalidad, la situación es diferente. La validación intersubjetiva no se pierde —como ocurre en la psicosis— pero puede verse distorsionada por patrones interpretativos rígidos y persistentes. El sujeto mantiene formalmente el juicio de realidad y reconoce el mundo común, pero interpreta de manera estereotipada las intenciones o conductas de los otros, generando lecturas persistentes de las intenciones ajenas que condicionan el funcionamiento relacional. Por ejemplo, en la personalidad paranoide pueden predominar interpretaciones suspicaces de las acciones ajenas; en la personalidad límite pueden aparecer lecturas intensamente afectivas de las relaciones interpersonales; y en la personalidad narcisista pueden organizarse interpretaciones centradas en la confirmación o amenaza del propio valor personal. En estos casos, la experiencia del mundo sigue siendo compartida, pero la lectura intersubjetiva del campo relacional se rigidiza, lo que genera conflictos repetitivos con el entorno por sus patrones rígidos y estereotipado,

Desde una perspectiva psicopatológica, la diferencia fundamental con la psicosis radica en que en neurosis y trastornos de personalidad la experiencia sigue siendo potencialmente negociable en el diálogo con los otros. El paciente puede discutir, revisar o matizar sus interpretaciones, aunque le resulte difícil hacerlo debido a la intensidad emocional o a la rigidez de sus esquemas relacionales. Por ello, el trabajo clínico se orienta frecuentemente a restablecer formas más flexibles de interpretación intersubjetiva, facilitando que el sujeto reconozca cómo sus propios esquemas afectivos influyen en la manera en que comprende las relaciones con los demás.

En síntesis, mientras que en la psicosis la validación intersubjetiva puede romperse y dar lugar a una

reorganización privada de la realidad, en las neurosis permanece funcional y permite una relación crítica con el síntoma, y en los trastornos de personalidad se mantiene estructuralmente pero puede verse rígidas e inflexibles por patrones relacionales estables que condicionan la interpretación del mundo interpersonal.

La psicosis implica alteración estructural de esta síntesis. La neurosis, en cambio, conserva la arquitectura básica del juicio de realidad, aunque pueda presentar distorsiones afectivas o interpretativas.

Desde el punto de vista temporal, el juicio de realidad exige continuidad del horizonte vivido. Husserl mostró que la conciencia temporal implica retención y protención articuladas (11), que hemos definido anteriormente. Si esta estructura se fragmenta, la experiencia pierde coherencia global.

Esta concepción desplaza la discusión desde el nivel puramente cognitivo hacia el nivel estructural del aparecer.

5. Error categorial: cerebro y mente

Sin entrar en la resolución de la clásica discusión filosófica entre el dualismo platónico y el monismo aristotélico, resulta necesario diferenciar conceptualmente cerebro y mente para evitar confusiones frecuentes en la teoría y en la práctica clínica.

El cerebro es un órgano derivado del ectodermo embrionario cuya diferenciación durante la neurulación, a través de la formación del tubo neural, da lugar al sistema nervioso central (20,21). Desde una perspectiva biológica y evolutiva, su desarrollo filogenético ha estado orientado fundamentalmente a la supervivencia del organismo y a su regulación adaptativa frente al entorno. El cerebro constituye una red extraordinariamente compleja, distribuida y plástica, cuya organización funcional no depende de centros aislados, sino de patrones dinámicos de conectividad neuronal que permiten la integración de múltiples sistemas reguladores (22,23). La neurociencia contemporánea ha mostrado que la actividad cerebral emerge de redes funcionales interconectadas que se reorganizan constantemente en función de la experiencia, lo que subraya el carácter dinámico y adaptativo de la organización cerebral.

Sin embargo, describir el cerebro en términos biológicos no equivale a describir la mente. La mente

designa el conjunto organizado de funciones psíquicas mediante las cuales el sujeto percibe, siente, simboliza, recuerda, interpreta y se reconoce a sí mismo como agente de su experiencia. Se trata de una dimensión fenomenológica de la experiencia que incluye la conciencia, la intencionalidad, la memoria autobiográfica y la identidad personal. Confundir ambos niveles —el biológico y el experiencial— implica lo que en filosofía de la mente se denomina un error categorial, es decir, atribuir a un fenómeno propiedades que pertenecen a un nivel ontológico distinto. El cerebro pertenece al dominio de los procesos biológicos observables, mientras que la mente pertenece al dominio de la experiencia vivida y de la subjetividad.

En este punto, la fenomenología contemporánea ha desarrollado propuestas teóricas que intentan superar tanto el dualismo clásico como el reduccionismo neurobiológico. Thomas Fuchs ha defendido una concepción encarnada y situada de la mente que evita entenderla como una sustancia separada del cerebro, pero también rechaza su reducción a procesos neuroquímicos (24). Según esta perspectiva, los procesos mentales emergen de la interacción dinámica entre cerebro, cuerpo vivido y entorno relacional. La mente no sería, por tanto, una entidad localizada en el cerebro, sino una propiedad emergente de sistemas corporales y relacionales complejos. Desde esta perspectiva ecológica, la actividad cerebral forma parte de sistemas reguladores más amplios que incluyen la corporalidad, la interacción social y el contexto vital del sujeto. En consecuencia, la psicopatología no puede comprenderse únicamente como una disfunción neuronal localizada, sino como una perturbación en la dinámica de estos sistemas relacionales y corporales.

La mente no constituye una sustancia separada del cerebro, pero tampoco puede reducirse a su descripción neuroquímica. Se trata de una dimensión experiencial emergente que aparece en la interacción entre el organismo y el mundo. Este planteamiento permite comprender por qué los fenómenos psicopatológicos no se agotan en sus correlatos neurobiológicos. Las alteraciones mentales implican transformaciones en el modo en que el sujeto experimenta su propio cuerpo, su identidad y su relación con los otros, dimensiones que no pueden describirse exclusivamente en términos neurofisiológicos.

Desde esta perspectiva, la psicopatología clínica estudia las alteraciones de la mente en cuanto estructuras de la experiencia y formas organizadas

de la vida psíquica. La neurociencia, por su parte, investiga los mecanismos y correlatos cerebrales que participan en esos procesos. Ambos niveles de análisis son necesarios, pero ninguno de ellos agota al otro. La comprensión clínica exige una articulación entre niveles biológicos, psicológicos y experienciales.

Reducir la mente al cerebro empobrece la semiología psiquiátrica, porque elimina la dimensión subjetiva del fenómeno clínico; separarlos radicalmente, por otro lado, implica desconocer la base biológica necesaria de la experiencia mental. La coherencia disciplinar exige, por tanto, una articulación sin confusión entre niveles de explicación, en la que los datos neurobiológicos se integren con la descripción fenomenológica de la experiencia del paciente.

En este contexto, la psiquiatría contemporánea se encuentra situada entre dos polos epistemológicos. Por un lado, el naturalismo neurobiológico, que busca explicar los trastornos mentales mediante mecanismos cerebrales identificables. Por otro, la tradición fenomenológica, que insiste en que el objeto primario de la disciplina es la transformación de la experiencia subjetiva. La tarea de la psiquiatría consiste precisamente en articular ambos niveles de comprensión, evitando tanto el reduccionismo biologicista como la desconexión entre biología y experiencia vivida.

En lo mental el sentido de autor es esencial. Desde la fenomenología de la conciencia, la agencia implica la experiencia de que las acciones, pensamientos o movimientos corporales proceden de uno mismo y están bajo algún grado de control voluntario. Cuando esta estructura se altera, el sujeto puede experimentar que sus pensamientos o actos no le pertenecen plenamente, que están siendo producidos por una fuerza externa o que ocurren sin su participación. Esta alteración del sentido de agencia constituye un fenómeno psicopatológico relevante.

La pérdida de agencia se refiere a la alteración o desaparición del sentido de ser el autor o el agente de los propios pensamientos, acciones o experiencias. En condiciones normales, el sujeto vive sus actos mentales y corporales como producidos por sí mismo: piensa, decide y actúa con la sensación inmediata de que "soy yo quien lo hace". Esta vivencia constituye una dimensión fundamental del self mínimo o ipseidad, es decir, del sentimiento básico de ser el origen de la propia experiencia (14).

En la psicopatología clínica, la pérdida de agencia aparece de forma característica en ciertos fenómenos

psicóticos, especialmente en la esquizofrenia. Por ejemplo, en los delirios de control el paciente puede sentir que sus movimientos están dirigidos por una fuerza externa; en el robo del pensamiento cree que otros le sustraen sus pensamientos; y en la inserción del pensamiento experimenta ideas que percibe como introducidas por otra persona o entidad. En estos casos, el sujeto no pierde necesariamente la capacidad de pensar o actuar, sino la vivencia de autoría sobre esos actos mentales o corporales.

La investigación fenomenológica contemporánea ha relacionado estas experiencias con alteraciones del self mínimo o ipseidad, es decir, del sentido pre-reflexivo de ser el sujeto de la propia experiencia (14). Cuando esta estructura básica se debilita, la experiencia del pensamiento y de la acción puede aparecer fragmentada o extraña, lo que facilita la aparición de fenómenos de influencia o control externo.

Desde una perspectiva clínica, explorar la presencia o ausencia de agencia resulta importante porque permite diferenciar experiencias psicóticas de otros fenómenos psíquicos. En los trastornos obsesivos, por ejemplo, el paciente puede experimentar pensamientos intrusivos, pero reconoce que son suyos aunque los considere absurdos o indeseados. En cambio, en ciertos estados psicóticos el problema no es solo la intrusión del pensamiento, sino la sensación de que ese pensamiento no pertenece al propio yo.

En síntesis, la pérdida de agencia designa la alteración del sentido de autoría sobre los propios actos mentales o corporales. Se trata de un fenómeno central en la psicopatología del self y tiene especial relevancia para comprender la experiencia subjetiva en los trastornos psicóticos.

6. Enfermedad mental y trastorno mental: precisión ontológica y crítica de la etiopatogenia simplificada

El concepto de enfermedad implica entidad con etiología relativamente definida y fisiopatología identificable. Kraepelin aspiró a delimitar tales entidades naturales en psiquiatría (5). Sin embargo, la mayoría de los diagnósticos actuales no cumplen criterios de etiopatogenia demostrada en sentido fuerte.

Es fundamental distinguir correlación de causalidad. La correlación indica asociación estadística entre variables; la causalidad exige especificidad, necesidad y suficiencia mecanicista. En psiquiatría, los hallazgos genéticos y neurobiológicos muestran vulnerabilidades compartidas y efectos probabilísticos (8,25), no

mecanismos exclusivos necesarios y suficientes para cada categoría diagnóstica.

Por ello, los manuales contemporáneos emplean el término trastorno (1,2). Como una definición positivista descriptivo-operativa, un trastorno mental se entiende como una alteración clínicamente significativa del funcionamiento psíquico que se manifiesta mediante un conjunto relativamente estable de fenómenos semiológicos y que produce malestar subjetivo, deterioro funcional o riesgo relevante para la persona o su entorno.

No es un eufemismo; es reconocimiento epistemológico de que se delimitan configuraciones clínicas operativas sin afirmar ontología biológica cerrada. Permite delimitar casos clínicos de manera pragmática y facilitar comunicación profesional. Pero esta definición es insuficiente si no se profundiza.

Desde una perspectiva estructural-fenomenológica de la psicopatología, un trastorno mental es una modificación estructural del campo de experiencia que altera de forma persistente y coherente la organización del self, del mundo vivido o de la relación intersubjetiva.

No se trata simplemente de: Emoción intensa, Conducta desviada, Creencia errónea., Rasgo de personalidad marcado. Se trata de una transformación en la arquitectura del aparecer que puede afectar:

- La temporalidad vivida (como en la depresión melancólica).
- La ipseidad básica o self mínimo (como en la esquizofrenia).
- La validación intersubjetiva (como en el delirio).
- La organización narrativa del yo (como en ciertos trastornos de personalidad).

En este sentido, el trastorno mental no es simplemente un conjunto de síntomas; es una configuración estructural. Desde una definición ontológico-epistemológica, un trastorno mental no equivale necesariamente a una enfermedad con etiopatogenia biológica demostrada en sentido fuerte.

Es una categoría clínica que: Delimita un patrón estructurado de alteración. Se apoya en correlatos biológicos probables. Se inscribe en redes causales multinivel (biológicas, psicológicas, sociales).

No presupone mecanismo causal único, necesario y suficiente identificado. No podemos tratar una idea, concepto abstracto o construcción teórica como si fuera una cosa real, concreta y existente por sí misma.

Considerar las categorías diagnósticas como enfermedades plenamente demostradas implicaría afirmar etiopatogenia específica que la evidencia actual no sostiene. Esto no debilita la disciplina; la protege de la sobreextensión conceptual. Diagnosticar significa delimitar fenómeno clínico con utilidad operativa, no afirmar esencia natural cerrada.

La semiología psicopatológica es el fundamento que legitima esta delimitación.

Síntesis

En conjunto, el recorrido desarrollado permite situar la psiquiatría en un punto de equilibrio entre distintos niveles de comprensión del sufrimiento psíquico. La investigación neurobiológica ha ampliado de forma extraordinaria el conocimiento sobre los correlatos cerebrales de la experiencia mental, pero no agota el objeto propio de la disciplina. La psicopatología clínica sigue teniendo como tarea central delimitar, mediante el análisis semiológico y fenomenológico, las transformaciones estructurales del campo de experiencia que afectan al self, al mundo vivido y a la relación intersubjetiva. En este sentido, los diagnósticos psiquiátricos deben entenderse como configuraciones clínicas operativas sustentadas en redes causales multinivel —biológicas, psicológicas y sociales— más que como entidades naturales plenamente cerradas desde el punto de vista etiopatogénico. Mantener esta distinción permite evitar tanto la reificación de las categorías diagnósticas como el reduccionismo biologicista. La semiología psicopatológica, al articular descripción clínica rigurosa, comprensión de la experiencia subjetiva y apertura a la investigación empírica, constituye así el fundamento epistemológico que permite integrar cerebro, mente, biografía e intersubjetividad en una comprensión coherente del trastorno mental y en una práctica clínica orientada al alivio del sufrimiento humano

Referencias

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-5-TR. 5th ed. Text Revision. Washington DC: American Psychiatric Association; 2022.

2. World Health Organization. International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11). Geneva: WHO; 2019.
3. Frances A. Opening Pandora's Box: The 19 worst suggestions for DSM-5. *Psychiatric Times*. 2010.
4. Hyman SE. The diagnosis of mental disorders: the problem of reification. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2010;6:155-179.
5. Kraepelin E. *Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. 8th ed. Leipzig: Barth; 1913.
6. Jaspers K. *General Psychopathology*. Chicago: University of Chicago Press; 1963.
7. Berrios GE. *The History of Mental Symptoms: Descriptive Psychopathology since the Nineteenth Century*. Cambridge: Cambridge University Press; 1996.
8. Kendler KS. Explanatory models for psychiatric illness. *American Journal of Psychiatry*. 2008;165(6):695-702.
9. Foucault M. *The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception*. New York: Vintage Books; 1994.
10. Husserl E. *Ideas Pertaining to a Pure Phenomenology and to a Phenomenological Philosophy*. The Hague: Martinus Nijhoff; 1983.
11. Husserl E. *On the Phenomenology of the Consciousness of Internal Time (1893–1917)*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; 1991.
12. Merleau-Ponty M. *Phenomenology of Perception*. London: Routledge; 2012.
13. Minkowski E. *Lived Time: Phenomenological and Psychopathological Studies*. Evanston: Northwestern University Press; 1970.
14. Sass LA, Parnas J. Schizophrenia, consciousness, and the self. *Schizophrenia Bulletin*. 2003;29(3):427-444.
15. Castilla del Pino C. *Introducción a la Psiquiatría*. Madrid: Alianza Editorial; 1979.
16. Schutz A. *The Phenomenology of the Social World*. Evanston: Northwestern University Press; 1967.
17. Stanghellini G. *Lost in Dialogue: Anthropology, Psychopathology and Care*. Oxford: Oxford University Press; 2017.
18. Kohut H. *The Analysis of the Self*. New York: International Universities Press; 1971.
19. Stolorow RD, Atwood GE. *Contexts of Being: The Intersubjective Foundations of Psychological Life*. Hillsdale: Analytic Press; 1992.
20. Sadler TW. *Langman's Medical Embryology*. 14th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2019.
21. Moore KL, Persaud TVN, Torchia MG. *The Developing Human: Clinically Oriented Embryology*. 11th ed. Philadelphia: Elsevier; 2020.
22. Kandel ER, Koester JD, Mack SH, Siegelbaum SA. *Principles of Neural Science*. 6th ed. New York: McGraw-Hill; 2021.
23. Sporns O. *Networks of the Brain*. Cambridge: MIT Press; 2011.
24. Bassett DS, Sporns O. Network neuroscience. *Nature Neuroscience*. 2017;20(3):353-364.
25. Fuchs T. *Ecology of the Brain: The Phenomenology and Biology of the Embodied Mind*. Oxford: Oxford University Press; 2018.
26. Cross-Disorder Group of the Psychiatric Genomics Consortium. Genetic relationship between five psychiatric disorders estimated from genome-wide SNPs. *Lancet*. 2013;381(9875):1371-1379.
27. Smoller JW. The use of electronic health records for psychiatric phenotyping and genomics. *American Journal of Medical Genetics Part B*. 2018;177(7):601-612.