

**LA ANGUSTIA EN LA ALUCINOSIS ALCOHOLICA.**

**SU TRATAMIENTO.**

Comunicación en: Symposium sobre "Tratamiento farmacológico de la angustia". Madrid, mayo, 1961.

Dres. A. López Zanón.  
Rogelio Lacaci.  
A. Campos Guerrero.

Servicio de Neuropsiquiatría.  
Hospital Provincial.  
Madrid.

Hemos querido participar en este Symposium con una pequeña comunicación que refleja nuestra experiencia sobre alucinosis alcohólica, durante el presente curso. Prescindimos de un comentario de la literatura que, por otra parte, sería demasiado prolijo; no obstante, vamos a recordar los nombres de Carl WERNICKE, Karl BONHOEFFER, Kurt POHLISCH, F. MEGGENDORFER, MARTIN-SANTOS y BENEDETTI. Para nosotros, el reciente libro de Rudolf BILZ (1) representa una magnífica y, sin duda, definitiva contribución al estudio fenomenológico de esta entidad.

El síndrome paranoide-alucinatorio de la Psiquiatría clásica alemana ha sido, juntamente con el antecedente de alcoholismo masivo, el criterio diagnóstico que, a ejemplo de Eugen y Manfred BLEULER, MAYER-GROSS, etc., hemos tenido en cuenta al etiquetar nuestros casos (\*).

Es, en general, un hecho muy evidente que, en la bibliografía sobre el tema, se hace resaltar la gran importancia que la angustia tiene en el curso de la AA. Según palabras de M. BLEULER, (2) "la angustia, afecto fundamental, no falta nunca y domina la totalidad del comportamiento del paciente".

Siguiendo a KIERKEGAARD y HEIDEGGER, la angustia es immanente al hecho de estar en el mundo y vivir como un ser que va a tener un final; es decir, comenta Andrés MALRAUX, es una manera de ser, esencial de la condición humana. Y esa angustia vital se exterioriza patológicamente siempre que el ideal que uno se forma de su propio destino se encuentra en peligro. Tal sería la acción desencadenante inespecífica de un tóxico; en nuestro caso, el alcohol.

Frente a esta acción unitaria, la angustia se disfraza de huida que se va a matizar, de modo diverso, según la historia antropológica de cada enfermo, buscando protección por algo indeseado, prohibido, secreto, algo que va a ser juzgado por "la madre" o, en definitiva, su representante existencial. En apoyo de este punto de vista, citemos a un médico católico, el internista hamburgués JORES, (3) quien, recientemente, dijo que "el hombre no es afectado sin motivo por la enfermedad, sino a causa de su propia culpa" (específica en cada caso), "a causa de su pecado contra la Divinidad". Idea ésta, que tiene su antecedente en KIERKEGAARD ("el concepto de la angustia"), que la considera "como consecuencia del pecado original, como consecuencia de aquel pecado que consiste en la falta de conciencia del pecado".

Surge, entonces, como contrapartida de esa negación de la propia personalidad anterior, de ese **no concretarse en ideas hipocondríacas sino en ideas de minusvaloración social o ideas de influencia** (L. BINSWANGER), (4), el conjunto de elementos que componen el síndrome paranoide-

---

(\*) El síndrome paranoide-alucinatorio. Recordemos: Estado de ánimo: desconfiado, angustiado, tenso; situación afectiva: a menudo, excitación; conciencia: clara; orientación: conservada; percepción: engaño acústico de los sentidos; pensamiento: ideas de influencia; memoria conservada; inteligencia conservada.

Naturalmente, este síndrome no es patognomónico de la AA. Además de aparecer en intoxicaciones de otro tipo, también se presenta en psicosis sintomáticas, enfermedades orgánicas del cerebro y, desde luego, en la esquizofrenia.

alucinatorio, lo cual, según palabras de Herbert BINSWANGER, (5) no sería sino **la pérdida del objeto** amado que condiciona la fenomenología de las psicosis exógenas.

Por todo ello, y en ésto están de acuerdo todos los autores, y el curso clínico de nuestros pacientes así lo demuestra, es al comienzo de la alucinación alcohólica cuando aparece el episodio de intento de suicidio que, en una gran mayoría de los casos, se asocia al elemento agua, como simbolismo de nuevo bautismo purificador (BILZ) y que, constituido el síndrome, desaparece. De nuevo, cuando nuestro tratamiento farmacológico hace cesar las "voces acusadoras", nos encontramos otra vez con la angustia, y es nuestro propósito tratar de poner aquí de manifiesto la importancia pronóstica de dirigir las armas terapéuticas en este sentido.

La casuística, que figura en este trabajo y que la falta material de tiempo nos obliga a no leer en detalle, se compone de cinco enfermos, los dos primeros de los cuales tuvieron una convalecencia prolongada pues, al considerar la posibilidad de alta, nos enfrentábamos siempre con la angustia que entrañaba un peligro de suicidio o recaída en el hábito alcohólico, y otros tres pacientes, en los cuales, la beneficiosa acción del preparado comercial de clordiazepóxido (\*) nos permitió una recuperación extraordinariamente rápida.

Observación 1.- Antonio, 34 años, legionario, soltero y muy ligado a su madre, bebe desde hace muchos años. Declara que bebe mucho y "sin control". Después de tres días, que pasó bebiendo y sin dormir apenas, empezó a oír voces, entre las cuales descollaba la de su madre. Estas voces le acusaban de homosexualidad, de no saber jugar al fútbol y de dar disgustos a sus padres. Fue a una comisaría, para denunciar estas calumnias, y se quedó sorprendido al no ser tomadas en cuenta sus manifestaciones. La última noche, que pasó también sin dormir, anduvo errante por Madrid, pernoctando por debajo de los puentes del Manzanares. Las voces hablan como canturreando en coro y, al mismo tiempo, nota que le roban e imponen ideas y cree tener un "detector de mentiras", conectado a su cabeza. Ingresó bastante tranquilo, bien orientado, ligeramente angustiado; declara espontáneamente oír voces, se muestra tembloroso y, durante la exploración, conseguimos provocar, en la compresión ocular, la visión de la cara de su madre. Las voces hablan siempre de él en tercera persona. Tratado con clorpromazina, primero, y clorpromazina/reserpina, después, remite el síndrome paranoide-alucinatorio, en el curso de 24 horas; sin embargo, el enfermo se mantiene hermético, meditabundo y con expresión claramente angustiada, siendo preciso administrarle clorpromazina para que logre conciliar el sueño. En esta situación, se mantiene durante más de 20 días, siendo dado de alta una semana más tarde.

Obs. 2.— Doroteo, 63 años, vendedor de cupones de ciego. Separado de su mujer hace tres años y, aproximadamente, bebe desde esta época. No precisa cuánto bebe ("qué sé yo"). Desde el verano, empezó

---

(\*) Librium, Roche.

a oír voces: "una voz de hombre y otra de mujer" que le censuraban. Se creía perseguido por "frailes de cierta orden". No dormía y se movía inquieto por su habitación, durante la noche. En una de éstas, se fue corriendo, sin rumbo, por la ciudad donde vive, hasta las cercanías del Tajo. Allí, las voces comenzaron a repetir: "ya se quitó la ropa, ya se va a tirar" y sintió "como si la fuerza de un gorila le empujase al agua". Pudo ser salvado y dejó de beber, cediendo el cuadro en pocos días. Volvió a beber nuevamente e intentó arrojarlo por una ventana. Traído a Madrid, en una ambulancia, a cada bache, afirmaba que sus perseguidores querían abrir la puerta para cogerlo. Ingresó agitado, ligeramente desorientado (si bien es ciego); habla, espontáneamente, con gran angustia, de voces de fantasmas que le perseguían. La exploración muestra temblor y alucinaciones visuales. Sus perseguidores se refieren a él en tercera persona. Tratado con reserpina y clorpromazina, remite el síndrome paranoide-alucinatorio en cuatro días. No obstante, el enfermo no pudo ser dado de alta hasta 15 días más tarde, ya que se mantenía callado, era difícil tomar contacto con él y no sonreía. En este estado, de colorido angustioso, se mantuvo hasta poco antes del alta.

Obs. 3.— Gregorio, 44 años, soltero, próximo a contraer matrimonio, pero acordándose todavía de su primera novia (fallecida en 1957). Por motivos económicos, ha tenido algunos disgustos con sus hermanos. Bebe "para olvidar", desde la muerte de su novia. En 1959, ingresó en el Servicio, al parecer, ocultando gran parte de sus manifestaciones patológicas, pues, ya entonces, oía las voces de su primera novia y su madre que, al parecer, le conminaban a la venganza. El cuadro remitió con el tratamiento, por entonces instituido, y ahora ingresa remitido por una comisaría. Parece ser que ha formulado la siguiente denuncia: se cree perseguido por muchos coroneles, que frecuentan la estación del Metro donde él trabaja; asimismo manifiesta le han acusado de espionaje. Lleva bastante tiempo sin dormir y muy inquieto; ha habido momentos en que, con cierto agrado, pensó en el suicidio. Las voces le ordenan que haga justicia. Esto lo interpreta pensando debe vengarse de otro hombre que, antes que él, existió en la vida de su primera novia y "ella nunca pudo olvidarlo". El enfermo ha pensado que, quizá, sus enemigos le hayan intoxicado. Ingresó relativamente tranquilo, bien orientado y muy angustiado. Es un poco difícil hacerle confesar que oye voces. Muestra temblor distal, muy discreto y, aparentemente, no presenta otro tipo de alucinaciones que las acústicas. Sus voces le hablan en segunda persona. Tratado con reserpina/clorpromazina, remite al cabo de una semana, pero, aunque tranquilo, permanece con expresión triste, silencioso, siendo el rapport muy escaso. Suprimido el anterior tratamiento, le administramos clordiazepóxido, con lo cual el estado de ánimo cambia radicalmente, en el curso de pocas horas; se muestra tranquilo, alegre, colaborador y nos relata, con todo lujo de detalles, los dos episodios psicóticos sufridos.

Obs. 4.— Fernando, 37 años, soltero que ha hecho vida marital con una mujer de la cual tuvo una hija (actualmente de 13 años); pero renunció a contraer matrimonio por sospechas de infidelidad, y ella se casó con otro hombre. Desde entonces, el enfermo bebe "sin medida".

Hace varios años que, a temporadas, oye voces que le hablan, capitaneadas por las de su ex-amante y la niña, que le recriminan por el abandono de que les hizo objeto. Ultimamente, esto se ha hecho constante y mucho más intenso. El enfermo se cree perseguido "por cosas de la policía". Es incapaz de conciliar el sueño y se mueve incesantemente por su habitación, recorre calles e, incluso, emprende un viaje, desde París a Madrid, pasando por Bilbao. Al llegar a nuestra ciudad, hace un intento de suicidio con arma blanca, torturado por las voces que le apremian: "¿dónde estás?, ¿qué haces?". Ingresó tranquilo y, sometido a tratamiento con clorpromazina/reserpina, mejora, siendo dado de alta a petición familiar a los 15 días de su ingreso. Aunque ya no presenta alucinaciones, nos impresiona su aspecto triste, callado y pensativo en el momento del alta. Después de ésta, comienza a trabajar, como vendedor callejero de cazalla, y, al cabo de una semana, reingresa agitado, disimulando, tozudamente, sus alucinaciones auditivas. Presenta temblor distal y declara que, por la noche, ve la cara de su ex-amante, que le recrimina, y tiene la impresión de que va a caerle encima el techo. Las voces le hablan en segunda persona y, torturado por ellas, ha intentado precipitarse por una ventana. Tratado nuevamente con reserpina/clorpromazina, se tranquiliza en 48 horas; sin embargo, se mantiene angustiado hasta que sustituimos esta medicación por clorodiazepóxido, con lo cual obtenemos un cambio radical del estado de ánimo. Es dado de alta a los 17 días de su 2º ingreso. Según manifestaciones de un antiguo conocido suyo (que le visitó la víspera del alta), hacía varios años que le encontraba "como embrutecido, como distraído y triste"; pero ahora "lo encuentro tan bien como cuando nos conocimos", hace varios años.

Obs. 5.— Jerónimo, 33 años, huérfano y con miopía magna desde niño. Soltero que vive con su padre. Hace 6 años que bebe, "regular", "con los amigos". Tres días antes de comenzar su sintomatología, dejó casi de beber, "sólo un poco, en las comidas". Lleva dos noches sin dormir, molestado por un coro de voces, que discuten sobre él, en 3ª persona. "Mírale, está durmiendo!". Entre ellas, distingue perfectamente la voz de su amigo Pepe, que le defiende: "Dejadle ya!. Está durmiendo!"; y las dos mujeres (deben de ser "vecinas de más de 40 años"): "Qué hacéis, qué hacéis? Dejadle que duerma!". El veía "linternas y luces de motos", enfocadas a través de su ventana (vive en un sótano). Lo hacían "para vigilarle", él encendía la luz, pero ellos "debían escaparse" porque "nunca consiguió verlos". En cambio, decía: "marchaos!", pero "no se van". El no ha podido enterarse bien de lo que se traen entre manos, puede que le acusen de "gorrón" o que "traten de pegarle". Se pasó las dos noches vigilando, encendiendo luces, registrando la casa "y sin encontrarlos". Ingresó angustiado, tembloroso, reconoce (falsamente) a otro enfermo como el sereno de su calle, "sin duda es él que, enterado de todo, ha influido, para que lo ingresen aquí y protegerlo". Tratado con reserpina/clorpromazina, ha pasado la noche "esperando oírlos"; pero "no le han molestado". Le pregunto por qué está tan triste y responde: "no quiero amistad con éstos de aquí". Cuando le digo si no estará también él, a su vez, enfermo, responde: "Yo estoy en que era verdad!". Añadimos clorodiazepóxido y el enfermo mejora notablemente; el rapport es excelente.

El tratamiento de la alucinosis alcohólica no suele presentar dificultades; espontáneamente, los síntomas suelen remitir en un plazo de días o semanas. Si el curso se prolonga más de seis meses (habiendo dejado de beber), parece existir acuerdo en considerar el caso como una esquizofrenia. Sin embargo, las cosas no siempre están tan claras y, así, en el pasado curso, tuvimos un paciente que resistía a nuestros esfuerzos y remitió totalmente tras la limpieza del conducto auditivo externo del lado que oía las voces.

En el caso concreto de los cinco enfermos, que ahora discutimos, nos llamó la atención el que, los dos primeros, después de dejar de estar alucinados, permanecían con expresión angustiada; y, así, su curso se prolongó durante más tiempo del que nosotros habíamos previsto. Incluso, en el 4º caso, hemos podido observar que, siendo dado de alta a petición familiar y contra nuestro consejo, volvía, en pocos días y peor que en su primer ingreso. Esto nos hizo meditar una frase de H. LIPPERT: (6) "Lo más espantoso de la angustia es su anonimato, su falta de objeto, contra lo cual no puede dirigirse ninguna defensa. Por ello se intenta concretarla en una huída. De esta necesidad, se despiertan ilusiones y alucinaciones". A nosotros se nos ocurrió la siguiente explicación: Los enfermos, afectados de alucinosis alcohólica presentan el mayor peligro de suicidio al comienzo de ésta y, una vez organizado el cuadro, cuando las "voces acusadoras" son más intensas, sin embargo, el peligro de suicidio disminuye. Si nuestros casos estaban angustiados en el momento de su ingreso, lo estaban mucho más una vez que, con reserpina/clorpromazina, habíamos hecho desaparecer su cuadro alucinatorio. En los casos 1 y 2, hubimos de esperar mucho tiempo, antes de considerar exenta de peligro el alta; el caso 4 (alta contra nuestro consejo) hubo de ser readmitido urgentemente. Por este motivo nos pareció lo más juicioso el tratamiento farmacológico de la angustia, una vez remitido el síndrome paranoide-alucinatorio. Esto hicimos con los casos 3 y 5 y, en el segundo ingreso del caso 4. Los resultados nos parecen alentadores y nosotros creemos que esto debe ser tenido en cuenta. Nuestros casos 3, 4 y 5 recibieron 60 mg. diarios de clordiazepóxido, per os, hasta la remisión del síntoma angustia, lo cual ocurrió siempre entre las 48 - 72 horas. Nuestros casos, a petición propia, siguen tomando dosis menores (15 mg/día) de este preparado y declaran que, bajo sus efectos, se sienten "como antes"; es decir, persisten en su abandono del hábito alcohólico, considerándose capaces de hacer frente a sus dificultades sin la "ayuda" del alcohol.

## CONCLUSIONES:

- 1) Nos parece que la angustia representa un papel preeminente en la génesis y evolución ulterior de la alucinosis alcohólica.
- 2) Creemos que ella es, precisamente, uno de los factores primordiales, que facilita la recaída de estos pacientes en el hábito alcohólico.
- 3) En nuestra experiencia, el clorodiazepóxido es un preparado que debe emplearse durante la remisión de la alucinosis alcohólica, una vez que el síndrome paranoide-alucinatorio ha regresado.
- 4) Carecemos, de momento, de experiencia comparativa con otros preparados (7) pero nos proponemos ensayar la orfenadrina y los inhibidores de la monoaminoxidasa y, en su día, les comunicaremos los resultados.

## BIBLIOGRAFIA:

- (1) — R. BILZ, Trinker, Ferdinand Enke, Stuttgart, 1959.
- (2) — M. BLEULER, Lehrbuch der Psychiatrie, Springer, Berlín, 1960.
- (3) — A. JORES, Vom Sinn der Krankheit, Hamburg, 1951.
- (4) — L. BINSWANGER, Schmeizer Archiv f.Neur.u.Psych., LIX, 1/2, 21, 1947.
- (5) — H. BINSWANGER, Der Objektverlust, S. Karger, Basel, 1957.
- (6) — H. LIPPERT, Einführung in die Pharmakopschologie, H. Huber, 1959.
- (7) — Van REETH y BLOCH, Acta Neur,et Psych. Belgica, 60, 3, 320, 1960.  
KIMBALL, FRIEDMAN y VALLEJO, Neurology, 10, 2, 107, 1960.  
COSTERHUIS et al., Acta Neur,et Psych. Belgica, 61, 1, 7, 1961.  
ENGLISH, The. Am. J. of Psychiatry, 117, 10, 865, 1961.