

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

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

La clásica diferenciación entre neurosis, psicosis y trastornos de personalidad no debe entenderse como un vestigio de la psiquiatría preclasificatoria, sino considerar su poder docente y clínico como una forma de organizar el campo psicopatológico según modos estructurales distintos de relación con la realidad, el self y la intersubjetividad. Aunque las clasificaciones contemporáneas como el DSM o la CIE han introducido sistemas nosotáxicos basados en criterios operativos, la práctica clínica continúa mostrando que estas tres configuraciones estructurales permiten comprender de manera más global la naturaleza del sufrimiento psíquico. La neurosis se caracteriza por el mantenimiento del juicio de realidad junto con la vivencia egodistónica del síntoma; la psicosis implica una transformación del mundo vivido y de la evidencia natural de la realidad; y los trastornos de personalidad se sitúan en un terreno intermedio donde la realidad permanece formalmente conservada, pero la organización estable del self y de la relación intersubjetiva condiciona de forma persistente la experiencia. Desde esta perspectiva, esta arborización no pretende sustituir a las clasificaciones contemporáneas, sino ofrecer un marco estructural de comprensión que permite situar clínicamente los fenómenos observados. Lejos de ser una reliquia histórica, constituye una herramienta conceptual que facilita la articulación entre semiología, fenomenología y razonamiento clínico

1. Neurosis, psicosis y trastornos de personalidad: coherencia estructural y utilidad clínica contemporánea

No se trata de categorías meramente cuantitativas, sino cualitativas. No describen grados de intensidad, sino niveles de alteración del campo de experiencia. La vivencia del síntoma, el juicio de realidad y la conciencia de enfermedad es clínicamente relevante para organizar la experiencias de la subjetividad del síntoma. Sus criterios de diferenciación clínica los describiremos a continuación:

1.A. La vivencia del síntoma: egosintónico y egodistónico

La modalidad de vivencia del síntoma constituye un eje semiológico fundamental para la comprensión psicopatológica. La relación que el sujeto establece con su propio fenómeno psíquico permite distinguir distintos modos de integración del síntoma en la estructura del yo. Se considera egodistónico aquel fenómeno que el sujeto experimenta como ajeno, intrusivo o disonante respecto de su identidad y de su forma habitual de ser. Por el contrario, un fenómeno es egosintónico cuando se vive como coherente con la propia identidad o con el modo habitual de relación con el mundo, incluso cuando sus consecuencias generan conflicto con el entorno.

En los cuadros neuróticos, el síntoma suele presentarse de forma egodistónico. El sujeto reconoce el carácter problemático o excesivo de su angustia, de sus pensamientos obsesivos o de sus conductas evitativas. Aunque existe conflicto intrapsíquico, la estructura del juicio de realidad permanece preservada y el mundo compartido mantiene su estabilidad básica. El síntoma es vivido como una perturbación que irrumpe en la experiencia del sujeto y frente a la cual este mantiene una actitud crítica o de extrañeza.

En la psicosis, por el contrario, el fenómeno delirante primario no suele vivirse como síntoma. Se impone a la conciencia con un carácter de evidencia inmediata y de certeza incuestionable (1). El contenido delirante no es experimentado como un error o como una interpretación discutible, sino como una revelación de la realidad misma. En este caso no nos encontramos ante un conflicto intrapsíquico en el sentido dinámico, sino ante una transformación más profunda de las estructuras de evidencia mediante las cuales el sujeto organiza su relación con el mundo.

En los trastornos de personalidad, muchos de los rasgos clínicos presentan un carácter predominantemente egosintónico. Patrones relacionales rígidos, suspicacia persistente o inestabilidad afectiva pueden integrarse en la autoimagen del individuo como modos habituales de ser y de relacionarse. En estos casos, el sufrimiento no siempre emerge como una vivencia interna de extrañeza respecto del propio funcionamiento, sino que suele manifestarse principalmente en los conflictos interpersonales o en las dificultades adaptativas que dichos patrones generan en el entorno relacional.

Esta distinción entre egosintonía y egodistonía no constituye un matiz meramente descriptivo, sino que refleja diferentes niveles de integración del self y distintos grados de estabilidad del campo de la experiencia. El término self se utiliza en psicología y psiquiatría para referirse al sentido de identidad y continuidad mediante el cual el sujeto se reconoce como agente de su propia experiencia. El Oxford Dictionary of Psychology define el self como la organización de percepciones, recuerdos y significados a través de la cual una persona se reconoce como la misma a lo largo del tiempo y se diferencia de los otros (2).

Desde la psicopatología fenomenológica, el self puede entenderse como la estructura básica que permite que pensamientos, emociones y percepciones sean vividos como propios. Cuando esta estructura se ve alterada, pueden aparecer fenómenos de

extrañamiento de la experiencia, pérdida del sentido de agencia o dificultades para reconocer los propios actos mentales como pertenecientes al yo. Este tipo de alteraciones se ha descrito especialmente en algunos trastornos psicóticos, en particular en la esquizofrenia, donde la continuidad y la unidad de la experiencia subjetiva pueden verse comprometidas (3).

1.B. Juicio de realidad, conciencia de enfermedad, insight, introspección

A continuación se presenta un desarrollo clínico y psicopatológico continuo que diferencia conciencia de enfermedad, insight e introspección desde la tradición fenomenológica y la psicopatología clínica clásica, con implicaciones para la neurosis, la psicosis y los trastornos de personalidad. La distinción de estos conceptos no es meramente terminológica; es estructural y tiene consecuencias semiológicas importantes. Vamos a diferenciar estos conceptos con precisión fenomenológica y clínica.

En la psicopatología clínica, uno de los problemas centrales para la evaluación del sujeto consiste en determinar cómo este se relaciona con su propio padecimiento. En este contexto se han utilizado tres conceptos relacionados pero no equivalentes: conciencia de enfermedad, insight e introspección. Aunque en ocasiones se emplean de manera intercambiable, la tradición psicopatológica —especialmente desde la fenomenología— ha señalado que designan niveles distintos de relación reflexiva del sujeto con su propia experiencia.

En psicopatología clínica, la realidad no se entiende únicamente como el conjunto de hechos objetivos del mundo físico, sino como el mundo vivido que se construye y se comparte intersubjetivamente entre las personas. La tradición fenomenológica de la psiquiatría ha subrayado que la realidad humana no es solo percepción sensorial, sino una estructura de experiencia organizada, en la que intervienen la percepción, la memoria, el lenguaje, el sentido común y la validación social de lo percibido. Karl Jaspers señalaba que la realidad se constituye en la experiencia cotidiana a través de una evidencia natural compartida, es decir, una forma de comprensión implícita del mundo que permite orientarnos en él y reconocer lo que es verosímil o posible dentro de la experiencia común (1).

Desde esta perspectiva, el juicio de realidad se refiere a la capacidad del sujeto para distinguir entre la

experiencia subjetiva y el mundo compartido, evaluando si una percepción, pensamiento o interpretación corresponde efectivamente a la realidad intersubjetiva. En términos psicopatológicos, implica valorar si las creencias y percepciones del individuo se mantienen dentro del marco de la realidad consensuada o si, por el contrario, se han separado de ella de forma significativa.

En la práctica clínica, el juicio de realidad se manifiesta en la capacidad del sujeto para contrastar sus experiencias con la evidencia externa y con el consenso social. Cuando el juicio de realidad está conservado, el individuo puede reconocer que determinadas experiencias internas —como pensamientos, fantasías o temores— pertenecen al ámbito de su vida psíquica y no corresponden necesariamente a hechos reales. Por ejemplo, una persona con ansiedad puede temer que algo malo ocurra, pero sabe que ese temor es una posibilidad imaginada y no una realidad presente.

Cuando el juicio de realidad se altera, el sujeto pierde parcial o totalmente esa capacidad de contraste. Esto ocurre de manera característica en los delirios psicóticos, donde la convicción delirante se sostiene con certeza absoluta y no es corregible por la evidencia ni por la argumentación lógica. En estos casos, la experiencia delirante no se vive como una interpretación subjetiva, sino como una realidad incuestionable. Desde la fenomenología, este fenómeno no se entiende simplemente como un error lógico, sino como una transformación más profunda del modo en que el sujeto organiza su experiencia del mundo (2).

La psicopatología contemporánea también ha señalado que el juicio de realidad no es una función puramente intelectual. Depende de la integración de múltiples procesos psíquicos, incluyendo la percepción, la memoria autobiográfica, la coherencia narrativa del self y la validación intersubjetiva de la experiencia. Por ello, las alteraciones del juicio de realidad suelen aparecer en trastornos que afectan de forma global a la organización de la experiencia, como las psicosis, los estados confusionales o algunos trastornos neurológicos.

En síntesis, en psicopatología llamamos realidad al mundo vivido que se configura a través de la experiencia compartida y del sentido común intersubjetivo, y denominamos juicio de realidad a la capacidad del sujeto para reconocer y evaluar si sus percepciones, creencias o interpretaciones se corresponden con ese mundo compartido. Esta capacidad constituye un elemento central del examen

psicopatológico, ya que su alteración puede indicar una transformación profunda de la estructura de la experiencia y tiene implicaciones diagnósticas, terapéuticas y, en determinados contextos, también jurídico-forenses

La conciencia de enfermedad se refiere al reconocimiento por parte del sujeto de que existe un estado de alteración o sufrimiento que no corresponde a su estado habitual de salud. Se trata de un concepto clínico relativamente operativo que implica el reconocimiento de síntomas, la aceptación de que estos constituyen un problema y la posibilidad de atribuirlos a un proceso patológico.

Desde la psicopatología clásica, Karl Jaspers señalaba que el enfermo puede reconocer determinados fenómenos como extraños o patológicos incluso cuando no comprende completamente su origen, lo que indica que la conciencia de enfermedad puede existir sin una comprensión profunda del proceso que la produce (1). La base fenomenológica de la psicopatología clínica diferencia entre reconocimiento del síntoma y comprensión causal. En este sentido, la conciencia de enfermedad se sitúa en un nivel relativamente pragmático y clínico: el sujeto reconoce que algo le ocurre y acepta la posibilidad de recibir ayuda o tratamiento. Es un concepto relativamente amplio y clínicamente operativo. Puede estar presente de forma parcial o fluctuante.

Ejemplo: Un paciente con depresión puede decir: "Sé que estoy enfermo, no soy el de antes, necesito ayuda". Aquí hay conciencia global de padecimiento. Pero esta conciencia puede coexistir con escasa comprensión de los mecanismos, causas o implicaciones del trastorno.

La conciencia puede estar presente sin insight pleno. Ejemplo clásico: Un paciente con esquizofrenia puede aceptar que "tiene esquizofrenia" porque se lo han dicho los médicos, pero seguir convencido de que sus voces son reales. Hay aceptación nominal de enfermedad, pero no insight estructural.

El término insight, introducido progresivamente en la literatura psiquiátrica anglosajona durante el siglo XX, tiene un significado más complejo. En psicopatología clínica se refiere al grado en que el paciente comprende que sus experiencias o comportamientos son consecuencia de un trastorno mental. Implica, por tanto, no solo el reconocimiento de síntomas, sino también la atribución causal de dichos fenómenos a un proceso psicopatológico. En

la definición moderna de insight clínico Anthony David (4) lo definió como un constructo multidimensional que incluye tres componentes principales: reconocimiento de enfermedad, atribución de síntomas y aceptación de tratamiento.

Sin embargo, desde la fenomenología se ha señalado que el insight no puede reducirse a un simple acto cognitivo, ya que depende del modo en que el sujeto experimenta su propia realidad. El insight no es simplemente una opinión intelectual, sino una forma de relación reflexiva del sujeto con su propia experiencia patológica, que puede variar a lo largo del curso de la enfermedad y entre distintos cuadros clínicos (5).

En los trastornos psicóticos, especialmente en la esquizofrenia, el insight suele estar profundamente alterado. El paciente no reconoce sus experiencias delirantes o alucinatorias como patológicas porque estas forman parte de una reorganización del mundo vivido que posee para él una coherencia interna. En este sentido, la ausencia de insight no es meramente una negación voluntaria de la enfermedad, sino la consecuencia de una transformación estructural de la experiencia de realidad (5). German Berrios desde una perspectiva histórica y epistemológica del insight, ha señalado que este debe entenderse como una construcción clínica que depende tanto de la experiencia del paciente como del marco interpretativo del clínico (6). En este sentido, el insight no es un atributo absoluto, sino un fenómeno relacional que emerge en el encuentro clínico.

En cambio, un paciente obsesivo puede tener insight completo ("sé que es absurdo") y, sin embargo, sufrir intensamente el síntoma.

La introspección, por su parte, pertenece a un nivel diferente. Este concepto se refiere a la capacidad del sujeto para observar y reflexionar sobre sus propios estados mentales. Desde la fenomenología, la introspección implica una forma de autoobservación mediante la cual el individuo puede describir su experiencia interna, sus emociones y sus pensamientos. Sin embargo, esta capacidad no implica necesariamente conciencia de enfermedad ni insight clínico. Un sujeto puede ser profundamente introspectivo y, sin embargo, no reconocer que su experiencia corresponde a un trastorno mental.

Desde la fenomenología contemporánea, la introspección se entiende como una forma de autoconciencia reflexiva mediante la cual el sujeto puede observar y describir sus propios estados

mentales (5). Este enfoque de la fenomenológico contemporáneo requiere de autoconciencia y experiencia subjetiva.

La distinción entre estos tres conceptos adquiere particular relevancia cuando se analizan distintos cuadros clínicos. En las neurosis, el sujeto suele conservar tanto la conciencia de enfermedad como el insight. Los pacientes neuróticos suelen reconocer que sus síntomas —por ejemplo, obsesiones, fobias o crisis de ansiedad— son excesivos o irracionales. Esta característica clásica fue señalada por Freud como un rasgo distintivo de las neurosis frente a las psicosis, ya que el sujeto neurótico mantiene una relación crítica con sus propios síntomas (7). Además, en muchos casos estos pacientes poseen una elevada capacidad de introspección, lo que facilita el trabajo psicoterapéutico.

En la psicosis, por el contrario, la conciencia de enfermedad suele estar gravemente comprometida. El sujeto puede experimentar sus ideas delirantes como evidencias absolutas de la realidad y no como fenómenos patológicos. Desde la fenomenología, esta ausencia de insight se interpreta como el resultado de una transformación global del mundo vivido, en la que las estructuras básicas de la experiencia —como la evidencia natural o el sentido común— se encuentran alteradas (8). Ejemplo si ello es la alteraciones del self en la esquizofrenia. Giovanni Stanghellini ha descrito cómo en la psicosis se produce una ruptura del "sentido común intersubjetivo", lo que explica por qué el paciente no puede reconocer su experiencia como patológica dentro del marco compartido de la realidad (9).

En la psicosis, el juicio de realidad se altera en su base estructural. No se trata simplemente de error lógico corregible mediante argumentación. La convicción delirante es incorregible porque forma parte del nuevo horizonte de evidencia. La alteración del self mínimo y de la validación intersubjetiva se integran en esta transformación estructural (10,11).

En los trastornos de personalidad, la situación es más compleja. En muchos casos el sujeto puede tener cierto grado de introspección, pero carece de una conciencia clara de enfermedad. Los rasgos de personalidad se experimentan como formas habituales de ser en el mundo y no como fenómenos patológicos. Por esta razón, los pacientes con trastornos de personalidad suelen consultar por conflictos relacionales o consecuencias de su comportamiento, más que por la vivencia directa de enfermedad. El insight puede ser parcial o fluctuante, dependiendo

de la estructura de personalidad y del contexto relacional (12).

Desde una perspectiva clínica, estas diferencias tienen implicaciones importantes para la práctica psiquiátrica. En los trastornos neuróticos, el tratamiento puede apoyarse en la capacidad reflexiva del paciente y en su conciencia de enfermedad. En la psicosis, por el contrario, el objetivo inicial del tratamiento no suele ser aumentar el insight de forma directa, sino estabilizar la experiencia del sujeto y restablecer progresivamente su capacidad de participar en el mundo intersubjetivo. En los trastornos de personalidad, el trabajo terapéutico suele centrarse en desarrollar gradualmente una mayor capacidad de autorreflexión y de reconocimiento de los propios patrones relacionales.

En consecuencia, conciencia de enfermedad, insight e introspección no son sinónimos, sino niveles distintos de relación del sujeto con su propia experiencia. La conciencia de enfermedad implica el reconocimiento clínico del padecimiento; el insight supone una comprensión más elaborada de la naturaleza psicopatológica de los síntomas; y la introspección corresponde a la capacidad reflexiva del sujeto sobre sus propios estados mentales. La psicopatología fenomenológica ha mostrado que estas dimensiones dependen de la estructura global de la experiencia del sujeto y no pueden reducirse únicamente a procesos cognitivos aislados.

Los estudios fenomenológicos recientes han mostrado que ciertos trastornos mentales implican modificaciones profundas del modo en que el mundo se experimenta como significativo. Matthew Ratcliffe (13) ha descrito estas transformaciones como alteraciones del horizonte existencial dentro del cual los acontecimientos adquieren sentido para el sujeto. En la depresión grave, por ejemplo, el mundo puede aparecer como desprovisto de posibilidades y de futuro, produciendo una modificación global del sentido de realidad vivido. Estas alteraciones no se reducen a creencias erróneas, sino que afectan a la estructura misma de la experiencia (13).

En el ámbito jurídico y clínico-forense, el juicio de realidad se vincula estrechamente con el concepto de capacidad de obrar, entendida como la aptitud de una persona para ejercer por sí misma sus derechos y asumir válidamente obligaciones mediante actos jurídicos. Mientras que la capacidad jurídica corresponde a toda persona por el hecho de serlo, la capacidad de obrar implica que el individuo posea las condiciones necesarias para comprender el

significado de sus actos, valorar sus consecuencias y decidir libremente sobre ellos. Desde la perspectiva psiquiátrica, estas condiciones dependen en gran medida de la integridad de funciones como la comprensión de la realidad, la deliberación, el juicio y la autodeterminación.

En el ámbito penal, el juicio de realidad se relaciona directamente con dos capacidades fundamentales que sustentan la imputabilidad: la capacidad de comprender la ilicitud del acto y la capacidad de actuar conforme a esa comprensión. Cuando un trastorno mental grave altera el juicio de realidad de forma significativa —por ejemplo, en una psicosis delirante— el sujeto puede no comprender adecuadamente la naturaleza o las consecuencias de sus actos, o puede interpretarlas a partir de un sistema delirante que modifica radicalmente su percepción del mundo. En estas circunstancias, la capacidad para dirigir la conducta conforme a la comprensión normativa puede verse comprometida, lo que tiene implicaciones directas para la valoración de la responsabilidad penal.

En el derecho civil, el juicio de realidad también desempeña un papel relevante en la valoración de la capacidad de obrar, particularmente en decisiones como otorgar contratos, consentir tratamientos médicos o administrar bienes. La legislación contemporánea, especialmente tras la evolución del derecho hacia modelos basados en el apoyo a la toma de decisiones, considera que la capacidad de obrar no es una cualidad absoluta que se posee o se pierde de forma global, sino una capacidad funcional que puede requerir apoyos para su ejercicio efectivo. Cuando una persona presenta una alteración grave del juicio de realidad que le impide interpretar adecuadamente las situaciones o valorar sus consecuencias, puede ser necesario establecer sistemas de apoyo o medidas de protección jurídica conforme a la normativa vigente.

Desde una perspectiva clínica-forense, la evaluación del juicio de realidad no se limita a constatar la presencia de síntomas psicóticos. El análisis debe centrarse en cómo el sujeto interpreta la situación concreta en la que se encuentra y hasta qué punto esa interpretación condiciona su conducta. Para ello se utilizan instrumentos clínicos como la entrevista psicopatológica, la observación del curso del pensamiento, la coherencia del relato y la congruencia entre las creencias del individuo y la realidad compartida. Lo relevante no es únicamente la presencia de una idea delirante o de una alteración perceptiva, sino su impacto efectivo sobre la

comprensión de la situación y la capacidad de orientar la conducta.

En síntesis, el concepto de juicio de realidad constituye un puente entre la psicopatología y el derecho. Desde el punto de vista clínico describe la capacidad del individuo para diferenciar entre la experiencia subjetiva y el mundo compartido; desde el punto de vista jurídico permite valorar si esa capacidad es suficiente para atribuir responsabilidad o reconocer la aptitud para tomar decisiones con efectos legales. La evaluación psiquiátrica, por tanto, no declara jurídicamente la incapacidad de una persona, sino que aporta elementos clínicos que ayudan a determinar hasta qué punto el estado mental afecta a las funciones cognitivas y volitivas necesarias para el ejercicio autónomo de la capacidad de obrar.

Finalmente, aunque los términos neurosis y psicosis han desaparecido de las clasificaciones diagnósticas contemporáneas, siguen conservando utilidad clínica y docente. Estas categorías no se utilizan hoy como entidades nosológicas estrictas, pero continúan ofreciendo una distinción estructural del campo psicopatológico que resulta pedagógicamente valiosa para comprender distintos modos de relación con la realidad, con el self y con el mundo intersubjetivo. En la formación médica y psiquiátrica, esta diferenciación facilita la comprensión del impacto que determinadas alteraciones mentales pueden tener sobre el juicio de realidad y, en consecuencia, sobre la responsabilidad y la capacidad de obrar del sujeto.

1.C. Tablas comparativas estructurales

A continuación se presenta las tablas clínicas comparativas 1 y 2, de manera comparativa vamos a describir estos esquemas conceptuales previamente desarrollados:

Esta tabla no sustituye el análisis clínico, pero sintetiza la coherencia estructural desarrollada en el manuscrito.

Asimismo a continuación presentamos una tabla clínica 2 una comparativa, útil para docencia en psicopatología y para residentes, que distingue introspección, conciencia de enfermedad e insight y muestra cómo se expresan habitualmente en neurosis, psicosis y trastornos de personalidad.

2. Implicaciones en las relaciones interpersonales

Los trastornos mentales tiene implicaciones relevantes en las relaciones familiares o de pareja, ya sea en su origen, evolución o en sus consecuencias. La investigación contemporánea muestra que los trastornos mentales no afectan únicamente al individuo, sino que se desarrollan y se mantienen dentro de sistemas relacionales, especialmente en el contexto familiar y de pareja. La evidencia indica que factores como la comunicación disfuncional, los patrones de apego inseguros o los altos niveles de emoción expresada pueden influir en la evolución clínica, aumentando el riesgo de recaídas en trastornos como la esquizofrenia o los trastornos afectivos (14,15). Al mismo tiempo, el apoyo social y la calidad de las relaciones íntimas actúan como factores protector's que favorecen la recuperación y la adherencia terapéutica (14). Por ello, el enfoque clínico actual considera imprescindible evaluar el contexto relacional del paciente e integrar, cuando es posible, intervenciones familiares o grupales en el plan terapéutico.

Asi pues la presencia de un trastorno mental en uno de los miembros de la pareja o del sistema familiar suele generar modificaciones significativas en la dinámica relacional, en la distribución de roles y en la regulación emocional del grupo. Diversos estudios han mostrado que los trastornos mentales,

Dimensión Clínica	Neurosis	Psicosis	Trastornos de personalidad
Vivencia del síntoma	Egodistónica	No vivida como síntoma; convicción primaria	Frecuentemente egosintónica
Juicio de realidad	Conservado	Alterado estructuralmente	Formalmente conservado
Insight	Preservado	Comprometido	Parcial o variable
Self mínimo	Intacto	Alterado	Generalmente intacto
Intersubjetividad	Conflictiva pero preservada	Ruptura estructural de validación compartida	Distorsion persistente del Vínculo
Nivel de alteración estructural	Dinámico-conflictivo	Ontológico-estructural	Organizacional del self narrativo y relacional

Tabla clínica comparativa 1.- Vivencia de la experiencia, juicio de realidad e intersubjetividad.

Dimensión psicopatológica	Definición clínica	Neurosis	Psicosis	Trastornos de personalidad
Introspección	Capacidad del sujeto para observar y describir sus propios estados mentales, emociones y pensamientos. Pertenecce al ámbito de la autoconciencia reflexiva y no implica necesariamente reconocimiento de enfermedad.	Generalmente conservada o elevada. El paciente puede analizar sus emociones, conflictos y pensamientos. Frecuente en cuadros obsesivos o ansiosos.	Frecuentemente limitada o alterada. El sujeto puede describir experiencias, pero no suele cuestionar su validez o estructura.	Variable. Puede existir cierta introspección aunque muchas veces centrada en justificar la propia conducta más que en cuestionarla.
Conciencia de enfermedad	Reconocimiento por parte del sujeto de que existe un estado patológico o un problema que requiere atención clínica. Es un nivel clínico pragmático de reconocimiento del trastorno.	Generalmente presente. El paciente reconoce que sus síntomas son excesivos o problemáticos.	Frecuentemente ausente o muy limitada. El paciente no reconoce el carácter patológico de sus experiencias delirantes o alucinatorias.	Parcial o fluctuante. El sujeto reconoce consecuencias negativas (conflictos, sufrimiento) pero no siempre identifica sus rasgos como problema clínico.
Insight	Comprensión más elaborada de la naturaleza psicopatológica de los síntomas, incluyendo atribución causal al trastorno mental y aceptación de tratamiento. Es un constructo multidimensional clínico	Habitualmente conservado. El paciente reconoce el origen psicológico de sus síntomas y puede colaborar en el tratamiento.	Frecuentemente alterado. Las experiencias delirantes se viven como realidades incuestionables dentro de un nuevo marco de significado.	Parcial o limitado. Puede existir reconocimiento intelectual del problema, pero sin verdadera integración en la identidad o en el comportamiento.
Relación con la realidad	Forma en que el sujeto valida su experiencia frente al mundo compartido.	La realidad se mantiene como marco de referencia estable.	Puede producirse una transformación estructural del mundo vivido (delirio, experiencias de influencia, etc.).	La realidad se mantiene, pero las interpretaciones relacionales pueden estar distorsionadas.
Actitud hacia el tratamiento	Disposición del sujeto a aceptar ayuda clínica	Generalmente cooperativa.	Frecuentemente ambivalente o negativa por ausencia de insight.	Variable; suele depender de crisis o conflictos relacionales.

Tabla clínica comparativa 2.- Introspección, conciencia de enfermedad e insight en psicopatología.

especialmente los trastornos del estado de ánimo, los trastornos psicóticos y los trastornos de personalidad, pueden asociarse con aumento de conflicto interpersonal, sobrecarga del cuidador, deterioro de la comunicación y mayor riesgo de ruptura de pareja o disfunción familiar (14, 16). No obstante, la evidencia también indica que el impacto del trastorno depende en gran medida de factores moderadores como la cohesión familiar, la calidad de

la comunicación, el apoyo social disponible y el acceso a tratamiento adecuado (17). Las familias con mayores niveles de flexibilidad relacional, estrategias adaptativas de afrontamiento y comprensión del trastorno muestran mejores niveles de adaptación y menor carga emocional (17). Asimismo, intervenciones psicoeducativas y programas de apoyo familiar han demostrado reducir recaídas y mejorar el funcionamiento global tanto del paciente como de

su entorno relacional (18). En consecuencia, el curso y las consecuencias del trastorno mental no dependen únicamente de las características del individuo, sino también del contexto relacional en el que el sujeto se encuentra inserto (19), siendo ello muy relevante en los trastornos psicóticos graves en sus procesos de recuperación (20) donde se ha comprobado que los modelos comunitarios de apoyo residencial y seguimiento intensivo pueden asociarse con mayor estabilidad clínica, reducción de hospitalizaciones y altos niveles de satisfacción subjetiva en personas con trastornos mentales graves. Estos resultados apoyan el enfoque de rehabilitación psicosocial y recuperación, en el que la calidad de vida y la integración comunitaria se consideran indicadores centrales de evolución clínica.

3. Sensibilidad de los trastornos mentales a los psicofármacos

Asimismo los trastornos mentales muestran una sensibilidad variable al tratamiento farmacológico, lo que refleja la complejidad y heterogeneidad de sus bases neurobiológicas. Aunque los psicofármacos han demostrado eficacia en numerosos cuadros — como los antipsicóticos en la esquizofrenia o los antidepresivos en los trastornos depresivos— la respuesta clínica suele ser parcial y depende de múltiples factores individuales, incluidos la genética, el contexto psicosocial y la adherencia terapéutica (21). La investigación actual subraya además que el tratamiento farmacológico debe integrarse dentro de un enfoque multimodal que incluya intervenciones psicológicas y psicosociales (22:23). En consecuencia, la farmacoterapia se entiende hoy como un componente importante pero no exclusivo del abordaje terapéutico de los trastornos mentales, e incluso en algunos casos innecesarios.

La respuesta al tratamiento psicofarmacológico muestra diferencias relevantes según el tipo de trastorno mental. En los trastornos neuróticos, especialmente en los trastornos de ansiedad y depresión, los metaanálisis indican que los antidepresivos y ansiolíticos presentan una eficacia moderada frente a placebo, con tamaños de efecto clínicamente significativos, aunque variables según el cuadro y la duración del tratamiento (24,25). En este grupo, la adherencia suele ser irregular y se estima que entre el 30 % y el 50 % de los pacientes interrumpen el tratamiento durante los primeros meses, principalmente por efectos adversos, percepción de mejoría temprana o preferencia por intervenciones psicoterapéuticas (26).

En los trastornos psicóticos, particularmente en la esquizofrenia, la eficacia de los antipsicóticos está más claramente demostrada. Metaanálisis amplios han confirmado su capacidad para reducir recaídas y síntomas positivos, aunque con efectos más limitados sobre síntomas negativos y funcionamiento social (27). La adherencia constituye un problema clínico relevante, ya que aproximadamente la mitad de los pacientes presenta incumplimiento parcial o abandono del tratamiento, lo que se asocia con mayor riesgo de recaída, hospitalización y deterioro funcional (28). Sin olvidar los efectos sobre la Salud Física de los antipsicóticos llamados atípicos y su probable contribución a la reducción de la esperanza de vida sobre 10-12 años menos que la población general, a la que se asocia otros factores: sedentarismo, tabaquismo, relaciones sexuales de riesgo,

En los trastornos de personalidad, la eficacia de los psicofármacos es más limitada y menos específica. Los metaanálisis sugieren que ciertos fármacos pueden mejorar síntomas concretos —como impulsividad, inestabilidad afectiva o agresividad—, pero no modifican la estructura central del trastorno, por lo que las guías clínicas recomiendan considerarlos como intervenciones adyuvantes dentro de un enfoque psicoterapéutico más amplio (29). En este grupo, la adherencia suele ser particularmente variable debido a la impulsividad, la ambivalencia hacia el tratamiento y las dificultades relacionales características de algunos trastornos de personalidad (30).

En relación con la seguridad, los psicofármacos presentan en general un perfil de riesgo bajo en comparación con los beneficios clínicos globales, aunque algunos estudios epidemiológicos han señalado un aumento de mortalidad asociado al uso prolongado de determinados antipsicóticos o sedantes en poblaciones vulnerables, especialmente en pacientes de edad avanzada o con comorbilidad médica (31). No obstante, la interpretación de estos datos requiere cautela, ya que parte del aumento de mortalidad puede reflejar la gravedad del trastorno subyacente o factores clínicos concomitantes más que un efecto farmacológico directo (32).

En conjunto, la evidencia científica sugiere que la eficacia, la adherencia y los riesgos del tratamiento psicofarmacológico dependen no solo del tipo de fármaco, sino también de la naturaleza del trastorno, de las características del paciente y del contexto clínico en el que se desarrolla el tratamiento.

4. Conclusión doctrinal

La semiología psiquiátrica constituye el acto fundacional mediante el cual la experiencia alterada deviene fenómeno clínico. Solo a través de una delimitación fenomenológica rigurosa de la experiencia vivida es posible identificar aquello que merece ser considerado objeto de conocimiento psiquiátrico. Sin esta operación primera de descripción y estructuración del fenómeno, no existe objeto explicable ni clasificación clínica legítima, sino únicamente agregados de conductas o correlaciones empíricas desprovistas de significado clínico.

Reducir la mente al cerebro implica un error categorial que confunde niveles distintos de descripción del fenómeno humano. Sin embargo, negar la base biológica necesaria del sufrimiento psíquico implicaría igualmente desconocer la condición orgánica del sujeto. Del mismo modo, confundir correlaciones empíricas con etiopatogenias demostradas conduce a una sobreinterpretación que distorsiona el alcance real de los hallazgos científicos. La psiquiatría debe situarse, por tanto, en un equilibrio epistemológico que reconozca la complejidad multinivel de su objeto.

La psiquiatría es una disciplina médica en la medida en que reconoce la base biopsicosocial del sufrimiento psíquico y orienta su práctica hacia la comprensión y el alivio de ese sufrimiento. Es, al mismo tiempo, una disciplina fenomenológica porque su objeto inmediato no es el cerebro aislado ni la conducta observada, sino la experiencia vivida tal como se manifiesta en la conciencia del sujeto. Y es, finalmente, una disciplina clínica porque su finalidad última no consiste en la mera clasificación de fenómenos, sino en la intervención responsable sobre situaciones concretas de sufrimiento humano.

En este contexto, el rigor conceptual no constituye un lujo académico ni una preocupación meramente teórica. Determina de manera directa cómo se entrevista a un paciente, cómo se interpretan sus síntomas, cómo se formula un diagnóstico, cómo se comunica una explicación clínica y cómo se decide una intervención terapéutica. La semiología psicopatológica actúa así como la garantía epistemológica que preserva la identidad de la disciplina frente a dos riesgos simétricos: el reduccionismo biologicista, que pretende agotar el fenómeno mental en sus correlatos neurobiológicos, y el relativismo interpretativo, que diluye la especificidad clínica del sufrimiento psíquico.

Por esta razón, la semiología psiquiátrica debe analizar no solo la presencia de determinados fenómenos, sino también su estructura de sentido y su inserción en el campo intersubjetivo en el que la experiencia humana adquiere significado. Sin esta dimensión estructural y relacional, el diagnóstico corre el riesgo de transformarse en una mera clasificación administrativa de conductas o síntomas desanclada del sujeto que los vive.

En determinadas circunstancias, además, la valoración clínica del juicio de realidad adquiere relevancia en el ámbito jurídico-forense, especialmente cuando se trata de evaluar la capacidad de comprensión, de autodeterminación o de responsabilidad del individuo. Ello pone de manifiesto que la psicopatología no solo tiene implicaciones clínicas, sino también consecuencias prácticas en el ámbito social y jurídico.

En síntesis, un trastorno mental puede entenderse como una alteración estructural clínicamente significativa de la organización de la experiencia, que compromete la coherencia del self, la relación intersubjetiva o la continuidad temporal del mundo vivido. Esta alteración se sustenta necesariamente en una base biopsicosocial, pero se encuentra inscrita en una red causal multinivel cuya complejidad excede cualquier explicación reduccionista. La delimitación de este fenómeno depende fundamentalmente del análisis semiológico de la experiencia y no presupone necesariamente la existencia de una etiopatogenia específica plenamente demostrada.

La psiquiatría contemporánea se sitúa hoy en la intersección entre avances neurobiológicos cada vez más sofisticados y una comprensión creciente de la complejidad de la experiencia humana. En este contexto, la semiología psicopatológica no constituye un vestigio histórico de la disciplina, sino su fundamento epistemológico permanente. Solo mediante el análisis estructural de la experiencia vivida es posible delimitar el fenómeno clínico, articular los distintos niveles de explicación y evitar tanto el reduccionismo biologicista como el relativismo interpretativo. La psiquiatría, en cuanto disciplina clínica, se define precisamente por esta capacidad de integrar cerebro, mente, biografía e intersubjetividad en una comprensión rigurosa del sufrimiento psíquico. En este sentido, la semiología no es simplemente una técnica descriptiva, sino el punto de partida ontológico que permite que la experiencia alterada se constituya como objeto legítimo del conocimiento psiquiátrico.

Referencias

1. Jaspers K. General Psychopathology. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1997.
2. Colman AM. A Dictionary of Psychology. 4th ed. Oxford: Oxford University Press; 2015.
3. Sass LA, Parnas J. Schizophrenia, consciousness, and the self. *Schizophr Bull.* 2003;29(3):427–44.
4. David AS. Insight and psychosis. *Br J Psychiatry.* 1990;156:798–808.
5. Amador XF, David AS. Insight and Psychosis. Oxford: Oxford University Press; 2004.
6. Berrios GE. The History of Mental Symptoms: Descriptive Psychopathology since the Nineteenth Century. Cambridge: Cambridge University Press; 1996.
7. Freud S. The Neuro-Psychoses of Defence. Standard Edition. London: Hogarth Press; 1894.
8. Sass LA, Parnas J. Schizophrenia, consciousness, and the self. *Schizophr Bull.* 2003;29(3):427–44.
9. Stanghellini G. Disembodied Spirits and Deanimated Bodies: The Psychopathology of Common Sense. Oxford: Oxford University Press; 2004.
10. Parnas J, Sass LA. Self, schizophrenia, and phenomenology. *Schizophr Bull.* 2003;29(3):427–444.
11. Sass LA. Madness and Modernism: Insanity in the Light of Modern Art, Literature and Thought. New York: Basic Books; 1992.
12. Gunderson JG. Borderline personality disorder: ontogeny of a diagnosis. *Am J Psychiatry.* 2009;166:530–39.
13. Ratcliffe M. Experiences of Depression: A Study in Phenomenology. Oxford: Oxford University Press; 2015.
14. Hooley JM. Expressed emotion and relapse of psychopathology. *Annu Rev Clin Psychol.* 2007;3:329–52.
15. Leff J, Vaughn C. Expressed Emotion in Families. New York: Guilford Press; 1985.
16. Whisman MA, Uebelacker LA. Impairment and distress associated with relationship discord in a national sample of married or cohabiting adults. *J Fam Psychol.* 2009;23(3):427–34.
17. Reupert A, Maybery D. Families affected by parental mental illness: a multiperspective account of issues and interventions. *Am J Orthopsychiatry.* 2007;77(3):362–69.
18. Walsh F. Family resilience: a framework for clinical practice. *Fam Process.* 2003;42(1):1–18.
19. Dixon L, McFarlane WR, Lefley H, et al. Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities. *Psychiatr Serv.* 2001;52(7):903–10.
20. Rodríguez Pulido F, Rodríguez-García Á, et al. Las personas con trastorno mental grave en un programa de alojamiento supervisado por un equipo comunitario asertivo. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2022;42(142):49–68
21. Miklowitz DJ. The role of the family in the course and treatment of bipolar disorder. *Curr Dir Psychol Sci.* 2007;16(4):192–96.
22. Stahl SM. Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications. 5th ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2021.
23. Insel TR, Wang PS. Rethinking mental illness. *JAMA.* 2010;303(19):1970–1.
24. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, et al. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet.* 2018;391(10128):1357–66.
25. Baldwin DS, Waldman S, Allgulander C. Evidence-based pharmacological treatment of generalized anxiety disorder. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2011;14(5):697–710.
26. Sansone RA, Sansone LA. Antidepressant adherence: are patients taking their medications? *Innov Clin Neurosci.* 2012;9(5–6):41–46.
27. Leucht S, Cipriani A, Spineli L, et al. Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet.* 2013;382(9896):951–62.
28. Higashi K, Medic G, Littlewood KJ, et al. Medication adherence in schizophrenia: factors influencing adherence and consequences of nonadherence. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2013;9:117–26.

29. Stoffers-Winterling JM, Storebø OJ, Lieb K. Pharmacotherapy for borderline personality disorder: an updated systematic review and meta-analysis. *CNS Drugs*. 2020;34(10):1053–67.
30. Paris J. Treatment of personality disorders: a review. *Can J Psychiatry*. 2015;60(7):303–09.
31. Correll CU, Detraux J, De Lepeleire J, De Hert M. Effects of antipsychotics, antidepressants and mood stabilizers on risk for physical diseases in people with schizophrenia, depression and bipolar disorder. *World Psychiatry*. 2015;14(2):119–36.
32. Tiihonen J, Mittendorfer-Rutz E, Torniainen M, et al. Mortality and cumulative exposure to antipsychotics in patients with schizophrenia: a nationwide cohort study. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(7):600–09.