

Original

Análisis lógico de los estadios iniciales de la esquizofrenia

JOSÉ MANUEL GARCÍA ARROYO

JOSÉ MANUEL GARCÍA ARROYO
Médico Psiquiatra.
Departamento de Psiquiatría,
Facultad de Medicina de Sevilla.
Universidad de Sevilla,
España.

En este trabajo pretendemos estudiar mediante la lógica formal lo que sucede en los primeros momentos de la organización del delirio en los esquizofrénicos. Los autores clásicos informaron que se trataba de momentos de especial incertidumbre y angustia para el paciente y lo denominaron «humor delirante». Al mismo tiempo, observaron que cuando aparecía el delirio, se producía un gran consuelo para el afectado, pero era el comienzo de una larga enfermedad. Para este menester contamos con los pacientes que ingresaron en la Unidad de Psiquiatría del Hospital «Virgen Macarena» y que iniciaban un brote psicótico (total: 20 sujetos). Descubrimos entonces que la forma lógica predominante en estos estadios clínicos es la «función proposicional» que tiende, a lo largo del proceso, a la oclusión de su variable, en cuyo caso se obtienen «proposiciones». Este cierre no se produce de forma casual, sino que muestra unas leyes que aquí se estudian. El resultado final no es nada alentador ya que se llega a fórmulas en las que existe un «error lógico» patente que condiciona al sujeto y le encadena a ese error sin poder escapar de él. Podemos decir que el esquizofrénico, intentando remediar un problema, llega a otro que es mucho peor que el anterior y ahí precisamente hemos descubierto una «lógica interna» dentro de la misma sinrazón.

Palabras claves: Delirio – Humor delirante – Función proposicional – Lógica formal – Proposición.

Logical Analysis of the Initial Stages of Schizophrenia

Our intention, in this article, has been to study through logic what is occurring during the initial stages of delusional organization in schizophrenics. Classical authors noticed there were moments in which the patients suffered from a special uncertainty and anguish which they identified as “delusive humour”. At the same time, they observed, that when the delirium appeared, a great relief was produced in the affected person but it was the beginning of a long illness. For this task we have the collaboration of patients admitted to the Psychiatric Unit of the Hospital “Virgen Macarena” who started a psychotic outbreak (total: 20 subjects). We then discovered that the predominant logical form in these clinical stages is the “propositional function” which tends, throughout the process, to the obstruction of its variable, in which case “propositions” are obtained. This closure does not occur by chance, but shows some rules which are studied here. The ultimate result is not encouraging since it moves towards formulas in which there is an obvious “logical error” that influences the person and submits him to that error with no escape. We can say that schizophrenics, when trying to remedy the problem, run into another which is much worse than the previous one. And it is precisely there that we have discovered an “inner logic” within the same unreason.

CORRESPONDENCIA
Dr. José Manuel García Arroyo.
C/ Luis Montoto nº 83, 3º C,
41.018. Sevilla, España;
jmgarroyo@us.es

Keywords: Delusion – Delusive humour – Propositional function – Formal logic – Proposition.

Introducción

Los estudios sobre el inicio de los delirios han sido frecuentes entre los psicopatólogos clásicos, sobre todo en la esquizofrenia dónde estos fenómenos casi nunca surgen de una forma acabada. Ciertamente en esta enfermedad, antes de la aparición de la «conciencia anormal de significación» que es el delirio para Jaspers [20] y que nunca falta totalmente en estos pacientes [8], es característico hallar una serie de acontecimientos psicopatológicos que se entienden como un estado premorbo. En este sentido se pronuncia Clerambault [9] al afirmar que, en el momento en que aparece el delirio, la psicosis es ya vieja.

El primer autor en destacar que el delirio del esquizofrénico surge al calor de sentimientos y pasiones especiales fue Hagen, quién en 1870 llamó a este estado afectivo particular «humor delirante» (*Wahnstimmung*) [19]. A partir de entonces, tales sucesos clínicos fueron estudiados sistemáticamente por numerosos teóricos, resultado de lo cuál fue la aparición de sucesivas descripciones y de otras tantas denominaciones para referirse al mismo problema, entre las que destacan: «temple delirante» (Jaspers) [20], «esquizoforia» (López Ibor) [22], «humor predelirante» o «predelirio» (Alonso Fernández) [2] o «estado predelirante» (Berrios) [3].

A pesar de tratarse de manifestaciones clínicas ampliamente estudiadas y prácticamente constantes en la enfermedad no siempre pueden reconocerse, por razones diversas: los médicos no las investigan, la severidad del delirio tiende a enmascararlas, han cesado cuando el paciente llega al hospital, este no muestra demasiado interés en rememorarlas, etc. En cualquier caso, como indica Berrios [3], el estado predelirante se ha vuelto invisible para el diagnóstico lo que contrasta con su constancia, puesto que no hay un caso de esquizofrenia incipiente en el que falte totalmente [8].

En cuanto a cómo se experimenta este estado, podemos decir que se trata de algo completamente nuevo y desconocido en la vida del enfermo [22], de forma que no sabe exactamente qué le sucede, mostrando un afecto vago e indeterminado mezcla de temor e incertidumbre, a menudo con un carácter

sinistro y amenazador. Se aproxima bastante a la experiencia de angustia, de ahí que algunos autores lo describan como «angustia perpleja». Conrad [8] lo compara al estado de tensión del actor antes de salir a escena y emplea el término «trema» tomado del argot teatral, a la vez que desecha la denominación de «estado prodrómico».

Este momento particular de indeterminación, tan sumamente molesto y desconcertante para el paciente, tiende a concretizarse en el delirio y, cuando así sucede, se queda bastante más tranquilo. Jaspers [1] explica que el temple delirante sin un contenido determinado resulta insoportable de mantener indefinidamente y que la obtención de contenidos delirantes concretos representa una ganancia y un alivio.

Por otro lado, el «humor delirante» se acompaña de vivencias características que se consideran precursoras de las «percepciones delirantes» y las «ocurrencias delirantes» [2]. Así, las primeras de ellas tienen su antecedente en la «conciencia de vaga significación» (el entorno se refiere al paciente pero sin precisar en qué sentido) y en la «vivencia de lo puesto» (todo está preparado expresamente para él). Respecto a las «ocurrencias delirantes» se asocian a los «presentimientos vagos» (algo terrible puede ocurrir) y a las «oscuras sospechas» (existe algo oculto que podría descubrirse). Cualquiera de estas experiencias tiene la característica de ser vivida como impuesta y no como producto íntimo (o perteneciente al «yo») y su aparición supone el despunte de los fenómenos delirantes, en donde confluyen las manifestaciones predelirantes, hablándose entonces de «concreción delirante» [20]. La tabla 1 muestra las definiciones clásicas de estas manifestaciones psicopatológicas.

En este artículo pretendemos analizar lógicamente el recorrido que hace el paciente desde los momentos iniciales hasta la concreción delirante, en la que cesa toda ambigüedad y se produce el conocimiento «certero» de cuánto sucede. Esta pretensión es factible ya que en nuestras consultas recogemos expresiones verbales que resultan características y son susceptibles de ser analizadas. Para ello,

Tabla 1. Definición de las distintas manifestaciones psicopatológicas de los primeros estadios de la esquizofrenia

Manifestaciones	Definiciones
Percepción delirante	Atribución de un significado anormal a una percepción real, sin que exista una relación comprensible entre ambos elementos.
Ocurrencia delirante	Certeza súbita por la que se adquiere un conocimiento evidente de un hecho consensualmente falso.
Humor delirante	Estado afectivo previo a la aparición del delirio, vivido como angustia perpleja y cognitivamente como indefinición o incertidumbre.
Conciencia de vaga significación	Los objetos contienen una significación referida al paciente que resulta indescifrable
Vivencia de lo puesto	Lo que ocurre fuera está preparado para el paciente, con una finalidad aún indeterminada.
Presentimientos vagos	Algo terrible puede suceder pero no sabe a ciencia cierta de qué se trata.
Oscuras sospechas	Algo que se oculta tras las apariencias podría desvelarse, pero no se materializa en nada concreto.
Concreción delirante	Los pensamientos indefinidos quedan determinados en la afirmación delirante, despejando las incógnitas anteriores y provocando un alivio evidente.

contamos con ciertos elementos de análisis que en lógica reciben el nombre de «funciones proposicionales». Se trata de un concepto creado por Frege en su obra *Grundgesetze der Arithmetik*, publicada entre 1893 y 1903 [12], y desarrollado por Whitehead y Russell en *Principia Mathematica* [34]. El concepto toma posteriormente cierto auge entre los lógicos, pasando a denominarse de diferentes modos: «matriz sentencial» (Quine) [28], «forma proposicional» o «forma sentencial» (Langer, Sheffer) [21, 31], «enunciados abiertos» o «funciones de nombres» (Deaño) [10] o «función enunciativa» (Menne) [25].

Los autores que plantearon este concepto cultivaron las matemáticas y la lógica al mismo tiempo y el resultado de esta fructuosa unión fue la aplicación del lenguaje simbólico propio de las matemáticas a la «lógica clásica» (o «aristotélica»), dando origen a la «lógica formal». Además, posibilitó el desarrollo en el seno de la lógica del concepto matemático de «función» que, en el sentido de Carnap [7], se entiende como una «expresión con variables libres», que ha tenido una notable influencia en el concepto de «función proposicional» e incluso en el desarrollo de la moderna lingüística.

La aplicación de las «funciones proposiciona-

les» a la clínica de la esquizofrenia permite, como veremos, un mejor conocimiento de los momentos iniciales de la enfermedad, que son difíciles de pensar tanto para pacientes como para médicos. Se trata de un asunto que tiene gran interés para el clínico, ya que uno de los temas más actuales en nuestra especialidad es el diagnóstico precoz de la esquizofrenia [33, 18, 32] y, sobre todo, la detección de sus manifestaciones tempranas con suficiente validez y fiabilidad, lo que permitiría tratar al paciente antes y mejor [6, 16, 5, 11, 1, 24, 17, 4].

Material y método

Como material vamos a emplear las expresiones verbales de pacientes diagnosticados de esquizofrenia, según criterios de la CIE-10 [26], y que fueron estudiados mientras permanecían ingresados en la Unidad Psiquiátrica de Agudos del Hospital Universitario «Virgen Macarena» de Sevilla (total: 20 casos). Estos sujetos, de edades comprendidas entre los 18 y 35 años, se hallaban en los comienzos de la enfermedad o bien, una vez iniciada ésta, pudieron rememorar (a veces con cierto esfuerzo) las experiencias de los primeros momentos. Para la investigación hemos seguido las correspondientes reglas éticas, a saber: anonimato,

privacidad y consentimiento.

A continuación presentamos los ejemplos más emblemáticos, con sus correspondientes frases:

Caso 1. Varón, 20 años. «Pasa algo, dígame qué es lo que pasa». «No lo sé, pero pasa algo». Un día tuvo la impresión de que lo vigilaban para hacerle daño por estar tan solo.

Caso 2. Mujer, 29 años. Recuerda su primer brote, que comenzó justo después de que el novio la abandonara (con 20 años): «Tenía mucho miedo y estaba como descentrada. Pensaba que algo estaba ocurriendo a mi alrededor. No comprendía nada». «Luego empecé a pensar cosas muy raras con la gente, que me espiaban y tenía mucho miedo».

Caso 3. Varón, 22 años. El padre se refiere a los comienzos del cuadro de su hijo, ya que éste no quiere hablar de ello: «Empezó a preguntar qué ocurría en casa, decía que algo raro pasaba, pero él no lo sabía y quería que se lo dijéramos nosotros. Se quedaba de pronto parado y no entendíamos nada. Luego empezó a decir tonterías: que lo queríamos envenenar y que yo vendía droga».

Caso 4. Varón, 19 años. Afirmaba muy alterado: «Va a ocurrir algo importante y no sé qué es». Después, dijo que la gente estaba pendiente de él y lo miraba mal porque no salía de casa y no se aseaba.

Caso 5. Mujer, 21 años. «Está ocurriendo algo, pero no sé qué es». «No consigo saber qué pasa». «Como si fuera a ocurrir algo, pero no sé qué». Más tarde: «Descubrí que me iban a asesinar y salí corriendo».

Caso 6. Varón, 21 años. «Los coches paran cuando pasan por mi lado, no sé por qué es esto». «En la calle la gente va más despacio, eso quiere decir que pasa algo ¿no cree usted? No se quede callado y dígame algo». En otro momento, dice: «Vi un coche de televisión y me vino a la mente: ya está, me están viendo por televisión».

Caso 7. Varón, 19 años. «Me asomé a la ventana y vi al vecino en su casa, se movía de un lado para otro, ¿qué raro?» «Un conocido pasaba por la calle ¿por qué será?» «Un perro ladraba a intervalos, ¿qué querrán decir todas estas cosas?» «Este paraguas aquí (cerca del dormitorio), no entiendo por qué». Más tarde, el perro del vecino se concretizó en: «el perro ladrando, es mi muerte segura».

Caso 8. Varón, 20 años. «Vi a un vecino que jamás sale de su casa ¿verdad que es extraño?» «En la calle me encontré dos veces con el mismo tipo con un gorro, hoy en día nadie lleva un gorro tan feo como ese, algo está tramando». Al día siguiente empezó a llover y el agua de la calle era roja (debido a la tierra), dijo el paciente: «Está claro, van a derramar mi propia sangre».

El método que utilizamos consta de tres pasos sucesivos:

a) *Registro fiel de las expresiones verbales de los pacientes.* Para obtenerlas hemos empleado el «método de abordaje de la subjetividad» (MAS), que ha mostrado resultados positivos en la investigación con distintas patologías (hipocondría, distimias, dismenorreas, dolor, etc.) [14, 15]. Este procedimiento cualitativo se sirve de entrevistas no-directivas, en las que el paciente puede expresar cuanto quiera en un clima tranquilo, sin presiones y exento de críticas. Las preguntas son de carácter abierto y se supone que, ayudando al esquizofrénico a desplegar espontáneamente la palabra, puede contar qué le sucede realmente.

La clave es la escucha atenta y desprejuiciada por parte del investigador; quiere decir que este último debe dejar de lado cualquier aspecto que no sea pertinente a la propia tarea (preocupaciones, creencias personales, juicios de valor, etc.), actitud que hemos llamado «descontaminante» [14, 15]. Actuando así, es posible registrar un material no influido por el investigador, que refleja de modo fiel aquello que el paciente está experimentando. Dado que el número de entrevistas realizadas fue numeroso, tuvimos la oportunidad de recoger bastantes frases, que fueron registradas textualmente en papel para su posterior clasificación y análisis.

Evidentemente, no todo lo dicho en la consulta puede considerarse un material valioso para el estudio, pues los pacientes producen abundante material (verbal) de desecho, debido a razones diversas: quejas, justificaciones, frases escuchadas antes, peticiones, etc. (expresiones verbales «tipo II»). Entre tanto, se registran otras fórmulas referidas directamente al problema investigado (expresiones verbales «tipo I») y que aportan la clave del mismo [14, 15].

Una particularidad de la presente investigación, que la diferencia de otras que hemos realizado y la hace más compleja, consiste en que las frases registradas en los primeros momentos del delirio son difíciles de obtener. Esto se debe a que forman parte de un estado clínico transitorio y, por consiguiente, sometido a cambios rápidos.

b) *Clasificación de las expresiones verbales.* Una vez registradas las distintas oraciones, se trata de agrupar aquellas que sean semejantes; a estas las llamamos «expresiones verbales convergentes» [14, 15]. Observamos que las verbalizaciones recogidas tienen una forma que se repite con cierta frecuencia («pasa algo», «algo funcionaba mal», «va a ocurrir algo», ...), lo que nos ha permitido su sistematización.

c) *Análisis lógico con el concurso de las «funciones proposicionales».* El método propuesto permite, en el último paso, la formalización de los resultados. El hecho de que se trate de un procedimiento cualitativo no significa que no se pueda utilizar algún procedimiento formal; como se dijo antes, vamos a emplear las «funciones proposicionales».

Se denomina así a cualquier expresión que contiene una variable (x) y que se transforma en una proposición tan pronto como son sustituidos los valores de la «x» por nombres o grupos de palabras que funcionen como tales; entonces, dichas expresiones adquieren «valor de verdad». A título de ejemplo, observemos cómo la expresión «x es alto» (función proposicional) puede rellenarse utilizando el nombre «Juan» en el lugar de la variable, obteniéndose «Juan es alto»; así, hemos conseguido una proposición de la que puede decirse si es «verdadera» o «falsa». La función proposicional se representa como «Px» (se lee: «P de x»).

La diferencia del término «función» en matemáticas y en lógica estriba en que, mientras en la primera la variable se sustituye por una cantidad, en lógica la sustitución se hace por nombres, de ahí la acertada denominación empleada por Deaño [10] de «función de nombres». En lógica la variable «independiente» es el nombre asignado, mientras que la «dependiente» coincide con el «valor de

verdad». Puede escribirse de la siguiente forma:

$$Px = y$$

(Se lee: «P de x igual a y»).

En la tabla 2 mostramos las diferencias fundamentales entre «proposición» y «función proposicional», atendiendo a tres elementos: forma, contenido y valor de verdad.

Tabla 2. Diferencias básicas entre proposición y función proposicional

Proposición	Función proposicional
Diseño formal completo y determinado	Diseño formal incompleto e indeterminado
Posee un contenido, por lo tanto, informa	No posee contenido, por tanto, no informa de nada
Tiene valor de verdad	No lo tiene

Resultados

- *Análisis de los tipos de expresiones obtenidas.* Un estudio detallado de las verbalizaciones de este numeroso grupo de esquizofrénicos en los comienzos de la enfermedad, separó dos conjuntos bien diferenciados:

a) Identificación de las «funciones proposicionales de sujeto». En la mayoría de los pacientes (casos 1 a 5) recogemos oraciones monótonas del tipo: «pasa algo», «va a ocurrir algo», «funcionaba mal algo»... Cualquiera de ellas se caracteriza por: 1º) una expresión que utiliza el pronombre indefinido «algo» en el lugar del sujeto y designa aquello que el paciente no puede (o no sabe) nombrar, funcionando como una incógnita para él; la consignamos con una «x» y, 2º) estructuras que funcionan como predicados, que se refieren a la incógnita («x»): «pasa», «va a ocurrir», «quieren de mí»...

Ambas, desde el punto de vista lógico, conforman claramente una «función proposicional», siendo su expresión general: «Px». Las frases analizadas en este grupo parecen corresponderse con los «presentimientos vagos» y las «oscuras sospechas» de los autores clásicos [2].

b) Identificación de las «funciones proposicionales de predicado». En un segundo grupo

(casos 6 a 8) hallamos expresiones que, a primera vista, parecen completas pero no lo están, como es el caso de: «los coches parecían detenerse cuando pasaban por mi lado, no sabía por qué era esto», «Este paraguas aquí, no entiendo por qué...». En todas ellas hallamos un sujeto (vecino, conocido, perro, paraguas, ...) y, aunque algunas poseen un predicado («paraban cuando pasaba por su lado», «cerca del dormitorio...»), podemos decir que el paciente se encuentra a la espera de una formación predicativa nueva, que no existe en ese momento y que complete la expresión anterior. El nuevo predicado tomaría a las fórmulas ya existentes como sujeto.

Al implicado no le basta simplemente con constatar un hecho real (por ejemplo, que el paraguas está en un determinado lugar) sino que «busca» algo que se halla en relación con su persona. Conrad [8], refiriéndose a estas circunstancias, afirma que para el enfermo a cualquier cosa que se presente a su campo visual se impone una consideración reflexiva.

Hemos obtenido una «función proposicional» en la que el predicado no está determinado y sí el sujeto; a tales expresiones podemos denominarlas «funciones proposicionales de predicado». Estas no son a las que se refieren habitualmente los lógicos, que sí estudian las definidas en el apartado anterior. Podemos notarlas como «Xa» (se lee: «X de a»), donde «X» es el predicado indeterminado y «a» el sujeto previamente determinado. Las expresiones pertenecientes a este grupo parecen corresponderse psicopatológicamente con la «conciencia de vaga significación» y las «vivencias de lo puesto» [2].

- *Compleitud de las «funciones proposicionales» en la formación de delirios.* Las «funciones proposicionales» solamente obtienen «valor de verdad» cuando se completan (según el caso, por un predicado o por un sujeto) y forman proposiciones. El seguimiento de los pasos de este relleno es, a menudo, bastante difícil debido a la naturaleza evanescente del fenómeno, de modo que fácilmente pasan desapercibidos y hay que ir a buscarlos expresamente, sin inducir al paciente a dar respuestas que confirmen nuestras suposiciones (entrevistas no-directivas, descontaminadas); por consiguiente,

hay que estar muy atento y saber esperar para poder captar adecuadamente el proceso. Actuando así, hemos podido aislar dos formas espontáneas de completar una «función proposicional»:

a) Se completa el sujeto. Al completarse las expresiones del tipo «algo ocurre» conforman aquello que en psicopatología se denomina «ocurrencia delirante» [30], en la que el paciente «se da cuenta» de repente de lo que sucede, como si se tratara de un descubrimiento. Es el caso del consultante que dice con toda seguridad «me están vigilando para hacerme daño por estar tan solo». Se cumple entonces la sustitución de la incógnita por el sujeto ($x = a$), lo que nos autoriza a escribir:

$$Px \Rightarrow Pa$$

(Se lee: «P de x se transforma en P de a»).

b) Se completa el predicado. Esto es lo que acontece cuando el predicado es una incógnita, mientras está definido el sujeto; es el caso del paciente que, al ver el agua roja de la lluvia, dice: «van a derramar mi propia sangre». Este fenómeno se conoce en psicopatología como «percepción delirante» [30].

Se sustituye entonces la «X por el predicado ($X = P$) y obtenemos una proposición, lo que nos permite escribir:

$$Xa \Rightarrow Pa$$

(Se lee: «X de a se transforma en P de a»).

Del análisis efectuado se desprende que el relleno de las «funciones proposicionales» por el esquizofrénico, produce formaciones delirantes («percepciones» y «ocurrencias delirantes»), que muestran una estructura proposicional. Pero, se debe tener cuidado, porque estas presentan un error lógico patente, que se localiza en el «valor de verdad», dado que hacen una afirmación que dan por cierta, mientras que quiénes lo rodean se dan cuenta de la «falsedad». Luego, sea cuál sea el modo de completar la «función proposicional» (con sujeto o con predicado), el resultado final para el paciente es el mismo:

$$Pa = v$$

(Se lee: «P de a es igual a verdadero»).

Mientras tanto, el grupo familiar se reafirma en que:

$$Pa = f$$

(Se lee: «P de a es igual a falso»).

Así pues, el esquizofrénico, con la idea de mitigar la angustia y conservar la calma, lo que hace es cerrar expresiones abiertas y generar a partir de ellas afirmaciones, pero poseen un error (lógico), pues se desenvuelven en el terreno de la falsedad más absoluta mientras su autor las cree ciertas. Luego, la tranquilización al esquizofrénico le sale bastante cara, pues la paga con un error sin saberlo; de ahí que Freud [13] hablara del delirio como una «tentativa de curación» o una «reconstrucción» con los materiales que la persona tiene a su alcance.

Discusión y conclusiones

Aunque con ciertas dificultades técnicas que pudimos subsanar, fue posible recoger formulaciones verbales procedentes de esquizofrénicos en los comienzos de la enfermedad o de nuevos brotes. Tales expresiones suelen presentar la misma forma, de ahí que las hayamos podido identificar y luego, someter a un análisis lógico riguroso, revelador de las relaciones del enfermo mental con la razón o con lo que popularmente se conoce como «pérdida del juicio» y que en nuestro argot llamamos «delirio». La investigación ha sido posible gracias al «método de abordaje de la subjetividad» [14, 15], que intenta hacer que el paciente se exprese en un clima de confianza y sin censuras y, para lograrlo, emplea las entrevistas no-directivas. Después viene la clasificación y agrupamiento de las manifestaciones verbales, para pasar al correspondiente análisis lógico de las mismas.

Las expresiones de estos pacientes poseen una estructura lógica de «función proposicional», con las siguientes características: 1ª) tienen una «casilla vacía» que funciona como variable independiente (x), 2ª) el «dominio de la función» puede ser muy extenso pues la representación de cualquier suceso puede ocupar ese lugar, pero la sustitución es constante en cada enfermo (no se delira con lo que se quiere sino con lo que se puede), 3ª) registramos dos formas de «funciones proposicionales»: las «de sujeto» y

las «de predicado», 4ª) el cierre se opera mediante un nombre o grupo oracional que funciona, según el caso, como sujeto o como predicado y 5ª) el resultado final es la obtención de proposiciones que muestran un claro error en el «valor de verdad», siendo este completamente distinto del asignado por el resto de la comunidad.

A partir de aquí, surgen una serie de preguntas a las que hay que responder: ¿por qué existen «funciones proposicionales» en estos casos?, ¿por qué tienden al cierre?, ¿qué se obtiene con la sustitución de las «casillas vacías»? y ¿qué diferencias existen entre las «funciones proposicionales» de los sujetos «normales» y las de los enfermos esquizofrénicos? Intentaremos contestarlas en la medida de lo posible:

a) La presencia de «funciones proposicionales» puede entenderse, desde el punto de vista psicopatológico, como un «vacío cognitivo» que no informa al paciente qué está produciéndose en su vida en esos momentos. Esto es bastante angustioso para él, pues experimenta la existencia de algo peligroso que no sabe qué es, ni de dónde viene; no se encuentra especificado en ningún sentido y eso lo altera y lo mantiene alerta. De ahí, el estado en que se halla en esos primeros momentos de la enfermedad y que los autores clásicos definían como «angustia perpleja» o «angustia psicótica». El mismo Hagen [19] afirma que ningún terror es mayor que el que se da ante un peligro todavía indeterminado.

b) La clausura de los «enunciados abiertos» supone para el enfermo un gran consuelo, pues se halla en un momento en el que aparecen proposiciones que taponan el vacío de saber y que sí son reveladoras, aunque la información sea errada. De ello se sigue que el esquizofrénico conoce ya dónde se encuentra el peligro o qué van a hacer con él (asesinarle, chuparle la sangre, colgarle, envenenarle, etc). Jaspers [20] especifica que surge en el paciente un sentimiento de inconsistencia y de inseguridad que le impulsa instintivamente a buscar un punto sólido en el que afirmarse y aferrarse.

El enfermo ha logrado sellar el vacío cognitivo en el que se hallaba, obteniendo un

conocimiento firme y seguro; ahora sí sabe cuál es la trama y la conoce con gran certeza. Podemos decir que el delirio despeja las incógnitas que el predelirio dejaba abiertas, ganando en seguridad. En este sentido, Jaspers [20] dejó escrito que: «la repentina conciencia de un conocimiento claro, sea verdadero o falso, tiene en sí un efecto tranquilizador».

Tenemos que darle la razón a Conrad [8] cuando indica que el delirante se comporta como un hombre ante una revelación, estando la respuesta dada de modo manifiesto («revelada») y utiliza la palabra «apofanía», cuyo significado etimológico es precisamente «hacerse manifiesto». López Ibor [22], en este mismo sentido, habla de «revelación delirante».

Efectivamente, así sucede ya que en lógica la completud de una «función» conlleva la adquisición de un saber que culmina el paso desde «no-saber-nada» a «saber-algo-sobre-algo». El paciente entonces se comporta como si hubiera hecho un importante descubrimiento comparable al que realiza un científico; recordemos a Arquímedes recorriendo desnudo las calles de Siracusa gritando ¡Eureka!

La diferencia entre el delirante y el científico estriba en que el conocimiento obtenido por este último puede ponerse en duda, si las evidencias apuntan hacia otro lugar. En cambio, para el delirante, se trata de algo más que eso, ya que funciona como un saber inamovible, como indica Alonso [2]: «la certidumbre subjetiva sobre la realidad de la vivencia delirante suele alcanzar un grado superior al de las convicciones normales más potentes».

Este fenómeno podríamos entenderlo también como un «equilibramiento progresivo», en el sentido de Piaget [27], para quién la aparición del álgebra proposicional en el desarrollo humano supone alcanzar formas de equilibrio por la propia actividad del pensamiento. Análogamente, podemos comprender el paso del esquizofrénico desde estructuras preproposicionales a proposicionales.

c) Resta diferenciar, desde el punto de vista lógico, las formaciones delirantes de los extravíos que pueden suceder en los sujetos «normales» (o en neuróticos), que no pierden el «sentido de la realidad». Ocurre esto

en aquellas situaciones de la vida en que nos sentimos amedrentados, perdidos o sin consejo, donde la repentina conciencia de un conocimiento claro tiene un efecto calmante, lo mismo que en el esquizofrénico, pero existen claras diferencias con éste último que vamos a estudiar. Por lo tanto, en los sujetos «normales» se dan también «funciones proposicionales», pero en su cierre pueden acontecer varias posibilidades:

- El resultado llega a lo «verdadero», como sucede por ejemplo en el llamado «eclipse de memoria» [29]. Supongamos el siguiente caso: una persona no se acuerda de quién compuso *El barbero de Sevilla* y dice: «no me puedo acordar» o «no sé de quién es esta música»; puede llegar a agobiarse «si yo lo sabía y se lo dije el otro día a mi mujer, ¿cómo era? ¿cómo era?» Hasta que, espontáneamente, dice: «Rossini lo compuso». En cuyo caso, hemos obtenido un ($Pa = v$) y quiénes lo saben estarán de acuerdo.

- Por ignorancia puede concluir en una «falsedad» ($Pa = f$), pero puede salir de su error obteniendo la oportuna información. Precisamente, una de las características que Jaspers [20] atribuye al delirio es su «incorregibilidad», esto es, no puede enmendarse ni con la argumentación lógica, ni por la evidencia. Estas características estarían ausentes de los errores habituales.

- Finalmente, en ciertas ocasiones el sano puede llegar a una situación parecida al enfermo de modo que, cerrando «enunciados abiertos», llegue a afirmaciones que toma como «ciertas» siendo «falsas». En tales casos, no existe el error al que llega el delirante, a saber: la drástica diferencia de «valores de verdad» pues, aunque se trate de creencias personales, es posible cierto acuerdo entre sujetos. El esquizofrénico se encuentra privado de la posibilidad de «intersubjetivar», siendo la puesta en común una condición indispensable para que no aparezca la «disociación veritativa» propia de estos enfermos.

Concluimos el artículo diciendo que el enfermo, mediante este proceso de completado de los «enunciados abiertos», llega a una certeza inmediata de carácter incomparable [20]; intenta con este proceder automático

emplear una lógica con la que procura mantener la cordura cayendo inexorablemente en la locura. De ahí se sigue, que el intento de alcanzar la razón no es solo patrimonio del

hombre «normal», sino también del enfermo; quizás aspectos humanos como este fueron lo que llevaron a Cicerón a afirmar: *Domina omnium et regina ratio*.

Referencias

1. Alanen YO. Schizophrenia: its origin and need-adapted treatment. Londres: Karnac, 1999.
2. Alonso Fernández F. Fundamentos de la psiquiatría actual (vol. 1). Madrid: Paz Montalvo; 1979.
3. Berrios GE. Historia de los síntomas de los trastornos mentales. Mexico: FCE; 2008.
4. Bertolote J, McGorry P. Early Intervention and Recovery for Young People with Early Psychosis: Consensus Statement. Br Jour Psychiatr. 2005; 187(48):116-9.
5. Birchwood, M. Intervención temprana en psicosis: investigación, práctica clínica y reforma de los servicios en el Reino Unido. En Vázquez JL, Crespo B, Herrán A. Las fases tempranas de las enfermedades mentales: Psicosis. Barcelona: Masson; 2005.
6. Birchwood M, Spencer E, McGovern D. Schizophrenia: early warning signs. Adv Psychiatr Treat. 2000; 6:93-101.
7. Carnap R. Introduction to semantics. Cambridge, Mass: Harvard University Press; 1942.
8. Conrad K. La esquizofrenia incipiente. Madrid: Triacastela; 1996.
9. De Clérambault G. Oeuvre Psychiatrique. Paris: Presses Universitaires; 1942.
10. Deaño A. Introducción a la lógica formal. Madrid: Alianza; 1986.
11. Edwards J, McGorry P. La intervención precoz en psicosis: Guía para la creación de servicios de intervención. Madrid: Fundación para la investigación y el tratamiento de la Esquizofrenia y otras psicosis; 2004.
12. Frege G. Los fundamentos de la aritmética. En Escritos Filosóficos. Barcelona: Crítica; 1996.
13. Freud S. Manuscrito H. Paranoia (1895). En Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu; 1996.
14. García Arroyo JM. El cáncer de mama (2): metodología de la subjetividad. Sevilla: Punto Rojo; 2016.
15. García Arroyo JM, Domínguez López ML. ¿Por dónde seguir investigando en Psicopatología. Inform Psiquiatr. 2010; 1:39-56.
16. Hafner H, an der Heiden W. Epidemiology of schizophrenia. Can J Psychiatry. 1997; 42(2):139-51.
17. Häfner H, an der Heiden W, Behrens S, Gattaz WF, Hambrecht M, Löffler W, et al. Causes and Consequences of the Gender Difference in Age at Onset of Schizophrenia. Schizophr Bull. 1998; 24(1):99-113.
18. Hafner H, Maurer K. Detección temprana de la esquizofrenia: datos actuales y perspectivas futuras. Worl Psychiatry (Ed Esp). 2006; 4(3):130-8.
19. Hagen FW. Studien auf dem Gebiete der ärztlichen Seelenheilkunde. Erlangen: Besold, 1870.
20. Jaspers K. Psicopatología general. México: FCE; 1993.
21. Langer SK. An Introduction to Symbolic Logic. Boston/New York: Houghton Mifflin Co; 1937.
22. López Ibor JJ. Percepción y humor delirante (1ª parte). Análisis fenomenológico y existencia. Actas Luso-españ Neurol Psiquiatr. 1953; 12: 89-102
23. López Ibor JJ. Estudios sobre esquizofrenia. Actas Luso-españ Neurol Psiquiatr. 1958; 17:107.
24. McGorry PD, Edwards J, Mahalopoulos C, Harrigan SM, Jackson HJ. EPPIC: An evolving system of early detection and optimal management. Schizophr Bull. 1996; 22(2):305-26.
25. Menne A. Introducción a la lógica. Madrid: Gredos; 1969.
26. OMS. 10ª Revisión de la Clasificación de las Enfermedades: Trastornos Mentales y del Comportamiento. Madrid: Meditor; 1992.
27. Piaget J. Estudios sobre lógica y psicología. Madrid: Alianza; 1982.
28. Quine W. Desde un punto de vista lógico. Barcelona: Orbis; 1984.
29. Rojo Sierra M. Psicología y psicopatología de la percepción, memoria y fantasía (El bloque informativo de la persona humana). Barcelona: Eunibar; 1980.
30. Schneider K. Patopsicología clínica. Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología; 1997.
31. Sheffer HM. A set of five independent postulates for boolean algebras, with application to logical constants. Trans AMS. 1913; 14(4):481-8.
32. Tizón JL. Bases para un equipo de atención precoz a los pacientes con psicosis. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr. 2009; 29(103):35-62.
33. Tizón JL, Artigüe J, Parra B, Gomá M, Ferrando J. La esquizofrenia en atención primaria: el estudio SASPE (señales de alerta y síntomas prodrómicos de la esquizofrenia en atención primaria). Atención Primaria 2004; 34(9): 493-6.
34. Whitehead AN, Russell B. Principia Mathematica. Carbridge University Press, 2004.