

# **ESTUDIO DE LA ESQUIZOFRENIA EN LA OBRA DE LUIS MARTIN SANTOS**

Pedro Gorrotxategi Gorrotxategi

---

---

Cuadernos de Sección. Ciencias Médicas 3. (1994) p. 71-82  
ISSN: 1133-5661  
Donostia: Eusko Ikaskuntza

*Se exponen las ideas de Luis Martín-Santos sobre la esquizofrenia y el grado de alteración de las cualidades estructurales de la vivencia propias de dicha enfermedad. Para ello se analizan tanto los trabajos publicados por Martín-Santos sobre esta patología como un extenso e interesante inédito. Se expone el diagnóstico diferencial con otras psicosis como la alcohólica y la epiléptica y el tratamiento realizado en la época, comenzando por los métodos físicos hasta la aparición de los modernos neurolepticos.*

**Palabras clave:** *Esquizofrenia, Psicosis alcohólica, Psicosis epiléptica.*

*Eskizofreniari buruzko Luis Martín-Santosen ideiak ezezik, aipaturiko gaitz horren bizipenaren kualitate estrukturalen aldakela maila ere azaltzen da. Horretarako, bai eritasun horretaz Martín-Santosen argilara emandako idazianak, bai argitaragabe zabal eta interesgarri bat aztertzen dira. Diagnostiko diferentziala beste psikosis batzurekin adierazten da, alkoholiko eta epileptikoa adibidez, baina garaian egindako tratamendua ere, metodo fisikoetatik hasita neuroleptiko berriak agertu arte.*

**Giltza-hitzak** *Eskizofrenia, Psikosi alkohikoa, Psikosi epileptikoa*

*On expose les idées de Luis Martín-Santos sur la schizophrénie et le stade d'altération des qualités structurales de l'expérience dans cette maladie. Pour cela on analyse les travaux publiés par Martín-Santos sur cette pathologie et un long et intéressant inédit. On expose le diagnostic différentiel avec d'autres psychoses comme l'alcoolique et l'épileptique, et le traitement réalisé à l'époque, en commençant par les méthodes physiques jusqu'à les nouveaux neuroleptics.*

**Mots clés:** *Shizophrénie, Psychose alcoolique, Psychose épiléptique.*

La esquizofrenia es la más típica y clásica de las enfermedades mentales. A ella, como es lógico, dedicó Martín-Santos varios estudios, además de ser su punto de referencia con respecto a las demás patologías psiquiátricas, como psicosis alcohólicas o epilépticas.

El término esquizofrenia fue acuñado por Eugen Bleuler a principios del siglo XX y de esta misma época es la descripción clínica que realizó Emil Kraepelin, cuyo criterio taxonómico ha prevalecido hasta las clasificaciones actuales<sup>1</sup>.

Martín-Santos, en el estudio de esta enfermedad, sigue la línea psicopatológica que inició Jaspers y que continuaron los psiquiatras de la “escuela de Heidelberg”, entre ellos de modo especial Kurt Schneider<sup>2</sup>.

Para Kurt Schneider, la característica más peculiar de las percepciones delirantes primarias, propias de la esquizofrenia, era el estar constituidas por dos miembros, el primero de los cuales va del sujeto al objeto percibido y el segundo va del objeto percibido a la significación. Martín-Santos, aun reconociendo que estos conceptos son útiles en la clínica psiquiátrica y tienen, por lo tanto, un valor diagnóstico, critica el que sean correctos fenomenológicamente. Esta crítica la plasmó en su comunicación al “IV Congreso Nacional de Neuropsiquiatría” celebrado en Madrid en 1954, en un trabajo titulado: “Falta de realidad fenomenológica de la doble membración de las llamadas “percepciones delirantes” descritas por Kurt Schneider”. Martín-Santos concreta su crítica en los siguientes términos:

“Los dos miembros del esquema estructural de la percepción delirante tienen realidad lógica, pero no fenomenológica. Su modo de ser extrafenomenológico se echa de ver en las mismas palabras con que Schneider expresa sus hallazgos. Al decir que el primer miembro va del sujeto perceptivo al objeto percibido, utiliza un lenguaje totalmente ajeno a la fenomenología, para la que no tiene sentido la existencia real y actual del objeto ni del sujeto en cuanto a tal, sino simplemente el todo unitario de la vivencia intencional. Al decir que el segundo miembro va del objeto percibido a la significación, vuelve a darnos a entender Schneider que no tiene ante los ojos la realidad unitaria del noema (pensamiento), que inevitablemente, sólo tiene noción del objeto en cuanto a significación. El análisis fenomenológico no puede en ningún caso referirse al objeto físico que yace extrafenomenológicamente en el mundo geográfico común, dando, eso sí, al clínico, una excelente pista hacia el absurdo de la significación que el enfermo le atribuye<sup>3</sup>.”

---

1. PANIAGUA, C., “Las psicosis esquizofrénicas”. En GONZALEZ DE RIVERA, J.L., *Manual de psiquiatría*, Madrid, Karpos SA, 1980, pp. 452-454.

2. CASTILLA DEL PINO, C., “La obra psiquiátrica de Luis Martín-Santos”. En MARTIN-SANTOS, L., *Libertad temporalidad y transferencia en el psicoanálisis existencial*, Barcelona, Seix Barral, 1975, p. 13.

3. MARTIN-SANTOS, L., “Falta de realidad fenomenológica de la doble membración de las llamadas “percepciones delirantes” descritas por Kurt Schneider”. *IV Congreso Nacional de Neuropsiquiatría*, Madrid, (1954), p. 157.

Esta crítica tiene como origen el concepto de vivencia y de alteración vivencial, algo esencial en los planteamientos fenomenológicos para Martín-Santos:

“Ante todo, hay que destacar que al hablar de vivencia delirante primaria, quiere decirse que el proceso de dación de significado anómalo es intravivencial. Si la significación apareciera en una segunda vivencia, ya fuera inmediata o relativamente alejada de la perceptiva, cabría la interferencia de toda una serie de mecanismos comprensivos a partir del estado de ánimo angustioso, de la acción conformadora de un sistema delirante previo, que iría encajando nuevas piezas en su construcción. En ausencia de estos mecanismos, la tardía significación también podría ser primaria, pero entonces, según mi punto de vista, no escaparía el proceso de dación de significado a la intravivencialidad, puesto que se ejercería sobre el recuerdo de la mirada vista que, como tal recuerdo, estaría presente en la vivencia actual”.

Carlos Castilla del Pino valora la importancia de este trabajo en los siguientes términos: “El análisis de la estructura delirante primaria, que por ahora caracteriza el síntoma clave de la enfermedad que llamamos esquizofrenia, tiene un interés práctico y diagnóstico, porque de su perfecta diferenciación se derivaría la delimitación (cuando menos en el terreno psicopatológico, ya que no todavía en el etiológico) del proceso, de la enfermedad esquizofrénica que lo suscita. De aquí que K. Schneider prosiguiese sus investigaciones en ese sentido y hablase de la estructura bimembre como peculiar de la vivencia delirante esquizofrénica. Para Martín-Santos, por el contrario, se trataría de un acontecimiento unitario, tanto en sus elementos referenciales como en los significativos. Por eso tiene carácter primario, originario y no depende de alguna índole peculiar de estado de ánimo. La posibilidad de que estos análisis fuesen de utilidad en el diagnóstico diferencial del proceso esquizofrénico fue una preocupación en él, desde el primer instante de su dedicación psicopatológica”<sup>5</sup>.

Martín-Santos anuncia en este trabajo la próxima publicación de otro más extenso, en el que explicará su interpretación fenomenológica de las percepciones delirantes primarias:

“Al desmontar de este modo la estructura exclusivista de la percepción delirante y hacer evidente que su especificidad no pueda fundarse en el presunto carácter de bimetración, quedo comprometido a seguir adelante en busca de la auténtica anomalía fenomenológica de la vivencia delirante primaria. Es lo que intento en mi trabajo “Patología General de la Vivencia”, que próximamente verá la luz. Un avance del contenido de este trabajo inédito fue comunicado en la conferencia que con el mismo título pronuncié en Madrid, en el “Aula del Servicio de Neuropsiquiatría del Hospital Provincial”, que dirige el Profesor López Ibor, en el año 1952”.

A pesar de los deseos de Martín-Santos, este extenso trabajo quedó inédito, pero al haber tenido acceso a él, expondremos sus ideas principales a continuación. Su título es “Patología General de la Vivencia” y nos lo ha cedido el Dr. Javier Urcola, alumno y compañero de Martín-Santos en el Hospital Psiquiátrico Provincial de Guipúzcoa.

Consta de cuarenta y ocho folios mecanografiados a dos espacios más una nota previa. Hay otra redacción de la parte final del trabajo que consta de seis folios por ambas caras, a un solo espacio y con numerosas anotaciones al margen. Parece una redacción anterior, ya

---

4. *Ibidem*, p.153.

5. CASTILLA DEL PINO, C., *op. cit.* p. 14.

6. MARTIN-SANTOS, L., *op. cit.*, p. 157.

que fragmentos tachados en estas seis hojas no aparecen en la redacción definitiva. Por lo tanto, vamos a resumir las ideas fundamentales expuestas por Martín-Santos en esos cuarenta y ocho folios, haciendo referencia sólo en algún momento a los otros seis.

En la nota previa, Martín-Santos critica las publicaciones científicas españolas, diciendo:

“En las más de nuestras producciones, ocurre que la proliferación bibliográfica y repetitiva ahoga el pensamiento propio del autor (si es que alguna vez lo hubo). No quisiera caer en tal pecado y por ello, me propongo exponer mis ideas acerca de una Patología General de la Vivencia con la mirada puesta en los hechos de que me ocupo y no en los nombres de los anteriores autores que de ellos se han ocupado. Pero faltaría a la más elemental norma de justicia y hasta de decencia intelectual si no aludiera al menos a aquellos hombres que, con sus enseñanzas, han hecho posible que yo haya emprendido mi labor”.

Hemos destacado este párrafo de la nota previa porque, al igual que en otros trabajos de Martín-Santos, indica su afán de exponer científica y seriamente sus ideas psiquiátricas.

Dentro del trabajo, hay cuatro apartados. En el primero, estudia el concepto de vivencia; en el segundo, las cualidades estructurales de la vivencia normal; en el tercero, analiza las alteraciones estructurales de la vivencia como método diagnóstico del proceso, ya sea esquizofrénico u orgánico; en el último, la patología de la vivencia que ocurre en las alucinaciones, en ideas delirantes y en alteraciones formales del pensamiento.

Su concepto de vivencia es el siguiente:

“La palabra vivencia es utilizada en el sentido en que la utiliza Dilthey, cuando se refiere “a lo que, en el curso del tiempo, constituye la unidad de la presencia”. Para nosotros, la vivencia será, pues, la unidad de la presencia en que se nos da la vida. Para el psicopatólogo, la vivencia no vendrá dada exclusivamente por su contenido, ni por su significación lógica, ni por su significación vital dentro del cuadro total del destino del individuo, ni por su riqueza afectiva, ni por los elementos perceptivos que entran a constituirla, sino por *todo ello, en cuanto que, al propio hombre que la vive, se le da como unidad dentro del tiempo. Vivencia es la unidad vital, en que se nos da la totalidad de la vida psíquica del hombre*”.

Las siete cualidades estructurales de la vivencia normal son:

1. La intencionalidad
2. La presencia del yo
3. Una especial temporalidad, que hace posible que, en ella, esté el pasado, presente de un modo real.
4. Un carácter bipolar yo-mundo, que indica que todo lo que no soy yo sea exterior, sin la posibilidad de que exista ningún punto medio.

---

7. IDEM, “Nota previa a la Patología General de la vivencia” *Inédito* cedido por el Dr. Javier Urcola. Un folio.

8. IDEM, “Patología general de la vivencia” *Inédito* cedido por el Dr. Javier Urcola. Consta de 48 folios. Folios 3 y 4. (La cursiva, tanto de éste como de los siguientes párrafos, es del autor, Martín-Santos).

5. Una interestructuración recíproca de los elementos de la vivencia, que hace que ésta tenga una homogeneidad y que en ella el estrato afectivo-impulsivo sea esencial.
6. La espontaneidad, es decir, que se produce en mí, que ha nacido de mí.
7. La falibilidad, que indica que la vivencia no es coactiva para el sujeto<sup>9</sup>.

Tras describir de esta manera las cualidades de la vivencia, Martín-Santos continúa describiendo las alteraciones de estas cualidades:

“El interés del grupo de las alteraciones estructurales de la vivencia es, ante todo, diagnóstico, pues cuando se comprueban, se puede afirmar la presencia de un proceso.

Las vivencias anómalas pueden ser deducidas según dos mecanismos: por defecto y por desplazamiento.

Llamamos vivencia estructuralmente anómala por defecto a aquélla en que uno de los caracteres anteriormente descritos falta. Esto solamente ocurre con la espontaneidad y la falibilidad.

En segundo lugar, llamaremos vivencia estructuralmente anómala por desplazamiento a aquélla en que la situación recíproca de los elementos constitutivos está alterada. Esta anomalía puede darse en el carácter bipolar yo-mundo y en la interestructuración recíproca.

Resumiendo, tenemos:

1. Caracteres de la vida inmodificables por la enfermedad: Intencionalidad. Presencia del yo. Especial temporalidad.
2. Caracteres de la vivencia que se modifican por desplazamiento: Carácter bipolar yo-mundo. Interestructuración recíproca.
3. Caracteres de la vivencia que se modifican por ausencia: Espontaneidad. Falibilidad<sup>10</sup>

Continúa analizando las alteraciones propias de los síntomas psíquicos. En las alucinaciones, distingue los tres siguientes grados de patología:

1. La situación en la que no hay alteración estructural de la vivencia se denomina “Percepción anómala”. Hay un carácter que nunca se rompe y que está, precisamente, fundado en la conservación de la estructura normal de la vivencia. Nos referimos a la identidad del objeto alucinado con los objetos reales. Naturalmente, el contenido de la alucinación, o sea, la designación de su objeto, no tiene nada que ver con esa identidad. La alucinación puede ser absurda en su objeto e *idéntica* en su cualidad sensorial al mundo normal.

2. La alteración por desplazamiento del carácter bipolar yo-mundo, permaneciendo inmodificados todos los restantes componentes de la vivencia, en cuanto sea posible. El elemento que sufre este desplazamiento es un “pensamiento estructurado sintácticamen-

---

9. Ibidem, folios 4-15.

10. Ibidem, folios 15-17.

te”. En cuanto a los demás elementos vivenciales, hay que afirmar que se produce un matiz afectivo especial del “encontrarse” vivencial. El que vive alucinado lo hace en una especial tensión que podríamos llamar de “fractura” de la estructura vivencial.

Las alucinaciones a que nos venimos refiriendo van únicamente incluidas dentro del antiguo grupo de alucinaciones auditivas (voces). En efecto, es muy dudoso que puedan darse, con su simple pureza, en el campo de lo visual, de lo cenestésico, etc. Las alucinaciones de estas series con alteración estructural de la vivencia van siempre incluidas en el tercer tipo.

3. La ausencia de alguno de los caracteres de espontaneidad o falibilidad de la vivencia, o bien, los dos al mismo tiempo, además del desplazamiento del carácter bipolar yo-mundo. Estos son los dos casos:

a) Alucinaciones en las que se produce ausencia de “espontaneidad”. La espontaneidad aludía a la autoproduktividad de la vivencia. La voz de la alucinación, en este caso, aparecería como *oyéndose en mí por su propia virtud* y no por mi actividad captadora. En este grupo, además de las alucinaciones acústicas, se dan también las alucinaciones cenestésicas del más diverso tipo: eléctricas, sexuales, táctiles, etc., y en casi todas, se trata de alucinaciones de posesión.

b) Alucinaciones en las que se afecta la “falibilidad”. Muy a menudo, la falta de falibilidad se produce coincidente con la de espontaneidad. Cuando esto ocurre, el enfermo vive, por ejemplo, una voz que le viene *de fuera —que le es impuesta de un modo especial— y que dice la verdad*. Al perder la falibilidad, se convierte en *la voz que dice lo que ha de ser necesariamente*.

Ahora bien, aunque con poca frecuencia, puede darse la falta de falibilidad sin falta de espontaneidad. Por ejemplo, el enfermo que oye una voz que está diciendo lo que hace. La voz no se equivoca, pero es externa a él. Este tipo de trastorno es precisamente el que constituye uno de los síntomas primarios de Kurt Schneider<sup>11</sup>.

Tras las alucinaciones, que acabamos de describir, el segundo síntoma que aborda son las ideas delirantes.

“Si en las alucinaciones se alteraba el carácter bipolar yo-mundo, en las ideas delirantes sucede lo mismo con la interestructuración recíproca de los elementos de la vivencia. *Cuando se produce la idea patológica sin alteración de las leyes que rigen la interestructuración de los elementos de la vivencia, tal idea es deliroide. Cuando se produce la alteración de tales leyes, se trata de una idea delirante propiamente dicha*. A la alteración de la interestructuración recíproca de los elementos de la vivencia puede añadirse la ausencia de la espontaneidad o de la falibilidad o de ambas, según los casos<sup>12</sup>”.

Para la exposición de la parte final del inédito, haremos referencia a la redacción de seis folios, citada ya con anterioridad, ya que en esta parte final son más extensos. Es en ellos donde analiza los tipos de ideas delirantes según la alteración de la vivencia.

11. Ibidem, folios 18-33.

12. Ibidem, folios 35-44.

“El caso puro en el que no faltan la falibilidad ni la espontaneidad es, quizá, el más raro. Se da, exclusivamente, en el humor delirante agudo. En estos enfermos, la idea delirante no lo es sino por su modo de aparecer, pues se trata de un error que el enfermo abandona con facilidad y que no lo vive como impuesto desde fuera, sino que lo considera, incluso, como una ocurrencia propia.

Lo más frecuente es que las ideas delirantes vayan acompañadas de la ausencia de alguna de las condiciones estructurales de la vivencia: espontaneidad y falibilidad.

Aun sin aludir a tales cualidades estructurales, López Ibor describió ya dos tipos de vivencias. Las *iluminaciones*, que aparecen como indudablemente ciertas y las *inspiraciones*, en las que la idea delirante aparece cargada de una seguridad absoluta y, al mismo tiempo, con el matiz de haber sido introducidas desde el exterior por un poder que le da esa certidumbre exquisita e invencible.

Las vivencias delirantes actuales, por lo tanto, pueden presentarse bajo la forma de:

- Iluminación, sin falibilidad pero con espontaneidad.
- Inspiración, sin falibilidad y sin espontaneidad.

Queda por considerar la posibilidad teórica de que se dé el caso de una vivencia delirante en la que está presente la falibilidad y no la espontaneidad. Tal caso, difícil de aislar, tiene realidad clínica dentro del humor delirante en que algunas ocurrencias tienen el carácter de inspiradas, sin que tengan certeza o, al menos, sin que ésta sea duradera<sup>13</sup>.

El inédito finaliza hablando de las “alteraciones formales del pensamiento”. Es un fragmento pequeño y poco elaborado por lo que no relataremos su contenido.

La diferenciación entre la esquizofrenia y las otras patologías psiquiátricas con síntomas comunes, como psicosis alcohólicas o epilépticas, fue un afán constante en la labor de Martín-Santos.

En las psicosis alcohólicas, se dan iluminaciones, pero no inspiraciones delirantes, propias únicamente de la esquizofrenia.

En las psicosis epilépticas, un síntoma específico es el humor extático, fuente de alucinaciones e ideas delirantes, que es definido por Martín-Santos de la siguiente manera:

“El humor extático se trata de un estado de ánimo que envuelve la totalidad de lo vivido en una atmósfera de excepción. Lo insólito, lo extraordinario se acompaña de la adhesión total de la conciencia que queda literalmente fascinada. No se ejerce crítica, ni se plantea lo vivido como problema.

El paciente, hundiéndose en los fenómenos perceptivos fantásticos (alucinaciones del esquema corporal, en las que ve y siente su propio cuerpo como en sueños), ha perdido el contacto con lo real. Las ideas que de esa situación se originan son deliroides. La convicción de la realidad de lo vivido no merece el calificativo de idea delirante, es la traducción directa de ese específico humor. En estas psicosis, hay la convicción de una significación unitaria de la totalidad. Por el contrario, lo propio de las ideas delirantes primarias esquizofrénicas es la convicción de una significación concreta, atribuida a un objeto del mundo real<sup>14</sup>.

---

13. IDEM, “Patología General de la Vivencia”. Inédito. (Otra redacción). Cedido por el Dr. Javier Urcola. Consta de seis folios por ambas caras. Folios 5-6.

14. IDEM, “Descripción Fenomenológica y análisis existencial de algunas psicosis epilépticas agudas”. Revista de *Psiquiatría y Psicología médica*, Barcelona, V-1, (1961), pp. 26-34.



Este trabajo es uno de los últimos de Martín-Santos, publicado en 1961, ya no utiliza la misma terminología que en el inédito "Patología General de la Vivencia", aunque muestra su intención de diferenciar este cuadro de la esquizofrenia.

Castilla del Pino valora de la siguiente manera la labor de Martín-Santos: "A mi juicio, su aportación es aquí excepcionalmente aguda y valiosa. Mientras en la esquizofrenia se daría una estructura paranoide referencial, en los cuadros psicóticos de los epilépticos se daría una estructura interpretativa del mundo en su totalidad, sin la adquisición por el yo de esa topografía centrípeta que caracteriza a aquélla.

Se ve claro que estos trabajos piden su continuación y son sólo momentos de una investigación que, sin prisa, Martín-Santos iba llevando a cabo, depurando sus análisis y haciéndolos cada día más rigurosos y objetivos"<sup>15</sup>.

En cuanto a la terapéutica de la esquizofrenia, Martín-Santos utilizó los tratamientos físicos de la época, (electrochoque, cirugía y curas de Sakel), bastante agresivos y con poca efectividad curativa, así como los neurolépticos, cuando estuvieron disponibles.

Utilizaba el electrochoque en tandas, tres semanales, hasta un número de doce; tras un período de descanso, volvía a repetir el ciclo, a no ser que el síndrome amnésico se acentuara, lo cual se consideraba como no deseable para la acción terapéutica<sup>16</sup>. Hoy en día, en algunos casos determinados, todavía sigue usándose, pero no con la profusión de antaño.

También utilizó el tratamiento psicoquirúrgico. En la actualidad, las leucotomías que estaban en boga en la época de Martín-Santos han dejado de utilizarse, pero aún se usan tractomías selectivas para los casos de esquizofrenia crónica resistente a los neurolépticos<sup>17</sup>. Martín-Santos publicó un trabajo junto con López Ibor y Peraita, en el que analizaron los resultados con las leucotomías transorbitarias, según la técnica de Freemann.

Según sus resultados, en los esquizofrénicos el síntoma que mejor responde es la angustia, que desaparece siempre que está presente y constituye su más clara indicación<sup>18</sup>.

En otro trabajo posterior, Martín-Santos relata el caso de una depresión angustiosa curada tras un ictus leve, relacionándolo con las leucotomías, ya que también en este caso se da una destrucción tisular, aunque no sea selectiva, siendo el síntoma que más mejoró, igual que en las leucotomías, la ansiedad<sup>19</sup>.

En un trabajo inédito, afirma que antes de aplicar la leucotomía, el médico debe consultar el resto de su repertorio terapéutico, ya que éste es el más agresivo de sus medios de

---

15. CASTILLA DEL PINO, C., op. cit. p. 15.

16. MARTIN-SANTOS, L., "Correlaciones entre el test de Rorschach y los hallazgos electroencefalográficos en un grupo de 50 pacientes sometidos a tratamiento convulsivante". *Actas Lusoesp. Neur. y Psiqu.*, XV-1, (1961), pp. 29-30.

17. PANIAGUA, C., op. cit. p. 492.

18. LOPEZ IBOR, J.J., MARTIN-SANTOS, L., y PERAITA, M., "Leucotomías trans-orbitarias". *Rev. Clin. Esp.*, XXVIII-4, (1950), pp. 274-279.

19. MARTIN-SANTOS, L., "Un caso de depresión angustiosa curado tras un ictus leve". *Rev. Clin. Esp.*, XXXVIII-5, (1950), pp. 382-384.

cura. En el mismo trabajo, cita como otro posible tratamiento los comas insulínicos, también llamados "Curas de Sakel"<sup>20</sup>. Este método terapéutico constituyó el primer tratamiento realmente eficaz de la esquizofrenia, pero no ofrece ventajas sobre el electrochoque y debe relegarse a la historia de la psiquiatría<sup>21</sup>.

Un avance decisivo en el tratamiento de esta enfermedad fue la introducción de la clorpromacina, en 1952, por Delay. En 1957 Martín-Santos intervino en el "Coloquio sobre las nuevas drogas en Psiquiatría", diciendo:

"He comenzado a utilizar los nuevos tratamientos a dosis altas combinadas de ambos fármacos (clorpromacina y reserpina) hasta conseguir un claro síndrome extrapiramidal, y luego sigo con dosis muy bajas que mantengo. En esta forma se consiguen remisiones de brotes esquizofrénicos agudos, teatrales por su rapidez.

En cuanto al aspecto psicopatológico de la nueva terapéutica, resulta innegable que el modo de curarse los pacientes es distinto de lo que hasta ahora estábamos acostumbrados. El modo de corrección y crítica del delirio, en plena conciencia y de modo espontáneo, por la propia actividad e iniciativa del enfermo, sin presión psicoterapéutica alguna, es algo esencialmente nuevo. La desaparición paulatina de la convicción delirante hasta su total supresión es un efecto no conseguido por ninguna otra terapéutica. Finalmente, resulta interesante señalar las consecuencias de los nuevos tratamientos para un mejor conocimiento del llamado defecto esquizofrénico. Al suprimir todo añadido de origen no esquizofrénico, podremos tener acceso más directo a su estudio.

Un efecto secundario que he observado es la aparición, en los talones de ambos pies, de unas lesiones que comenzaron como vejigas subcutáneas y acabaron siendo amplias úlceras de fondo sangrante y necrótico<sup>22</sup>.

Hemos visto a lo largo de estas páginas la importancia que para Martín-Santos tenía esta enfermedad y los interesantes estudios que sobre ella escribió, alguno de los cuales había permanecido inédito hasta el momento actual.

---

20. IDEM, "Manera de enfrentarse a los problemas de la psiquiatría. Problemática general de la psiquiatría". *Inédito* cedido por el Dr. Castilla del Pino. Consta de treinta y cinco folios, folios 26-30.

21. PANIAGUA, C., op. cit. p. 492

22. MARTÍN-SANTOS, L., "Coloquio sobre nuevas drogas en psiquiatría". *Actas Luso-esp. de Neur. y Psiqu.*, XVI-2-3, pp. 208-209.