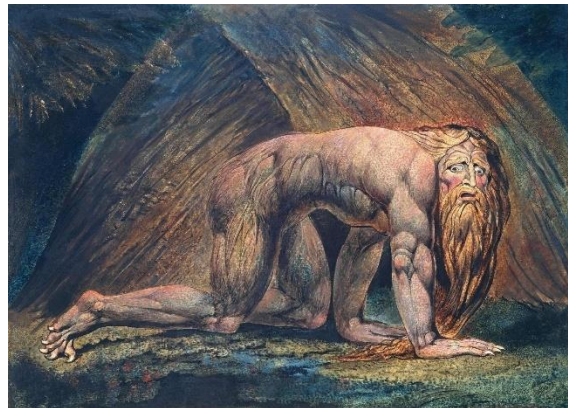


Atelier Velázquez · Ciudad de México

Esquizofrenia desde el Materialismo Filosófico (Gustavo Bueno)

Reconstrucción operatoria M1–M2–M3 desde el Materialismo Filosófico de Gustavo Bueno: crítica gnoseológica del DSM, etiología dialéctica, fenomenología clínica, diagnóstico intermaterialista, tratamiento y caso «Marco»



Julio David Rojas

Atelier Velázquez · Ciudad de México

17 de febrero de 2026

índice

Portada

Resumen

Palabras clave

1. Introducción
 - 1.1 Planteamiento del problema y delimitación (M1–M2–M3)
 - 1.2 Definición operatoria de psique y acto psíquico
 - 1.3 Hipótesis de trabajo y método (fricciones dialécticas)
2. Marco materialista: M1–M2–M3 aplicado a esquizofrenia
 - 2.1 M1: condiciones corpóreo-neurobiológicas (sin reduccionismo)
 - 2.2 M2: operaciones psíquicas y fractura operatoria
 - 2.3 M3: institución, norma, lenguaje y entorno digital
3. Crítica gnoseológica del DSM-5
 - 3.1 DSM como herramienta institucional (M3)
 - 3.2 Límites ontológicos y sesgos de muestra
 - 3.3 Consecuencias clínicas de la reificación diagnóstica
4. Etiología dialéctica por bucles intermateriales
 - 4.1 Modelos M1↔M2 (saliencia, agencia, fuente)
 - 4.2 Bucle M2↔M3 (estigma, rol, precariedad, entornos algorítmicos)
 - 4.3 Trayectorias: vulnerabilidad, crisis, estabilización, recaída
5. Fenomenología operatoria de síntomas
 - 5.1 Síntomas positivos como fallos de atribución (agencia, fuente, saliencia)
 - 5.2 Síntomas negativos como colapso de vectorialidad práctica
 - 5.3 Desorganización: encadenamientos rotos y captura operatoria
6. Diagnóstico intermaterialista
 - 6.1 Triple codificación M1–M2–M3
 - 6.2 Diferencial: bipolaridad, trauma, sustancias, trastornos disociativos
 - 6.3 Marcadores clínicos y límites de generalización
7. Tratamiento y contención realista
 - 7.1 Intervención M1 (farmacológica y somática)
 - 7.2 Intervención M2 (psicoterapia, metacognición, rehabilitación)

7.3 Intervención M3 (institución, empleo apoyado, vivienda, redes)

7.4 Prevención de recaídas: diseño ambiental y rutina

8. Caso clínico «Marco»: M3 digital como entorno de confirmación algorítmica

8.1 Presentación y curso

8.2 Lectura M1–M2–M3 del caso

8.3 Indicadores de confirmación algorítmica y dianas de intervención

8.4 Plan de intervención por niveles y seguimiento

9. La institución psiquiátrica y sus límites (M3)

10. Conclusión: tesis ontológica, gnoseológica y práctica

A. Glosario

B. Matriz síntoma → intervención

C. Matriz subtipos → patrón

D. Auditoría de cierre: falacias y controles

E. Anexo técnico: dianas terapéuticas, protocolos y preguntas de investigación

12. Bibliografía

Resumen

El presente ensayo aborda la esquizofrenia no como entidad nosológica cerrada, sino como **fractura de operaciones M2** (monitorización de fuente, atribución de agencia, encadenamiento pragmático hablar–inferir–actuar–corregir y vectorialidad práctica), **codeterminada** por condiciones M1 y por selectores M3. Adoptando el modelo triaxial M1–M2–M3 —**materia corpóreo-neurobiológica (M1), materia psíquico-operatoria (M2) y materia institucional-normativa (M3)**— se reformula la esquizofrenia como **desanclaje dialéctico de M2** bajo bucles de retroalimentación intermaterial. La psicología, entendida como ciencia β en cuanto el sujeto operatorio permanece dentro del campo, exige una reconstrucción que supere tanto el reduccionismo neurobiológico (falacia HYP-MAT) como el formalismo diagnóstico vacío (falacia HYP-FOR). Se identifican cinco fricciones dialécticas: definición vs. operación, clasificación vs. ontología, causa próxima vs. estructura, clínica vs. institución e individuo vs. **entorno digital algorítmico (M3)**. El DSM-5 se ubica como herramienta M3 legítima en su función coordinadora, pero insuficiente como descripción ontológica. Se propone etiología por bucles intermateriales, fenomenología operatoria de síntomas positivos y negativos, diagnóstico por triple codificación y tratamiento intermaterialista en tres frentes: farmacológico-neurobiológico (M1), terapéutico-vivencial (M2) y reinserción institucional (M3). El caso clínico de Marco ilustra cómo M3 digital puede funcionar como **entorno de confirmación algorítmica** que estructura y amplifica contenidos delirantes sin necesidad de invocar explicaciones místicas. El ensayo concluye con tres tesis: ontológica, gnoseológica y práctica.

Palabras clave: esquizofrenia, materialismo filosófico, ciencia β , modelo triaxial M1-M2-M3, diagnóstico operatorio, acto psíquico, sujeto operatorio, etiología dialéctica, DSM-5, entorno digital algorítmico, identidad operatoria, tratamiento intermaterialista.

Presentación: cinco fricciones que articulan el argumento

Un ensayo que comienza con una definición corre el riesgo de consagrar lo que debería poner en cuestión. Optamos, por eso, por comenzar con conflictos —fricciones, en el sentido de tensiones conceptuales que no se resuelven por decreto teórico sino por construcción progresiva del argumento.

F1 (Definición vs. operación): qué es materialmente la esquizofrenia y qué operaciones específicas se fragmentan en ella. Esta fricción denuncia toda definición que no identifique, al menos, cuatro operaciones psíquicas concretas alteradas.

F2 (Clasificación vs. ontología): el DSM-5 clasifica; la reconstrucción materialista intenta comprender la estructura real M1–M2–M3. Esta fricción no cancela al DSM sino que lo ubica donde le corresponde.

F3 (Causa próxima vs. causa estructural): la neurobiología describe condiciones de posibilidad M1; la etiología dialéctica exige reconstruir bucles de retroalimentación entre M1, M2 y M3. Ningún nivel causa por sí solo.

F4 (Clínica vs. institución): el tratamiento re-ancha operaciones, pero la institución puede cronificar y estigmatizar. Esta fricción obliga a mirar el doble filo de toda praxis psiquiátrica.

F5 (Individuo vs. entorno digital algorítmico): M3 contemporáneo —redes sociales, algoritmos de confirmación, foros conspiracionistas— produce gramáticas delirantes que el sujeto no crea ex nihilo sino que hereda y habita. Esta fricción es inédita en las descripciones clásicas de la enfermedad.

Las páginas que siguen recorren estas fricciones en orden. Algunas resoluciones son provisionales; eso no las hace inútiles. El objetivo no es una teoría perfecta sino un mapa operatorio honesto de lo que sabemos y de lo que ignoramos.

1. Psicología como ciencia β : el sujeto operatorio dentro del campo

1.1 La distinción α/β y su relevancia clínica

Gustavo Bueno distingue dos tipos de ciencias según la posición del sujeto operatorio respecto del campo material que estudia. En las ciencias α —física, química, astronomía—, el sujeto opera sobre el campo sin pertenecer a él: el físico que mide la velocidad de la luz no es un fotón. En las ciencias β —psicología, historia, economía—, el sujeto operatorio pertenece materialmente al campo que investiga. El psicólogo clínico es él mismo un sujeto dotado de actos psíquicos; la entrevista no es una medición exterior sino una interacción entre dos M2 situados en un marco M3 compartido (el consultorio, el lenguaje diagnóstico, el código deontológico, la asimetría institucional).

Esta distinción no es un detalle epistemológico ornamental. Tiene consecuencias directas para entender por qué la psicología no puede imitar sin más el modelo fisicalista: porque el instrumento principal de indagación —el clínico— es del mismo tipo ontológico que el objeto —el paciente. Lo cual no invalida a la psicología como ciencia; la hace ciencia β , con sus propias exigencias de cierre categorial. Según el criterio de clausura operatoria del Materialismo Filosófico, una disciplina alcanza estatuto científico en la medida en que estabiliza **operaciones, términos e identidades** con capacidad de predicción, intervención y control de errores. En psicología y psiquiatría este cierre suele ser **parcial y mixto** (M1–M2–M3): no por ello es arbitrario, pero exige declarar mediaciones y límites para no confundir correlatos (M1) con causas totales, ni clasificaciones (M3) con ontologías. Para la psicología, este cierre es parcial y siempre revisable —lo cual no la condena al escepticismo sino que exige honestidad sobre sus límites.

La esquizofrenia, entonces, no es un objeto que el clínico contempla desde fuera. El diagnóstico mismo es una operación que ocurre dentro del campo y que modifica, retroactivamente, la estructura M3 en la que el paciente se sitúa. Etiquetar a alguien como esquizofrénico no es registrar un hecho natural preexistente: es producir un hecho M3 con consecuencias M2 (cómo el paciente se narra a sí mismo) y M1 (qué fármacos recibirá, qué regímenes de sueño y actividad le serán prescritos).

1.2 Definición operatoria de psique y de acto psíquico

Dentro del marco del Materialismo Filosófico, la psique (Ψ) no es una sustancia ni un “interior” misterioso: es el **conjunto de operaciones** que un sujeto ejecuta en situación, sostenidas por condiciones M1, articuladas como praxis M2 y moduladas por selectores M3. M1 designa la materia corpóreo-neurobiológica (sistema nervioso, neurotransmisión, neuroplasticidad): no es la causa total de la psique, sino **condición somática de posibilidad**. M2 es la materia psíquico-operatoria: percepciones, juicios, afectos, intenciones, hábitos y narrativas internas; aquí se localiza la **unidad operatoria** que en la esquizofrenia se desancla y se fragmenta. M3 designa la materia **institucional-normativa**: lenguaje, normas, diagnósticos, roles, instituciones, medios y entornos digitales; no es un envoltorio cultural “añadido”, sino un plano material que **abre, cierra o deforma** operaciones M2 disponibles. El acto psíquico, entonces, es una operación situada: depende simultáneamente del substrato neurobiológico que lo sostiene (M1), de la historia operatoria del sujeto (M2) y del marco institucional-normativo que le da sentido y le impone restricciones (M3). Fragmentar cualquiera de estas dimensiones sin referenciarla a las otras dos es incurrir en una de las falacias que el Materialismo Filosófico ha tipificado con precisión.

1.3 Falacias gnoseológicas aplicadas a la esquizofrenia

Cuatro falacias recurrentes distorsionan el análisis de la esquizofrenia y conviene declararlas al principio para no reproducirlas.

HYP-MAT (hipóstasis de la materia): reducir la esquizofrenia a su correlato neurobiológico, como si «exceso de dopamina» o «hipofrontalidad» constituyeran la explicación completa. Esta falacia es operativamente estéril porque no da cuenta de por qué el mismo desequilibrio neuroquímico produce delirios de grandeza en un sujeto y de persecución en otro, ni por qué el entorno familiar o el acceso a trabajo remunerado modifica el pronóstico. El cerebro es M1: condición de posibilidad, no causa suficiente.

HYP-FOR (hipóstasis de la forma): reducir la esquizofrenia a su descripción nosológica en el DSM, como si el cumplimiento de criterios diagnósticos constituyera la realidad de la enfermedad. Esta falacia es el viejo platonismo médico: el diagnóstico

como Idea que precede al paciente concreto. El DSM-5 es M3, es decir, un sistema simbólico que coordina prácticas institucionales; no es una ontología.

NO-CIERRE (ausencia de cierre categorial): construir teorías sobre la esquizofrenia que mezclan planos sin criterio: lo neurobiológico con lo simbólico, lo somático con lo social, sin especificar las mediaciones operatorias entre ellos. Muchas propuestas integrativas caen en esta trampa: yuxtaponen factores sin articularlos.

OP-AUSENTE (sujeto operatorio ausente): tratar al paciente esquizofrénico como objeto pasivo de intervención, ignorando que él mismo es un sujeto operatorio —deteriorado, parcialmente, en ciertas operaciones— que sigue siendo agente de su propia vida. Esta falacia produce cronificación: el sujeto aprende el rol de «enfermo grave» que M3 institucional le asigna y lo habita hasta la médula.

Una quinta falacia merece mención por su aparición frecuente en contextos posmodernos: el sociologismo total, que disuelve la esquizofrenia en construcción social y priva al sujeto de su dimensión M1 —el sufrimiento orgánico real— y M2 —la fragmentación operatoria que no es solo «efecto del etiquetado». Esta posición, herencia mal digerida de Szasz y Laing, tiene el mismo defecto estructural que el biologismo que critica: borra dos de los tres planos.

2. Definición materialista fuerte: la esquizofrenia como fractura de M2 (F1 resuelta)

2.1 Tesis nuclear

La esquizofrenia es un trastorno de la unidad operatoria del sujeto (M2), estructuralmente condeterminado por alteraciones en M1 —sustrato neurobiológico— y por configuraciones patogénicas en M3 —**entornos institucionales, normativos y digitales**—, que se manifiesta como fragmentación y dislocación de cuatro operaciones psíquicas fundamentales: (i) monitorización de fuente —distinguir origen propio u ajeno de pensamientos y percepciones—, (ii) atribución de agencia —reconocer qué acciones pertenecen al yo como causa—, (iii) coherencia narrativa-pragmática del lenguaje —mantener el encadenamiento semántico y pragmático del discurso—, y (iv) coordinación intersubjetiva —anticipar y responder a los estados mentales de otros dentro de marcos normativos compartidos. Ninguno de estos niveles es autosuficiente: cada uno requiere, para su funcionamiento normal, la codeterminación de los otros tres.

Esta definición rechaza explícitamente las dos imposturas simétricas: decir que la esquizofrenia «es» una anomalía dopaminérgica y decir que «es» una construcción social. Ambas afirmaciones capturan aspectos parciales de M1 o M3 respectivamente, pero ninguna da cuenta de por qué las operaciones M2 se fragmentan del modo específico en que lo hacen ni por qué esa fragmentación es irreversible en algunos sujetos y episódica en otros.

2.2 Las cuatro operaciones fracturadas: descripción detallada

La monitorización de fuente es la capacidad del sujeto para atribuir correctamente el origen de sus propias experiencias mentales. En condiciones ordinarias, un sujeto sabe distinguir si un pensamiento emerge de su deliberación interna o si una voz proviene del exterior. En la esquizofrenia esta distinción se colapsa: el pensamiento propio aparece como voz ajena (alucinación auditiva); el movimiento voluntario se experimenta como impuesto desde fuera (inserción de pensamiento, control de impulsos). Neurobiológicamente, se ha vinculado esta operación con hipofunción del córtex prefrontal dorsolateral y alteraciones en la conectividad entre regiones frontoparietales y

el sistema límbico (Frith, 1992). La monitorización de fuente es una operación M2 que depende de una arquitectura M1 y que se produce dentro de un entorno M3 que le provee el vocabulario para narrarla.

La atribución de agencia es la operación por la cual el sujeto reconoce sus propias acciones como causadas por él mismo. Su fractura produce la experiencia de pasividad: el sujeto siente que sus actos son realizados por una entidad externa. Esta operación es solidaria con la anterior: si no sé de dónde proviene un pensamiento, tampoco puedo saber con certeza si fui yo quien actuó. El sesgo de atribución externa —tendencia a localizar la causa de eventos ambiguos en el entorno o en agentes externos— está bien documentado en estudios experimentales con paradigmas de predicción de consecuencias motoras (Blakemore et al., 2000).

La coherencia narrativa-pragmática del lenguaje es la operación que sostiene el encadenamiento semántico entre proposiciones y la adecuación pragmática del discurso al contexto conversacional. Su fractura produce el síntoma clásico de desorganización formal del pensamiento: habla que salta de tema en tema sin nexo inferible, asociaciones por contigüidad sonora en lugar de contigüidad semántica (clang associations), pérdida del hilo en medio de una oración. Esta operación depende de M3 —el sistema lingüístico, los marcos conversacionales compartidos— tanto como de la conectividad entre regiones corticales. Cuando M2 pierde el anclaje en M3 lingüístico, el lenguaje se convierte en ruido semántico que el interlocutor no puede descifrar pero que el sujeto produce con la convicción de que comunica.

La coordinación intersubjetiva —frecuentemente descrita en la literatura anglosajona como «teoría de la mente» o mentalización— es la operación por la cual el sujeto atribuye estados mentales (creencias, deseos, intenciones) a otros y ajusta su conducta en función de esas atribuciones. Su deterioro en la esquizofrenia no es total en todos los casos ni en todas las fases, pero produce graves consecuencias pragmáticas: el sujeto no puede anticipar cómo sus actos o palabras serán interpretados, pierde la capacidad de negociación social implícita y queda expuesto a la exclusión institucional que M3 impone a quienes no respetan sus convenciones.

2.3 Identidad personal sin alma

Una de las consecuencias más perturbadoras de la esquizofrenia —y menos atendidas teóricamente— es la ruptura de lo que podría llamarse identidad operatoria. Desde el Materialismo Filosófico, la identidad personal no es un alma ni un núcleo metafísico inmutable: es la unidad práctica y narrativa que el sujeto construye a través de sus operaciones M2 situadas en un entorno M3, reconocida institucionalmente por otros. Esta unidad es siempre frágil, histórica, revisable. En la esquizofrenia, la fractura de las cuatro operaciones descritas priva al sujeto del hilo conductor que le permitía decir «soy el mismo que actuó ayer». Los pensamientos no son suyos, las acciones no provienen de él, el lenguaje no llega adonde apuntaba, los otros se vuelven indescifrables o amenazantes. La identidad, como tejido de operaciones M2 entrelazadas, se deshilacha.

Lo que la psiquiatría llama «síntomas de primer rango» —Schneider los sistematizó en 1959— no son curiosidades semiológicas: son el registro clínico de esta fragmentación operatoria. No se mencionan por añoranza nosológica sino porque cada síntoma apunta a una operación específica fracturada: la audición de voces comentadoras apunta a la monitorización de fuente; el delirio de control apunta a la atribución de agencia; la difusión del pensamiento apunta a los límites del yo M2 respecto de M3.

3. El DSM-5 como herramienta M3: crítica con doble filo (F2 resuelta)

3.1 Lo que el DSM aporta y no puede abandonarse

El DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) es el sistema nosográfico dominante de la psiquiatría contemporánea. Su función real —más allá de la retórica científica que lo acompaña— es la coordinación institucional: investigadores de distintos países y tradiciones teóricas pueden hablar de lo «mismo» cuando comparten criterios diagnósticos; las compañías de seguros pueden establecer coberturas; los juzgados pueden determinar imputabilidad; las agencias reguladoras pueden aprobar fármacos para poblaciones definidas. Nada de esto es trivial. Quienes, desde la antipsiquiatría, proponen simplemente abolir el DSM, ignoran que sus funciones coordinadoras M3 no desaparecerían con el manual: serían asumidas por otro sistema de clasificación, probablemente menos transparente.

El DSM-5 también ha facilitado un avance real: reemplazó la lógica categorial rígida de ediciones anteriores con una aproximación más dimensional para algunos trastornos, reconoció el espectro, unificó los criterios de la esquizofrenia eliminando el privilegio de los síntomas de primer rango de Schneider —no porque Schneider estuviera equivocado sino porque la fiabilidad inter-jueces mejoró sin ellos. Esto es progreso M3, real y documentable.

3.2 Lo que el DSM no puede dar

Sin embargo, el DSM-5 no es ontología. Sus cinco criterios diagnósticos para la esquizofrenia (A: síntomas psicóticos activos ≥ 1 mes; B: disfunción social/laboral; C: duración ≥ 6 meses; D: exclusión de trastorno esquizoafectivo; E: exclusión de sustancias/condición médica) son descriptores M3 de carácter fenomenológico-superficial. No explican qué operaciones M2 están fracturadas, ni mediante qué mecanismos M1–M3 se produjo la fractura. Cumplir con el criterio A significa que el clínico ha observado ciertos comportamientos o escuchado ciertos reportes; no significa que ha identificado el mecanismo operatorio subyacente.

Más grave: la eliminación de los subtipos en DSM-5 —paranoide, desorganizado/hebefrénico, catatónico, residual, simple— fue una decisión pragmática de fiabilidad diagnóstica que sacrificó información clínica relevante. Desde el Materialismo Filosófico no hay nostalgia por los subtipos como categorías eternas; sí hay interés por recuperar lo que captaban: patrones distintos de disociación M1–M2–M3, con implicaciones clínicas diferenciadas. La tabla siguiente reconstruye esos patrones operatoriamente.

Tabla 1. Subtipos de esquizofrenia: patrones M1–M2–M3 y sus implicaciones clínicas

Subtipo	Dominancias M1/M2/M3	Síntomas nucleares	Hipótesis operatoria	Implicación clínica
Paranoide	M1 relativa conservación; M2 alteración atribucional dominante; M3 alta codificación simbólica delirante	Delirios sistematizados, alucinaciones auditivas, afecto conservado	Monitorización de fuente y atribución de agencia fracturadas; M3 provee el contenido (perseguidor, tecnología, gobierno)	Respuesta relativamente mejor a antipsicóticos; la red simbólica M3 es el terreno donde intervenir terapéuticamente
Desorganizado / Hebefrénico	M1 mayor afectación frontal; M2 fragmentación severa de coherencia narrativa y regulación afectiva; M3 desconexión severa de convencionalismos	Pensamiento desorganizado, afecto inapropiado, conducta bizarra, hilaridad inmotivada	Coherencia narrativa-pragmática del lenguaje y regulación afectiva M2 fracturadas en sus fundamentos; M3 pierde función organizadora	Pronóstico funcional más adverso; terapias de estructura y rehabilitación cognitiva prioritarias; psicoeducación familiar crítica
Catatónico	M1 alteraciones en sistemas dopaminérgico-GABAérgico subcortical; M2	Estupor, mutismo, posturas fijas, obediencia automática o	Vectorialidad práctica M2 suspendida; el cuerpo M1 queda fuera	Benzodiazepinas y ECT en casos refractarios; no confundir con estado

	suspensión de la vectorialidad práctica; M3 figura del cuerpo como estatua o como automatismo	negativismo, ecopraxia	del control operatorio normal	vegetativo; estimulación sensorial estructurada
Residual	M1 estable; M2 déficit en iniciativa y planificación; M3 rol crónico de enfermo refuerza síntomas negativos	Pobreza del habla, aplanamiento afectivo, abulia, aislamiento social	Pérdida de vectorialidad práctica por M2 + estigma M3 que cierra oportunidades de ejercicio operatorio	Riesgo alto de cronificación institucional; intervención M3 antiestigma + recuperación de roles vitales es central
Simple (ICD-11)	M1 cambios lentos y progresivos; M2 declive gradual de todas las operaciones; M3 ausencia de episodio florido que active sistemas de diagnóstico y tratamiento	Empobrecimiento progresivo sin síntomas positivos claros, deterioro de funcionamiento social desde adolescencia	Declive de M2 en ausencia de señales de alarma M3; el sistema institucional falla en detectar la fractura porque no hay delirio ni alucinación visibles	Diagnóstico especialmente difícil; diferencial con trastorno de personalidad esquizoide; intervención temprana crucial pero tardía en la práctica

4. Etiología dialéctica: de la lista de factores a los bucles de retroalimentación (F3 resuelta)

Los manuales de psiquiatría presentan la etiología de la esquizofrenia como una lista: vulnerabilidad genética, ambiente prenatal, adversidades tempranas, consumo de cannabis, migración, urbanización, estrés psicosocial. Esta lista tiene el defecto de su virtud: es exhaustiva pero incausativa. Enumerar factores no es lo mismo que explicar cómo se articulan para producir el trastorno. El Materialismo Filosófico propone sustituir la lista por bucles de retroalimentación intermaterial: circuitos en los que M1 alimenta M2, M2 modifica M3, y M3 retroactúa sobre M1, en ciclos que se autoamplifican o se compensan según las condiciones del sistema.

4.1 Bucle de saliencia-amenaza

Entrada M1: hiperactividad dopaminérgica mesolímbica —documentada en estudios PET con raclopride— que produce experiencias de saliencia anómala: objetos, personas y eventos ordinarios adquieren una significación subjetiva intensa y urgente sin que haya razón contextual para ello. El mundo se vuelve denso de significado. Esta es la experiencia premórbida que Jaspers describió como «atmósfera delirante» o que Conrad llamó Trema.

Transformación M2: el sujeto necesita dar sentido a esa experiencia de significatividad excesiva. La atribución de agencia externa —hay alguien detrás de este significado— es la solución cognitiva que permite reducir la ansiedad de la saliencia sin anclaje. El delirio emerge como cierre narrativo M2 sobre una experiencia M1 que desborda los marcos ordinarios.

Codificación M3: el contenido específico del delirio es provisto por el marco institucional-normativo (M3) que organiza prácticas, normas y expectativas. En el siglo XIX, el persecuidor era el gobierno imperial o la Iglesia; en el XX era la CIA; en el XXI es la inteligencia artificial o los satélites. M3 no causa la saliencia, pero le da forma. Esta distinción es crucial: el delirio es M2 montado sobre M1 con materiales de M3.

Retroacción a M1: el delirio consolidado produce un estado de alerta crónica que mantiene elevada la actividad del eje hipotálamo-hipofiso-adrenal; el cortisol crónico

afecta la neuroplasticidad en hipocampo y córtex prefrontal, lo cual deteriora ulteriormente las operaciones M2 de monitorización y coherencia. El bucle se cierra y se autoamplifica.

Puntos de intervención: en M1 (antipsicóticos que modulan la transmisión dopaminérgica, reduciendo la saliencia anómala antes de que el delirio se consolide); en M2 (terapia cognitiva que ofrece marcos alternativos de atribución, debilitando la certeza delirante); en M3 (entornos relacionales que validen la experiencia del sujeto sin confirmar el contenido delirante, y que ofrezcan actividades de significación que compitan con el sistema delirante).

4.2 Bucle de agencia

Entrada M1: alteraciones en el sistema de predicción de consecuencias motoras, vinculadas a disfunción cerebello-parietal y frontal. El cerebro normalmente genera una señal de «efecto esperado» antes de que el movimiento ocurra; cuando esta señal predictiva falla, los propios movimientos parecen inesperados, es decir, no causados por uno mismo.

Transformación M2: el sujeto experimenta sus propios actos como realizados por otra entidad. Esta fractura de la agencia produce pasividad: el sujeto deja de reconocerse como origen de sus operaciones. La iniciativa se extingue no por pereza sino porque la experiencia de ser agente está severamente dañada.

Codificación M3: la figura del «controlador externo» —Dios, el diablo, una tecnología— es la narrativa M3 que articula la experiencia de pasividad. En contextos religiosos, el delirio de control puede adoptar formas de posesión; en contextos tecnológicos, de manipulación por algoritmos. Mismo mecanismo M2, diferente vestidura M3.

Retroacción a M1: la experiencia crónica de no ser agente reduce la activación de circuitos frontoestriatales vinculados a la motivación y la planificación. Los síntomas negativos —abulia, aplanamiento afectivo— emergen parcialmente como resultado de este bucle: el sujeto no inicia acciones porque la experiencia de ser el iniciador está dañada en M1 y M2 simultáneamente.

4.3 Bucle institucional-rol

Este bucle opera fundamentalmente en M3 con retroacciones sobre M2 y M1. Entrada M3: el primer episodio psicótico activa el sistema institucional —hospitalización, diagnóstico, medicación obligatoria. El sujeto entra en el rol de «paciente psiquiátrico» que M3 ha codificado con décadas de historia. Este rol incluye expectativas de incompetencia, dependencia crónica, necesidad de supervisión.

Transformación M2: el sujeto internaliza el rol. Las narrativas disponibles —«soy esquizofrénico, no puedo trabajar, no puedo mantener relaciones estables, debo tomar medicación de por vida»— se convierten en su identidad operatoria disponible. No es que el sujeto elija esta narrativa; es la única que M3 institucional le ofrece de forma coherente y continuada.

Retroacción a M1: la reducción de la actividad laboral, social y cognitiva vinculada al rol crónico produce deterioro de la neuroplasticidad. El cerebro no ejercitado pierde conectividad; los síntomas negativos se profundizan; la «esquizofrenia residual» puede ser, en parte, un artefacto del tratamiento institucional prolongado antes que una consecuencia necesaria de la biología.

Punto de intervención: la ruptura de este bucle exige intervención M3 (programas de empleo apoyado, antiestigma, recuperación de roles vitales) tanto como intervención M2 (reconstrucción narrativa de la identidad operatoria) y M1 (ajuste farmacológico que minimice efectos adversos sobre motivación y cognición). Los tres frentes son inseparables; atacar solo uno garantiza el fracaso.

5. Fenomenología operatoria de los síntomas

La distinción clásica entre síntomas positivos y negativos —útil para orientar el tratamiento farmacológico— no captura la estructura operatoria de la experiencia esquizofrénica. Lo que a continuación se propone no es un catálogo alternativo de síntomas sino una traducción de los síntomas conocidos al lenguaje de las operaciones fracturadas. El objetivo es clínico: si sabemos qué operación específica falla, podemos diseñar intervenciones más precisas.

5.1 Delirio: reorganización de sentido con cierre pragmático prematuro

El delirio no es un error de lógica. El paciente delirante razona a menudo con impecable coherencia interna; el problema no está en el razonamiento sino en las premisas que acepta como evidentes. Desde el marco operatorio, el delirio es una reorganización de sentido M2 que surge cuando la saliencia anómala M1 desborda los marcos M3 disponibles y el sujeto necesita producir urgentemente un cierre narrativo que dé cuenta de la experiencia.

El cierre pragmático es prematuro en dos sentidos: ocurre antes de que se hayan evaluado explicaciones alternativas, y se vuelve irrevisable una vez establecido. Esta irrevisabilidad —la característica clínica que distingue el delirio de la idea sobrevalorada o la creencia cultural— no es irracionalidad pura; es la consecuencia de que el delirio está cumpliendo una función de regulación de la ansiedad que lo vuelve funcionalmente necesario para el sujeto. Atacarlo frontalmente sin ofrecer un marco alternativo de significación suele fracasar: el sujeto defiende su delirio no por terquedad sino porque es lo único que hace tolerable la experiencia de saliencia sin anclaje.

5.2 Alucinación: percepción escindida del anclaje consensuado

La alucinación auditiva —experimentada por aproximadamente el 70% de los pacientes con esquizofrenia— es la forma más frecuente y más investigada. Desde el punto de vista operatorio, es el resultado de una fractura en la monitorización de fuente: el propio discurso interno, que normalmente el sujeto reconoce como «su voz interior»,

aparece como procedente del exterior y con cualidades perceptivas (timbre, localización espacial) que lo convierten en indistinguible de una percepción real.

Los estudios de neuroimagen funcional (Shergill et al., 2000) muestran activación de áreas auditivas primarias durante las alucinaciones verbales auditivas, lo que confirma que se trata de una experiencia perceptiva real para el sujeto y no de una «imaginación» o «simulación». La distinción, a menudo formulada torpemente como «¿usted sabe que las voces no son reales?», ignora que para el sujeto sí son reales en el único sentido relevante: las experimenta con la misma inmediatez y viveza que cualquier percepción externa.

El papel de M3 en la forma de las alucinaciones es notable. Las voces comentadoras o que ordenan conductas adoptan el lenguaje, el registro y los contenidos disponibles en el entorno cultural del sujeto. Un estudio transcultural (Luhmann et al., 2015) documentó diferencias significativas en el carácter de las voces entre sujetos de San Mateo (California), Chennai (India) y Accra (Ghana): los pacientes estadounidenses describían voces predominantemente violentas y amenazadoras; los de Ghana e India las describían con más frecuencia como familiares o incluso inofensivas. Mismo correlato M1, diferente codificación M3.

5.3 Desorganización: pérdida del encadenamiento hablar-inferir-actuar-corregir

El síntoma de desorganización formal del pensamiento es, en la práctica clínica, uno de los más discapacitantes para la vida cotidiana, y uno de los más difíciles de conceptualizar sin caer en metáforas. Operatoriamente, es la fractura del ciclo que normalmente conecta hablar (producir un enunciado), inferir (derivar consecuencias), actuar (orientar la conducta en función de esas consecuencias) y corregir (revisar cuando hay retroalimentación negativa del entorno).

Cuando este ciclo pierde coherencia, el sujeto produce enunciados que no tienen consecuencias inferibles para él mismo ni para el interlocutor. La comunicación no transmite información porque el código no es compartido: el sujeto habita un espacio semántico que M3 social no puede descifrar. La pobreza del habla —uno de los síntomas

negativos— puede entenderse como la respuesta adaptativa a esta fractura: si el intento de comunicar produce incomprensión y rechazo, reducir al mínimo la producción lingüística es una estrategia M2 de evitación del fracaso comunicativo.

5.4 Síntomas negativos: pérdida de vectorialidad práctica y amplificación por M3

La vectorialidad práctica —término tomado libremente del léxico del Materialismo Filosófico— designa la capacidad del sujeto de orientarse hacia objetos y metas del mundo con iniciativa sostenida. En la esquizofrenia, esta vectorialidad se pierde de forma progresiva: el sujeto no inicia, no anticipa, no planifica. Clínicamente, se describe como abulia, alogia, aplanamiento afectivo, anhedonia.

Lo que raramente se discute es el papel amplificador de M3 en estos síntomas. El entorno institucional y social que rodea al paciente diagnosticado de esquizofrenia reduce activamente las oportunidades de ejercicio operatorio: no se espera que trabaje, no se le ofrece trabajo; no se espera que mantenga relaciones íntimas estables, y las reacciones de otros al diagnóstico suelen confirmar esta expectativa. El estigma M3 no produce los síntomas negativos, pero los profundiza y los cronifica. Un sujeto cuya vectorialidad práctica ya está dañada M2 y M1 recibe adicionalmente el mensaje M3 de que su vectorialidad no es bienvenida ni necesaria. El resultado es la cronificación que a menudo se atribuye erróneamente a la «evolución natural» de la enfermedad.

6. Diagnóstico materialista: triple codificación y diferencial mínimo (F4, primera parte)

6.1 El principio de triple codificación

Un diagnóstico operatoriamente fundamentado no puede limitarse a verificar criterios M3 (DSM/ICD). Exige codificación simultánea en los tres planos. Esta codificación no es aditiva —tres listas de síntomas separadas— sino dialéctica: los hallazgos en cada plano modifican la interpretación de los otros.

Tabla 2. Diagnóstico materialista: triple codificación M1–M2–M3

Plano	Herramientas	Qué informa	Limitación
M1 (neurobiológico)	Neuroimagen estructural (RM), funcional (fMRI, PET), análisis genómico (polimorfismos DISC1, NRG1, COMT), bioquímica (prolactina, cortisol), EEG	Condiciones de posibilidad orgánica; descartar causa neurológica primaria; orientar ajuste farmacológico	No existen biomarcadores diagnósticos validados; la neuroimagen actual no distingue esquizofrenia de otras psicosis con fiabilidad clínica individual
M2 (psíquico-operatorio)	Entrevista fenomenológica estructurada (PANSS, BPRS) + entrevista de proceso (examen de operaciones: fuente, agencia, coherencia, intersubjetividad), pruebas neuropsicológicas (WCST, CPT, pruebas de teoría de la mente)	Qué operaciones están alteradas, en qué grado y con qué patrón; estado basal funcional	La entrevista es ella misma una operación M2–M3 que modifica el campo; sesgos culturales y lingüísticos del evaluador impactan los resultados

M3 (institucional-normativa)	Historia de vida institucional; análisis de narrativa autobiográfica; mapeo del entorno institucional y digital (familia, trabajo, redes digitales); historial de diagnósticos previos y tratamientos	Cómo M3 ha estructurado la experiencia del sujeto; qué recursos y restricciones institucionales y normativas están disponibles; riesgo de cronificación por rol	Riesgo de reducir al sujeto a su contexto; el análisis M3 no sustituye la evaluación M2 y M1
---------------------------------	---	---	--

6.2 Diagnóstico diferencial mínimo

El diagnóstico diferencial no es un ritual burocrático: es la operación intelectual que evita tratar la causa equivocada. Las siguientes distinciones son las más críticas en la práctica clínica.

Esquizofrenia vs. psicosis afectiva (trastorno bipolar con psicosis / depresión psicótica): la clave no es solo temporal (¿los síntomas afectivos y psicóticos se solapan o son independientes?) sino operatoria. En la psicosis afectiva, el contenido delirante suele ser congruente con el estado del ánimo (grandiosidad en manía, culpa o ruina en depresión); las operaciones M2 de monitorización de fuente y coherencia narrativa están relativamente preservadas fuera de los episodios. La distinción importa porque el litio y los estabilizadores del ánimo son el tratamiento M1 apropiado en la psicosis afectiva, mientras que los antipsicóticos en monoterapia son la primera línea en esquizofrenia.

Esquizofrenia vs. trastorno delirante: en el trastorno delirante, el sistema delirante es relativamente encapsulado; el funcionamiento M2 fuera del tema delirante está conservado. El sujeto puede mantener empleo, relaciones, coherencia narrativa en todos los dominios no contaminados por el delirio. No hay alucinaciones prominentes ni desorganización formal. Este patrón sugiere una fractura localizada de M2 (atribución) sin la fragmentación generalizada de la esquizofrenia.

Psicosis por sustancias vs. primer episodio psicótico: el cannabis de alta potencia (THC > 15%), las anfetaminas y la cocaína pueden producir psicosis agudas

indistinguibles clínicamente de un primer episodio esquizofrénico. La historia de consumo, la cronología (síntomas durante intoxicación/abstinencia), y la remisión tras cese del consumo orientan el diagnóstico. Sin embargo, el cannabis puede precipitar el primer episodio en sujetos con vulnerabilidad M1, de modo que la distinción no es siempre limpia: el cannabis puede ser el disparador M3 de un proceso M1 latente.

TEA vs. psicosis: el trastorno del espectro autista puede incluir experiencias perceptivas inusuales y dificultades severas de coordinación intersubjetiva. La distinción es M2: en el TEA, las dificultades intersubjetivas son constitutivas del desarrollo desde la infancia temprana, no son el resultado de una fractura respecto de un funcionamiento previo. En la esquizofrenia, hay un antes y un después operatorio; en el TEA, el patrón es continuo desde el origen.

Epilepsia temporal vs. psicosis: la epilepsia del lóbulo temporal puede producir experiencias perceptivas complejas (alucinaciones visuales, auditivas, olfativas), estados de despersonalización, creencias de referencia y automatismos conductuales. El EEG con telemetría es el instrumento M1 crítico. En la práctica, algunos pacientes reciben diagnóstico de esquizofrenia durante años antes de que un EEG confirme la causa epiléptica tratable. Este error ilustra el precio de no completar la codificación M1.

7. Tratamiento intermaterialista: tres frentes, un objetivo (F4 resuelta completamente)

El objetivo unificado del tratamiento es re-ancorar M2 —restablecer, en la medida posible, las operaciones de monitorización de fuente, atribución de agencia, coherencia narrativa y coordinación intersubjetiva— con apoyo M1 y reordenamiento M3. Ningún frente es suficiente por sí solo; la articulación dialéctica de los tres es la condición del éxito terapéutico sostenido.

7.1 M1: farmacología estratégica y neuromodulación

Los antipsicóticos de segunda generación —olanzapina, risperidona, quetiapina, aripiprazol— actúan fundamentalmente como antagonistas o agonistas parciales del receptor D2 de dopamina en el sistema mesolímbico, reduciendo la saliencia anómala. Su eficacia sobre síntomas positivos es robusta: la metaanálisis de Leucht et al. (2013) sobre 150 estudios controlados confirma que los antipsicóticos son significativamente superiores al placebo para síntomas positivos. Sobre síntomas negativos y cognitivos, la eficacia es más modesta, lo cual es esperable: si los síntomas negativos son parcialmente consecuencia del bucle institucional-rol (M3), su tratamiento no puede reducirse a M1.

Los efectos adversos de los antipsicóticos merecen una mención rigurosa porque son clínicamente relevantes y porque su subestimación contribuye a la baja adherencia: síndrome metabólico (olanzapina, quetiapina), acatisia, parkinsonismo farmacológico, disfunción sexual, sedación excesiva, hiperprolactinemia. La prescripción estratégica implica selección del fármaco según perfil de efectos adversos del paciente específico, dosis mínima eficaz y revisión periódica de la necesidad de continuación. La prescripción crónica sin revisión no es estratégica: es cronificación farmacológica.

Para casos refractarios —definidos por fracaso de dos antipsicóticos a dosis adecuadas durante tiempo suficiente— la clozapina sigue siendo el fármaco con mayor evidencia de eficacia, a pesar de su riesgo de agranulocitosis que exige monitorización hematológica regular. La estimulación magnética transcraneal (TMS) aplicada sobre el córtex temporoparietal izquierdo ha mostrado resultados prometedores en reducción de

alucinaciones refractarias en ensayos controlados (Hoffmann et al., 2003 —). La estimulación cerebral profunda está en fase experimental para casos de extrema refractariedad.

7.2 M2: terapias de re-anclaje operatorio

La terapia cognitivo-conductual para psicosis (CBTp) es la intervención psicológica con mayor soporte empírico en esquizofrenia. Su objetivo, desde el marco operatorio, es debilitar la certeza delirante ofreciendo marcos alternativos de atribución y entrenando al sujeto en la revisión de sus inferencias a la luz de evidencia. No es —o no debería ser— una corrección de las «ideas equivocadas» del paciente: es una colaboración para ampliar el repertorio operatorio de atribución de M2 sin atacar frontalmente la función regulatoria que el delirio cumple.

La reconstrucción narrativa de la identidad operatoria es un componente terapéutico que los enfoques cognitivos estándar suelen subestimar. El paciente que ha pasado por hospitalizaciones múltiples, que ha recibido el rol de «esquizofrénico crónico» de M3 institucional, necesita reconstruir una narrativa de sí mismo que incorpore la experiencia de la enfermedad sin quedar reducido a ella. La psicología basada en la recuperación (recovery-oriented approach) —que enfatiza la recuperación de roles vitales, la autodeterminación y el sentido de propósito— es operatoriamente equivalente a lo que el Materialismo Filosófico llama restauración de la vectorialidad práctica M2.

Los grupos de terapia estructurada, el entrenamiento en habilidades sociales y las intervenciones familiares (especialmente la reducción de la emoción expresada en el entorno familiar) actúan sobre la dimensión M2–M3 de la coordinación intersubjetiva. La alta emoción expresada —hostilidad, sobreimplicación emocional, crítica excesiva en el entorno familiar— es uno de los predictores más robustos de recaída (Brown et al., 1962, replicado en múltiples estudios posteriores —). Reducirla no es psicoeducación superficial: es intervención M3 con efectos M2 medibles.

7.3 M3: reintegración, antiestigma y redes de apoyo

El tratamiento M3 es el más descuidado en los sistemas de salud mental con orientación predominantemente biomédica. Incluye: programas de empleo apoyado

(Individual Placement and Support, IPS), que han demostrado tasas de inserción laboral superiores a los programas de formación prelaboral en múltiples ensayos (Burns et al., 2007 —); vivienda supervisada que proporciona estabilidad M3 sin cronificación institucional; intervención temprana en psicosis, que actúa sobre M3 antes de que el rol de «paciente crónico» quede consolidado; y campañas de antiestigma que modifican el entorno simbólico social en el que el paciente debe recuperar sus operaciones.

El antiestigma merece una reflexión más precisa. El estigma no es solo una cuestión de actitudes individuales: es una estructura M3 que organiza prácticas institucionales (empleadores que no contratan, jueces que presumen incompetencia, familias que reducen las expectativas) y que retroalimenta el bucle institucional-rol descrito en la sección 4. Su modificación requiere intervención en múltiples niveles M3: legislación antidiscriminatoria, formación de profesionales de salud, representación mediática no estereotipada y, fundamentalmente, protagonismo de los propios usuarios en la definición de sus derechos y necesidades.

7.4 Riesgos dialécticos del tratamiento

Todo tratamiento tiene el riesgo de convertirse en el problema que pretende resolver. La sobremedicación —dosis excesivas o polifarmacia sin indicación— convierte la intervención M1 en fuente de deterioro M2 (cognición, motivación) y M3 (dependencia, rol de enfermo medicado). La cronificación institucional —el hospital psiquiátrico de larga estancia como hábitat permanente— suspende el ejercicio operatorio M2 y consolida un M3 que hace imposible la recuperación. La terapia moralizante —que prescribe al sujeto cómo debe sentirse o qué debe valorar— ataca la autonomía M2 sin ofrecer andamiaje para que el sujeto construya su propio marco de sentido.

8. Caso clínico «Marco»: M3 digital como entorno de confirmación algorítmica (F5 resuelta)

8.1 Presentación y línea temporal

Marco (nombre cambiado, datos modificados para proteger la identidad) es un varón de 29 años, licenciado en ingeniería informática, sin antecedentes psiquiátricos previos, con historial de uso intensivo de internet desde los 14 años. Su madre describe un cambio gradual desde los 26: progresivo aislamiento social, abandono del trabajo remoto, inversión creciente de tiempo en foros especializados de tecnología y en videos de YouTube sobre inteligencia artificial y vigilancia digital.

A los 28 años comienza a describir experiencias de que sus pensamientos están siendo leídos por un sistema de IA que accede a su cerebro a través de ondas electromagnéticas emitidas por su teléfono móvil. Identifica patrones en anuncios publicitarios que interpreta como mensajes cifrados dirigidos específicamente a él. Cree que su comportamiento online es monitoreado y que la IA está construyendo un perfil de control sobre sus emociones. Seis meses después, en el contexto de una crisis de agitación y negativa a salir de su apartamento, ingresa por urgencias.

8.2 Análisis triaxial

M1: la evaluación neurobiológica muestra un perfil genético con polimorfismo COMT Val158Met homocigoto (asociado en parte de la literatura a diferencias en metabolismo dopaminérgico y sensibilidad al estrés) y neuroimagen con discreta hipofrontalidad en fMRI de tarea. No hay evidencia de epilepsia temporal, tumor o enfermedad neurológica. El consumo de cannabis, intenso entre los 16 y 22 años, puede haber actuado como precipitante M1. La evaluación dopaminérgica indirecta (respuesta a prueba de aripiprazol) sugiere hiperactividad mesolímbica.

M2: la evaluación de operaciones muestra fractura severa de monitorización de fuente —Marco no puede distinguir sus propios pensamientos de las «lecturas» que atribuye a la IA—, fractura grave de atribución de agencia —sus acciones son descritas como respuestas involuntarias a las señales del sistema—, coherencia narrativa

preservada dentro del sistema delirante (razona con rigor desde sus premisas), y coordinación intersubjetiva gravemente deteriorada —no puede comprender por qué su madre y su ex novia no perciben lo que él percibe, lo que interpreta como evidencia de que están también bajo control.

M3: el entorno digital algorítmico en el que Marco ha vivido durante años provee, de forma extraordinariamente sofisticada, los materiales con los que su delirio se construye. Los algoritmos de recomendación de YouTube y de foros como Reddit funcionan como lo que aquí denominamos Entorno de confirmación algorítmica: sistemas M3 que amplían exponencialmente la exposición del sujeto a contenidos coherentes con sus hipótesis previas, creando la ilusión de que el mundo confirma sus percepciones. Un usuario que busca «IA y vigilancia» recibe inmediatamente contenidos que amplifican esa narrativa; los algoritmos maximizan el engagement, no la verdad.

El concepto de Entorno de confirmación algorítmica designa un entorno M3 que no solo provee el vocabulario del delirio sino que actúa como aparato de retroalimentación positiva: cuanto más el sujeto habita el ecosistema, más confirmación recibe; cuanto más confirmación recibe, más lo habita. Es el correlato M3 del bucle de saliencia: lo que M1 produce como significatividad anómala, M3 digital lo amplifica con una maquinaria diseñada para ello, sin maldad pero con efectividad sistémica.

Indicadores operatorios para identificar un entorno de confirmación algorítmica (M3 digital)

Para no tratar “lo digital” como explicación vaga, proponemos indicadores trazables. Un entorno M3 digital actúa como confirmación algorítmica cuando se observan, de forma estable, **al menos 4 de 6**:

1. **Convergencia temática:** el feed tiende a reducir variedad y a reforzar un conjunto estrecho de hipótesis (p. ej. vigilancia/IA/control) pese a intentos de diversificación.
2. **Espiral de exposición:** incremento progresivo de intensidad (más extremo, más urgente) sin aumento proporcional de evidencia externa.

3. **Aislamiento epistémico:** sustitución de fuentes institucionales verificables por foros/creadores con circuitos cerrados de citación.
4. **Retroalimentación conductual:** búsquedas, clicks y tiempo de visualización correlacionan con aumento de convicción y con deterioro funcional (sueño, trabajo, vínculos).
5. **Ritualización de verificación:** el sujeto desarrolla “pruebas” internas (screenshots, patrones, señales) que solo tienen sentido dentro del ecosistema.
6. **Resistencia a la intervención:** la mera exposición al feed produce reactivación sintomática (rumiación, vigilancia, conductas de seguridad).

Estos indicadores no diagnostican esquizofrenia; acotan una condición M3 que puede **amplificar** saliencia anómala y sesgos atribucionales, y por tanto se vuelven dianas de intervención ambiental.

8.3 Intervención por niveles e indicadores de mejora

La intervención en M1 consistió en la introducción de aripiprazol 15mg/día, con ajuste a 20mg en la segunda semana ante respuesta parcial. A las cuatro semanas se observó reducción de la agitación y disminución de la intensidad de la convicción delirante (PANSS positivo: reducción del 40%). Sin embargo, Marco continuó describiendo las experiencias de control, aunque con menor certeza y con mayor capacidad de mantener conversación sobre ellas.

La intervención M2 se estructuró en sesiones de CBTp bisemanales. El terapeuta adoptó una postura de exploración no confrontacional: no negó las experiencias de Marco sino que trabajó con él para ampliar el repertorio de hipótesis explicativas. Gradualmente, Marco comenzó a distinguir entre «la IA accede a mis pensamientos» y «experimento algo que se parece a que la IA accede a mis pensamientos». Esta distinción lingüística M3 tiene consecuencias M2 significativas: abre espacio para la revisión sin demandar la renuncia total al sistema delirante que cumplía función de regulación.

La intervención M3 incluyó un trabajo específico sobre el uso digital: no prohibición —que habría reforzado la percepción de control— sino reestructuración del entorno digital. Con la colaboración de Marco, se analizó el funcionamiento de los algoritmos de recomendación (paradójicamente, su formación en ingeniería facilitó esta comprensión): entender cómo funciona M3 digital en términos no místicos sino técnicos contribuyó a debilitar la interpretación persecutoria. Se estableció un programa de recuperación de actividades laborales (empleo apoyado en programación, con jornada reducida).

A los seis meses, los indicadores de mejora mostraron: retorno parcial a actividad laboral (20 horas semanales), reducción de la convicción delirante (no su desaparición: Marco continúa con dudas), mejoría del sueño, recuperación de contacto con amigos previos, adherencia a tratamiento farmacológico. La coordinación intersubjetiva seguía siendo el déficit más resistente: Marco aún tenía dificultad para anticipar cómo sus interpretaciones eran recibidas por otros. El pronóstico a largo plazo requería continuación del soporte M3.

Atelier Velázquez

9. La institución psiquiátrica como estructura M3 de doble filo

Este apartado no es un manifiesto. Es el reconocimiento de que la institución psiquiátrica —el hospital, la consulta, el diagnóstico, el tratamiento obligatorio— es una estructura M3 que simultáneamente cura y controla, y que la negación de cualquiera de las dos funciones produce ceguera analítica. La antipsiquiatría tuvo el mérito histórico de señalar la segunda función; su error fue ignorar la primera. La psiquiatría biologicista tiene el mérito de desarrollar tratamientos M1 eficaces; su error es ignorar la segunda.

El diagnóstico psiquiátrico realiza al menos tres operaciones M3 simultáneas: (a) coordina las prácticas de los profesionales que intervendrán sobre el sujeto; (b) otorga acceso a recursos institucionales (prestaciones, tratamientos cubiertos, derechos legales); y (c) fija una identidad M3 que el sujeto debe habitar. La tercera operación es la más problemática: en el momento en que alguien recibe el diagnóstico de esquizofrenia, deja de ser «Marco el ingeniero con una crisis» y pasa a ser «Marco el esquizofrénico». Este cambio de identidad M3 no es neutral: tiene consecuencias para cómo los otros lo tratan, cómo él se trata a sí mismo, qué opciones vitales considera disponibles.

La medicalización —la expansión de la categoría médica sobre territorios de experiencia humana que antes no estaban medicalizados— es un proceso real y documentable. Pero no es un complot: es la consecuencia estructural de que los sistemas institucionales M3 operan con lógicas de simplificación. Un sistema de salud necesita categorías manejables; la riqueza operatoria de cada sujeto individual es, desde el punto de vista institucional, ruido a gestionar. El problema no es que existan categorías sino que las categorías se confundan con realidades ontológicas y que los sujetos sean tratados como instancias de su diagnóstico en lugar de como sujetos con una historia operatoria singular.

El rol de paciente crónico, una vez consolidado M3, retroalimenta los síntomas negativos por un mecanismo que no requiere ninguna hipótesis conspirativa: simplemente, un sujeto al que el entorno no le ofrece oportunidades de ejercicio operatorio pierde las operaciones que no ejercita. Esto es neuroplasticidad básica: use it

or lose it. El hospital de larga estancia no solo no cura; puede producir activamente el deterioro que luego atribuye a la enfermedad.

Atelier Velázquez

10. Conclusión: tres tesis y una apertura

El argumento de este ensayo ha recorrido cinco fricciones dialécticas. Vale la pena recoger sus resultados en tres tesis precisas, sin ornato.

Tesis ontológica

La esquizofrenia es un trastorno de la unidad operatoria del sujeto (M2), codeterminado estructuralmente por condiciones neurobiológicas (M1) y configuraciones **institucionales-normativas** (M3). No es una enfermedad del cerebro, no es una construcción social, no es una alteración del alma. Es una fractura en el tejido de operaciones que constituye al sujeto como agente situado: la monitorización de fuente, la atribución de agencia, la coherencia narrativa-pragmática y la coordinación intersubjetiva se fragmentan de modos específicos según el patrón de disociación M1–M2–M3 de cada caso. Esta tesis implica que no habrá biomarcador único que «descubra» la esquizofrenia, porque la entidad no reside en ninguno de los tres planos por separado sino en su relación dialéctica.

Tesis gnoseológica

El DSM-5 clasifica (M3) y esa función coordinadora es legítima e indispensable en la práctica clínica e investigadora. Pero la clasificación M3 no es comprensión ontológica. Comprender la esquizofrenia exige reconstrucción operatoria: identificar qué operaciones M2 están fracturadas, mediante qué bucles M1–M2–M3 se produjo la fractura, y qué patrones de disociación distinguen casos clínicamente relevantes. La psicología como ciencia β tiene los recursos metodológicos para avanzar en esta reconstrucción, siempre que evite las falacias HYP-MAT, HYP-FOR, NO-CIERRE y OP-AUSENTE. El déficit actual no es de datos sino de marco conceptual.

Tesis práctica

Tratar la esquizofrenia es re-anclar operaciones M2 con sostén somático M1 y reinserción institucional M3. Los antipsicóticos reducen la saliencia anómala M1 y crean las condiciones para que las operaciones M2 puedan estabilizarse; pero sin intervención M2 (terapia cognitiva, reconstrucción narrativa, entrenamiento en habilidades) y sin

intervención M3 (empleo apoyado, antiestigma, recuperación de roles vitales), el tratamiento farmacológico produce a lo sumo una psicosis silenciada, no un sujeto recuperado. Y un sujeto silenciado en su psicosis pero privado de vectorialidad práctica y de reconocimiento social es, en el mejor de los casos, una victoria médica y una derrota humana.

La apertura que deja el argumento no es un defecto: es el resultado honesto de un ensayo que ha intentado no prometer más de lo que puede dar. El entorno digital algorítmico (M3) que alimenta gramáticas delirantes contemporáneas —la fricción F5— es un terreno prácticamente inexplorado en la literatura clínica y filosófica. El caso de Marco no es una excepción: es una anticipación de lo que vendrá cuando los algoritmos de recomendación lleven dos décadas operando sobre poblaciones vulnerables. Eso exige investigación, no solo vigilancia. Y exige que la psicología como ciencia β no renuncie a su tarea de comprender las operaciones del sujeto en el campo, aunque ese campo se haya vuelto, como el mundo mismo, radicalmente más complicado.

Atelier Velázquez

Anexos

A. Glosario de términos técnicos

Término	Definición operatoria
M1 (materia corpórea)	Plano material neurobiológico: cerebro, sistema nervioso, neurotransmisores, genoma, neuroplasticidad. Condición de posibilidad somática de los actos psíquicos.
M2 (materia psíquica)	Plano de los actos psíquicos intencionales: percepciones, juicios, afectos, narrativas. El plano donde ocurren y se fragmentan las operaciones del sujeto.
M3 (materia institucional-normativa)	Plano institucional y normativo: lenguaje, normas, diagnósticos, roles, instituciones, dispositivos mediáticos y entornos digitales. No es un envoltorio cultural: codetermina qué operaciones M2 son posibles, cuáles se estabilizan y cuáles se bloquean.
Ciencia β	Tipo de ciencia en la que el sujeto operatorio pertenece materialmente al campo que investiga. La psicología es ciencia β porque el clínico es del mismo tipo ontológico que el paciente.
Sujeto operatorio	El agente que lleva a cabo las operaciones en el campo científico. En psicología, el clínico y el paciente son ambos sujetos operatorios dentro del campo.
Acto psíquico	Operación situada: función $a_i : E_i \times C_i \rightarrow R_i$, donde E es el estímulo, C el contexto (M1, M2, M3) y R el resultado operatorio. Unidad mínima del análisis psicológico materialista.
Identidad operatoria	Unidad práctica y narrativa que el sujeto construye a través de sus operaciones M2 situadas, reconocida institucionalmente por M3. No es sustancia ni alma: es proceso.
Anclaje	Relación de soporte funcional entre planos: M2 está anclada cuando sus operaciones se sostienen adecuadamente en M1 y reciben sentido de M3. La esquizofrenia es desanclaje de M2.
Saliencia anómala	Experiencia de significatividad excesiva producida por hiperactividad dopaminérgica M1. Objetos y eventos ordinarios adquieren urgencia de significado sin razón contextual.

Vectorialidad práctica	Capacidad del sujeto de orientarse hacia metas del mundo con iniciativa sostenida. Su pérdida constituye el núcleo operatorio de los síntomas negativos.
Entorno de confirmación algorítmica (M3 digital)	Entorno digital en el que los algoritmos de recomendación reducen diversidad de exposición y refuerzan hipótesis previas mediante retroalimentación (engagement), amplificando sesgos atribucionales y contenidos delirantes. No diagnostica por sí mismo; funciona como selector/amplificador M3.
Estigma	Estructura M3 que organiza prácticas institucionales y relacionales que reducen las oportunidades de ejercicio operatorio M2 de las personas diagnosticadas.
Rol de paciente	Forma M3 que el sistema institucional asigna al diagnosticado y que, al internalizarse como identidad operatoria M2, retroalimenta los síntomas negativos.
HYP-MAT	Hipóstasis de la materia: falacia que reduce la psique a M1 (neurobiología), ignorando M2 y M3.
HYP-FOR	Hipóstasis de la forma: falacia que reduce la realidad del trastorno al sistema formal de clasificación (DSM), ignorando M1 y M2.
NO-CIERRE	Ausencia de cierre categorial: teorías que mezclan planos M1/M2/M3 sin especificar las mediaciones operatorias.
OP-AUSENTE	Sujeto operatorio ausente: error que trata al paciente como objeto pasivo, ignorando su condición de sujeto con operaciones parcialmente conservadas.
CBTp	Terapia cognitivo-conductual para psicosis: intervención M2 que trabaja sobre los sesgos de atribución y la certeza delirante sin confrontación directa del contenido.
Cierre categorial	Criterio gnoseológico según el cual un campo alcanza cientificidad cuando estabiliza operaciones, términos e identidades con capacidad de predicción, intervención y control de errores. En psicología y psiquiatría, el cierre es típicamente mixto (M1–M2–M3) y debe explicitar mediaciones para evitar HYP-MAT y HYP-FOR.

B. Matriz síntoma → nivel dominante → intervención sugerida

Síntoma	Nivel dominante	Operación afectada	Intervención sugerida
Alucinaciones auditivas	M1 → M2	Monitorización de fuente	Antipsicótico (M1) + técnicas de externalización de voces en CBTp (M2) + validación en contexto relacional (M3)
Delirio persecutorio	M2 ← M1, M3	Atribución de agencia y saliencia anómala	Reducción dopaminérgica (M1) + ampliar repertorio atribucional en CBTp (M2) + entorno institucional y digital (M3)
Pensamiento desorganizado	M2 con base M1	Coherencia narrativa-pragmática	Ajuste farmacológico (M1) + terapia de estructuración del discurso (M2) + entornos de comunicación simplificada (M3)
Abulia / aplanamiento afectivo	M2 amplificado por M3	Vectorialidad práctica	Revisar antipsicótico (evitar sedación excesiva, M1) + activación conductual gradual (M2) + empleo apoyado, roles vitales (M3)
Aislamiento social	M2 + M3	Coordinación intersubjetiva	Entrenamiento en habilidades sociales (M2) + reducción de emoción expresada familiar (M3) + grupos de pares (M3)
Pobreza del habla	M2 + M3	Coherencia narrativa + vectorialidad	Diferencial con pseudopobreza por sedación (M1) + conversaciones estructuradas (M2) + entorno que demande y valore la comunicación (M3)
Delirio de control	M2 ← M1, M3 digital	Atribución de agencia	Antipsicótico (M1) + exploración técnica del delirio (M2) + psicoeducación sobre algoritmos digitales (M3)
Inserción de pensamiento	M2 ← M1	Monitorización de fuente	Antipsicótico (M1) + técnicas de defusión cognitiva (M2)

Síntomas catatónicos	M1 → M2	Suspensión vectorialidad motora	Benzodiazepinas / lorazepam IM (M1) + ECT si refractario (M1) + estímulos sensoriales estructurados (M2)
-------------------------	---------	---------------------------------------	---

Atelier Velázquez

C. Matriz subtipos → patrón M1/M2/M3 → implicación clínica

(Ver Tabla 1 en sección 3.2 — reproducida aquí en formato extendido)

Subtipo	Patrón M1	Patrón M2	Patrón M3	Pronóstico funcional	Prioridad clínica
Paranoide	Conservación relativa; hipersensibilidad mesolímbica	Delirios sistematizados; atribución externa; afecto conservado	Alta codificación simbólica del perseguidor; M3 digital frecuente	Mejor que otros subtipos con tratamiento	Antipsicótico ajustado + CBTp + entorno institucional y digital (M3)
Desorganizado	Afectación frontal significativa; pobre conectividad fronto-temporal	Fragmentación severa de coherencia narrativa y regulación afectiva	Desconexión de convencionalismos sociales; M3 no estructura la experiencia	Más adverso; mayor deterioro funcional	Rehabilitación cognitiva; estructura ambiental; psicoeducación familiar intensiva
Catatónico	Alteración GABAérgica-dopaminérgica subcortical	Suspensión vectorialidad práctica; cuerpo fuera del control operatorio	El cuerpo como figura M3: estatua o autómatas	Variable según respuesta a tratamiento	Benzodiazepinas urgentes; ECT en refractarios; no subestime riesgo vital
Residual	M1 estable; deterioro por desuso	Déficit de iniciativa; pobreza del habla; anhedonia	Rol de enfermo crónico consolida la pérdida de vectorialidad	Riesgo de cronificación	Ruptura del bucle institucional-rol; empleo apoyado; antiestigma activo
Simple (ICD-11)	Cambios graduales y sutiles; sin episodio agudo marcado	Declive continuo de operaciones desde adolescencia	Ausencia de señal de alarma; diagnóstico tardío por sistema M3	Generalmente adverso por detección tardía	Intervención temprana; vigilancia activa en adolescencia de riesgo

D. Auditoría anti-humo: dónde se cuelan las falacias y cómo el ensayo las evita

Esta sección no es una lista de virtudes del ensayo. Es una revisión crítica de los puntos donde la argumentación podría haber incurrido en las falacias que denuncia, y de las decisiones tomadas para evitarlo.

HYP-MAT: ¿en qué momentos se estuvo cerca del reduccionismo neurobiológico?

La sección sobre etiología dialéctica (sección 4) presenta datos neurobiológicos —hiperactividad dopaminérgica, hipofrontalidad, alteraciones en predicción motora— que, sin el marco dialéctico que los encuadra, podrían leerse como afirmaciones de que M1 causa la esquizofrenia. La decisión de insertar estos datos dentro de bucles de retroalimentación M1–M2–M3, y de especificar explícitamente que M1 es «condición de posibilidad» y no «causa suficiente», es la operación antifalacia. En la sección del caso Marco, la mención del polimorfismo COMT va acompañada de la precisión « en cohortes suficientes», evitando la reificación de un dato genómico en determinismo causal.

HYP-FOR: ¿en qué momentos el DSM pudo convertirse en ontología?

La tentación HYP-FOR es máxima en la sección de diagnóstico diferencial (sección 6.2), donde los criterios DSM son inevitablemente la referencia. La estrategia antifalacia fue sistemática: cada criterio DSM se traduce en términos operatorios (qué operación M2 distingue este cuadro de aquel), y la tabla de triple codificación (Tabla 2) expone explícitamente que la codificación M3/DSM es una de tres, no la única. La distinción entre «clasificar» y «comprender» se declara en la introducción de la sección y se mantiene como orientación de todo el apartado diagnóstico.

NO-CIERRE: ¿hubo mezclas de planos sin mediación explícita?

El riesgo de NO-CIERRE es mayor en las afirmaciones sobre etiología. Decir que «el estrés produce esquizofrenia» sería NO-CIERRE: mezcla un fenómeno M2/M3 (estrés, como evaluación cognitiva de una demanda) con un resultado M1 (cambios neuroendocrinos) sin especificar el mecanismo de tránsito. El ensayo evita esta

afirmación y la sustituye por la descripción del bucle específico: M3 (alta emoción expresada) → M2 (evaluación de amenaza) → M1 (activación de eje HPA) → M2 (deterioro de coherencia bajo estrés crónico). Cada flecha del bucle es un mecanismo postulado, no una afirmación vaga de relación.

OP-AUSENTE: ¿se trató al paciente como objeto pasivo?

La falacia OP-AUSENTE acecha especialmente en el caso clínico. El peligro es presentar a Marco como el recipiente pasivo de diagnóstico y tratamiento. La estrategia antifalacia: la intervención M2 se describe como colaborativa (el terapeuta trabaja con Marco, no sobre Marco); la intervención M3 incluye la participación de Marco en el análisis de los algoritmos digitales, aprovechando su competencia técnica; los indicadores de mejora incluyen «adherencia a tratamiento» como indicador de agencia activa del sujeto, no solo como cumplimiento de prescripción. Marco sigue siendo, a pesar de su trastorno, un sujeto operatorio con operaciones parcialmente conservadas que el tratamiento debe movilizar, no suplantar.

Atelier Velázquez

ANEXO TÉCNICO E — Dianas terapéuticas y programa de investigación generativo derivado del marco M1–M2–M3 (más allá del caso «Marco»)

E.1 Por qué existe este anexo

El capítulo 7 resume con precisión las guías clínicas internacionales (M1 farmacológico, M2 psicoterapias/rehabilitación, M3 apoyo social e institucional). Eso es necesario, pero no basta para pasar la “prueba dura” de un marco teórico en psicopatología: **producir nuevas dianas terapéuticas y nuevas preguntas de investigación.**

Este anexo convierte el marco M1–M2–M3 en un **motor generativo**, proponiendo:

1. **Dianas M2 específicas** (operaciones concretas) que pueden entrenarse.
2. **Intervenciones M3** formuladas como ingeniería institucional/ambiental (no como moralina).
3. **Predicciones falsables** y diseños de investigación que separen “qué funciona” de “qué suena bonito”.
4. Una **hoja de ruta clínica** para el paciente “promedio” (no solo para el caso Marco).

E.2 Principio rector: del “síntoma” a la “operación diana”

En lugar de tratar la esquizofrenia como un conjunto de síntomas (lista), el marco M1–M2–M3 permite mapear **síntomas** → **operaciones M2 alteradas** y por tanto diseñar intervención como “reparación” o “compensación” operatoria.

Regla de traducción clínica (M2):

Cada síntoma relevante debe corresponder a (a) una **operación** entrenable o compensable, (b) un **mecanismo de estabilización** (bucle $M1 \leftrightarrow M2$ o $M2 \leftrightarrow M3$), y (c) una **medida** observable (tarea, conducta o traza institucional).

E.3 Seis dianas terapéuticas nuevas (M2) derivadas del marco

(No sustituyen lo existente: lo reorganizan y lo vuelven más dirigible.)

Diana M2-1: Monitorización de fuente (interno/externo) como habilidad entrenable

- **Hipótesis:** parte de los síntomas positivos se mantienen por fallas sistemáticas en atribuir “de dónde viene” una representación (pensamiento, imagen, voz).
- **Intervención propuesta (nueva hoja de ruta): Entrenamiento de monitorización de fuente** en micro-dosis, con tareas de discriminación +

reatribución guiada + “protocolos de duda útil” (no debate del contenido delirante, sino entrenamiento de clasificación).

- **Indicadores:** desempeño en tareas de source monitoring + disminución de convicción automática + reducción de conductas de seguridad.

Predicción falsable: si mejora la monitorización de fuente, bajan al menos 2 de: intensidad de voces, externalización de agencia, conductas de seguridad.

Diana M2-2: Atribución de agencia y “propiedad del acto”

- **Hipótesis:** el sujeto pierde estabilidad en la atribución “yo hice/yo pensé/yo quise”.
- **Intervención propuesta:** protocolo breve de **reconstrucción de agencia:**
 - ejercicios de “microdecisión” (decidir-acto-evaluación),
 - “anclajes corporales” (M1→M2: respiración/propiocepción) para reducir ruido,
 - diario de agencia: “qué hice yo / qué pasó / qué hice después”.

Predicción falsable: aumento de conductas propositivas + reducción de relatos de control externo.

Diana M2-3: Vectorialidad práctica (romper el colapso de acción en síntomas negativos)

Aquí está lo más útil para el paciente promedio: no solo “motivación baja”, sino **colapso de encadenamientos operativos**.

- **Hipótesis:** los síntomas negativos se estabilizan cuando la cadena *percibir* → *planear* → *actuar* → *corregir* se rompe y el sujeto pierde “vector” (dirección).
- **Intervención propuesta (nueva hoja de ruta): ingeniería de encadenamientos:**
 - objetivos microscópicos (1–3 acciones)
 - feedback inmediato
 - recompensas M3 explícitas (no “motivación interna” abstracta)
 - escalamiento semanal (carga progresiva).

Predicción falsable: mejora funcional (rutina, autocuidado, interacción) aunque persistan síntomas residuales.

Diana M2-4: Saliencia anómala → “regulación de relevancia”

- **Hipótesis:** cuando todo “se siente relevante”, el pensamiento se vuelve interpretativo y paranoide.
- **Intervención propuesta:** protocolo de **regulación de relevancia:**
 - entrenamiento atencional por ventanas (qué atender / qué ignorar)
 - “etiquetado de intensidad” (0–10) + demora de interpretación (esperar antes de explicar)
 - reducción de saturación sensorial (M3 ambiental).

Predicción falsable: disminución de interpretaciones persecutorias por reducción de sobresalto y rumiación.

Diana M2-5: Coherencia narrativa mínima (sin exigir “gran historia”)

- **Hipótesis:** desorganización no es solo “habla rara”; es incapacidad de mantener una coherencia pragmática suficiente para coordinarse con otros.
- **Intervención propuesta:** **narrativa mínima funcional:**
 - “tres frases” (qué pasó / qué hice / qué haré)
 - entrenamiento de turnos conversacionales
 - corrección suave (no confrontación).

Predicción falsable: mejora de comunicación y reducción de fricción interpersonal, incluso sin “insight” total.

Diana M2-6: Metacognición operativa (duda útil sin colapsar)

- **Hipótesis:** el problema no es “creencia rara”, es incapacidad de sostener duda regulada sin ansiedad extrema.
- **Intervención propuesta:** **metacognición como habilidad de tolerancia a ambigüedad:**
 - dos hipótesis paralelas (A/B)
 - chequeos conductuales mínimos
 - “si... entonces...” pragmático.

Predicción falsable: reducción de conductas de comprobación y de rigidez delirante.

E.4 Tres intervenciones M3 nuevas (ingeniería institucional para el paciente promedio)

Aquí está la extensión de tu potencia “Marco” al resto: M3 no es solo apoyo social; es **diseño de selectores**.

M3-1: Contrato de realidad institucional (CRI)

Un protocolo simple con familia/servicios: reglas de interacción para evitar bucles patógenos.

- Evita confrontación del contenido delirante.
- Prioriza: sueño, rutina, medicación, exposición ambiental.
- Define “señales rojas” y “pasos automáticos”.

Medida: menos crisis por conflicto doméstico + mejor adherencia.

M3-2: Rutina con selectores explícitos (RSE)

No “hábitos”; una arquitectura con consecuencias claras.

- horarios fijos
- tareas micro
- recompensas reales (M3: acceso a actividades/recursos)
- reducción de demandas caóticas

Medida: funcionamiento diario y reducción de recaídas.

M3-3: Reducción de fricción institucional (RFI)

En esquizofrenia, muchas recaídas son M3 puro: burocracia, estigma, abandono, caos de servicios.

- “navegador” o “gestor de caso”
- simplificación de citas
- continuidad de equipo
- intervención laboral apoyada

Predicción falsable: menos reingresos, más estabilidad a 6–12 meses.

E.5 Un algoritmo clínico nuevo (accionable) para el paciente promedio

Esto es la “hoja de ruta” que te pedían.

Paso 0 — Triangulación M1–M2–M3 (2 semanas):

- M1: sueño, medicación, sustancias, estrés somático.
- M2: escoger **2 dianas** de las seis (no más).
- M3: identificar **un bucle estabilizador** (familia/servicio/rutina/entorno).

Paso 1 — Estabilización (4–8 semanas):

- M1: ajuste farmacológico + sueño.
- M2: entrenamiento breve de las 2 dianas (10–20 min diarios, 3–5 días/semana).
- M3: implementar CRI o RSE (uno, no ambos al inicio).

Paso 2 — Funcionalidad (8–16 semanas):

- M2: incorporar vectorialidad práctica + narrativa mínima.
- M3: empleo apoyado/actividad estructurada (selector de vida real).

Paso 3 — Prevención (3–12 meses):

- mantener 2 dianas M2 como “fisioterapia mental”
- RFI (continuidad institucional)
- señales tempranas + plan automático

Resultado esperado: no “curación total”, sino **reducción de crisis + aumento de funcionamiento + disminución de sufrimiento.**

E.6 Preguntas de investigación generadas por el marco (listas para tesis/paper)

1. **¿Qué dianas M2 predicen mejor respuesta funcional?** (vectorialidad práctica vs monitorización de fuente)
2. **¿Qué intervención M3 produce mayor estabilidad a 12 meses?** CRI vs RSE vs RFI.
3. **¿Qué combinación mínima M1–M2–M3 reduce recaídas más que tratamiento estándar?**
4. **¿La mejora en tareas de fuente/agencia media la reducción de síntomas positivos?**
5. **¿Qué perfiles clínicos se benefician más de “narrativa mínima” que de CBTp estándar?**
6. **¿Cómo varía el efecto de M3 institucional según precariedad, familia, empleo apoyado?**
7. **¿Se puede operacionalizar “fractura operatoria” como índice longitudinal?** (medidas repetidas).

E.7 Falsadores: cómo evitar que esto sea “refundación bonita”

Este anexo propone dianas. Para que no sea literatura, fija criterios de caída:

- Si entrenamientos de fuente/agencia **no** cambian desempeño en tarea ni síntomas, la hipótesis M2-1/M2-2 debe revisarse.

- Si CRI/RSE/RFI **no** reduce reingresos vs tratamiento usual, la tesis de selector M3 como palanca principal queda debilitada.
- Si la “vectorialidad práctica” no mejora funcionamiento, entonces hay que revisar el supuesto de que síntomas negativos son principalmente ruptura de encadenamientos.

E.8 Cierre del anexo

El valor del marco M1–M2–M3 no es solo criticar al DSM o explicar la enfermedad: es convertir clínica en **diseño de operaciones** (M2) y **diseño de selectores institucionales** (M3). Este anexo formaliza esa potencia generativa en un programa replicable y discutible.

Atelier Velázquez

Bibliografía

Fuentes primarias — Gustavo Bueno

Bueno, G. (1972). *Ensayos materialistas*. Taurus.

Bueno, G. (1982). *Psicoanalistas y epicúreos: Ensayo de introducción del concepto antropológico de heterías soteriológicas*. *El Basilisco*, 13, 12–40.

Bueno, G. (1991). *Primer ensayo sobre las categorías de las ciencias políticas*. Cultural Rioja.

Bueno, G. (1996). *El sentido de la vida*. Pentalfa.

Bueno, G. (2016). *El Ego trascendental*. Pentalfa / Fundación Gustavo Bueno.

Fuentes secundarias — Psiquiatría y psicología clínica

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). APA Publishing.

Blakemore, S. J., Wolpert, D., & Frith, C. (2000). *Why can't you tickle yourself?* *NeuroReport*, 11(11), R11–R16.

Burns, T., Catty, J., Becker, T., Drake, R. E., Fioritti, A., Knapp, M., ... & EQOLISE Group. (2007). *The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: A randomised controlled trial*. *The Lancet*, 370(9593), 1146–1152.

Frith, C. D. (1992). *The cognitive neuropsychology of schizophrenia*. Lawrence Erlbaum Associates.

Hoffmann, R. E., Hawkins, K. A., Gueorguieva, R., Boutros, N. N., Rachid, F., Carroll, K., & Krystal, J. H. (2003). *Transcranial magnetic stimulation of left temporoparietal cortex and medication-resistant auditory hallucinations*. *Archives of General Psychiatry*, 60(1), 49–56.

Jaspers, K. (1993). *Psicopatología general* (R. O. Saubidet & D. A. Santillán, trads.). Fondo de Cultura Económica. (Obra original publicada en 1913).

Leucht, S., Cipriani, A., Spineli, L., Mavridis, D., Örey, D., Richter, F., ... & Davis, J. M. (2013). *Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: A multiple-treatments meta-analysis*. *The Lancet*, 382(9896), 951–962.

- Luhrmann, T. M., Padmavati, R., Tharoor, H., & Osei, A. (2015). Differences in voice-hearing experiences of people with psychosis in the USA, India and Ghana: Interview-based study. *British Journal of Psychiatry*, 206(1), 41–44.
- Shergill, S. S., Brammer, M. J., Williams, S. C., Murray, R. M., & McGuire, P. K. (2000). Mapping auditory hallucinations in schizophrenia using functional magnetic resonance imaging. *Archives of General Psychiatry*, 57(11), 1033–1038. []
- World Health Organization. (2022). ICD-11 for mortality and morbidity statistics. WHO. Recuperado de <https://icd.who.int/>

Fuentes complementarias — Filosofía y epistemología

- Conrad, K. (1958). *Die beginnende Schizophrenie*. Thieme.
- Deacon, B. J. (2013). The biomedical model of mental disorder: A critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clinical Psychology Review*, 33(7), 846–861. []
- Schneider, K. (1959). *Clinical psychopathology* (M. W. Hamilton, trad.). Grune & Stratton. (Obra original publicada en 1946).
- Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(2), 103–126.
- *Imagen de la portada: Blake, W. (1795–c. 1805). *Nebuchadnezzar* [Colour print, ink and watercolour on paper]. Tate.