



Asociación Mexicana de Tanatología, A.C.

**LOS PACIENTES CON *SÍNDROME DE  
COTARD*: LOS RETOS EN SU ABORDAJE  
TANATOLÓGICO.**

TESINA

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMADO DE  
TANATOLOGÍA

PRESENTA

**CLAUDIA JIMÉNEZ ARIAS**



Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia A.C.



México, D.F., a 17 de Julio de 2014

**DR. FELIPE MARTÍNEZ ARRONTE**  
**PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN MEXICANA DE TANATOLOGÍA, A.C.**  
**PRESENTE.**

Por medio de la presente le informo que revisé y aprobé la tesina que presentó:

**CLAUDIA JIMÉNEZ ARIAS**  
**Integrante de la Generación 2013-2014.**

El nombre de la tesina es:

**LOS PACIENTES CON SÍNDROME DE COTARD: LOS RETOS EN SU ABORDAJE  
TANATOLÓGICO**

ATENTAMENTE

Lic. Oscar Tovar Zambrano

Asesor de Tesina

Dr. Erik García Muñoz

Asesor de Tesina



***“Sólo la bondad universal y la integridad, son capaces de crear en nosotros la armonía mental, que conduce a la paz interior”***

*Jules Cotard*

***“La materialidad del cuerpo requiere de la magia de la psique, con sus relaciones animales y humanas, para estimular y nutrir el instinto básico, el deseo de estar aquí, en la tierra y de seguir con vida”***

*Jesús Ramírez-Bermúdez*

## **DEDICATORIAS**

*Dedico este trabajo a mis hijos Sofía y Andrés, por el tiempo que me prestaron para mis horas de estudio.  
Por su paciencia y tolerancia.*

*Sofía, mi maestra en vida, hay lecciones que aun no entiendo, pero no me rindo.  
Andrés, mi pequeña compañía, tu música es mi canto.*

*David, nuevamente y por coincidencias de la vida misma, te dedico este trabajo.  
Gracias por todo tu apoyo y acompañamiento.*

*Gracias a esta familia que me ilumina y sostiene en el sendero de mi vida.  
Los amo.*

*A José y Ma. Antonieta, mis padres.*

*A mis hermanos, porque a pesar de las distancias hay lazos que no se rompen.*

## **AGRADECIMIENTOS**

*A Dios por la vida que me concede, y por ponerme en el camino del cambio, de la luz y la fe.*

*Al Dr. Erik García Muñoz por su guía, orientación y tiempo concedido.*

*Al Lic. Oscar Tovar Zambrano por su escucha y apoyo.*

*Gracias a cada uno de los profesores que han dejado huella impresa en mi vida.*

*Gracias vida.*

*Gracias a mí, por mi compromiso, mi esfuerzo, y por mis deseos de ir siempre más allá.*

## INDICE

RESUMEN.....	6
I. INTRODUCCIÓN.....	7
I.1. Delirio.....	9
I.2. Síndrome de Cotard....	17
I.2.1. Historia.....	17
I.2.2. Delirio en el Síndrome de Cotard.....	18
I.2.3. Trastornos subyacentes.....	19
I.2.4. Cambios neuropsicobiológicos.....	20
I.2.5. Tratamiento .....	21
I.2.6. Casos .....	21
I.3. Justificación.....	27
I.4. Objetivos.....	28
I.5. Alcance.....	28
II. LA TANATOLOGÍA EN EL PACIENTE CON SÍNDROME DE COTARD.....	29
II.1. La narrativa del síndrome.....	29
II.2. Manejo tanatológico en la crisis aguda del paciente.....	30
II.3. Manejo tanatológico en la recuperación del paciente.....	31
II.4. Manejo tanatológico con la familia.....	32
II.5. Tanatología en lo psicosocial.....	33
III. CONCLUSIONES.....	34
IV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	35
V. ENTREVISTAS.....	37

## RESUMEN.

El Síndrome de Cotard es una enfermedad clínicamente rara, pero encierra un significado de muerte, y de esta manera, requiere no solo de una atención integral a los pacientes, sino también, representa un reto importante para la tanatología.

Se caracteriza por un delirio de negación o nihilista, en el cual, los enfermos manifiestan predominantemente la creencia de estar muertos y rechazan la existencia de sus órganos corporales o creen que éstos se encuentran en estado de descomposición, además en algunas ocasiones paradójicamente, presentan el autoengaño de creerse inmortales. También hay una desconexión con la realidad del mundo.

Fue descrito por primera vez en 1880 por Jules Cotard; ocurre como evolución o complicación en trastornos psiquiátricos: depresión, trastorno de bipolaridad, esquizofrenia, despersonalización, catatonía, paramnesia; y neurológicos: demencia, encefalitis, tumores cerebrales, enfermedad de parkinson, traumatismo craneoencefálico, enfermedad cerebrovascular, migraña.

Debido a las características complejas del Síndrome de Cotard, se requiere que el tratamiento de los pacientes sea interdisciplinario e integral. Se han descrito importantes esfuerzos para brindar un manejo en los aspectos médicos, psiquiátricos y psicológicos; no obstante, se ha puesto poca atención en el abordaje tanatológico.

Por lo anterior, el presente trabajo se enfoca en analizar cuáles son los retos respecto a la manera en que se puede intervenir - desde el punto de vista tanatológico – a los pacientes con Síndrome de Cotard.

Se plantean las siguientes pautas en el abordaje del paciente, que también son retos para el campo de la tanatología:

1. Narrativa del síndrome: ir más allá de la clásica semiología clínica y adentrarse en la narrativa de la historia que está relatando el propio paciente.
2. Manejo tanatológico en la crisis aguda del paciente, centrándose en su experiencia directamente hará trabajar su desconexión con la vida, trabajar sus percepciones y ahondar en su sensibilización.
3. Manejo tanatológico en la recuperación del paciente para apoyarlo en su fortaleza contra la enfermedad y trabajar con él para abrirle la oportunidad del poder vivir mejor después de la ilusión de la muerte.
4. Manejo tanatológico con la familia, en el saber cómo manejar la reacción ante el paciente y facilitar la construcción de una red de apoyo.
5. Tanatología en lo psicosocial, para encontrar el camino de fortalecimiento en la cultura de los principios del buen morir a través del bien vivir y hacer frente a la actual moda negra de muerte y duelo.

Se concluye que el Síndrome de Cotard es un fenómeno psicótico bizarro que no solo deberá en el futuro ser objeto de interés de la psicopatología y neuropsiquiatría, sino también de la tanatología, la cual, tiene retos importantes vinculados estrechamente con el paciente, en la comprensión de su enfermar, el abordaje integral de su experiencia, el acompañamiento en su renacer, en la creación de redes con su familia y en la necesidad de hacer un puente con la sociedad respecto a la profunda filosofía de la dualidad muerte-vida.

## **I. INTRODUCCIÓN.**

El Síndrome de Cotard es un padecimiento clínicamente raro, pero que recientemente se le ha puesto atención debido a que los pacientes presentan la creencia de estar muertos, al mismo tiempo que se creen inmortales. Y estas manifestaciones patológicas constituyen las ideas centrales en diversas expresiones socioculturales actuales y muy populares como las películas acerca de “zombies” y las series de televisión sobre “muertos vivientes”.

En este contexto, es muy importante estudiar - desde las perspectivas clínica, científica y psicosocial-, las características de tal síndrome. Y en la medida que se vincula con el concepto de muerte, es necesario adentrarse en el campo de la tanatología para analizar y definir si el tanatólogo puede jugar un papel en la atención a los pacientes.

Lejos de la visión popular que asocia de una manera simple al Síndrome de Cotard con la creencia de estar muerto, en realidad, se debe de hablar de una constelación compleja de alteraciones clínicas, de modo que se requiere, primero, definir qué es un delirio (sección I.1), para después entender en qué consiste este síndrome, identificando los trastornos subyacentes, la neurobiología, los tratamientos y conocer algunos casos (sección I.2). Se enmarca la justificación de por qué enfocar este trabajo desde el punto de vista tanatológico (sección I.3), estableciendo sus objetivos (sección I.4), y su alcance (sección I.5). Los contenidos principales se dividen en: la narrativa del síndrome (sección II.1); manejo tanatológico en la crisis aguda del paciente (sección II.2); manejo tanatológico en la recuperación del paciente (sección II.3); manejo tanatológico con la familia (sección II.4); tanatología en lo psicosocial (sección II.5). Finalizando con las conclusiones y reflexiones (sección III).

Cabe destacar que este trabajo se ha realizado no solo a través de una búsqueda bibliográfica, pues dada la necesidad de documentar una visión interdisciplinaria y dado que no hay experiencias escritas sobre el abordaje del tanatólogo en los pacientes con Síndrome de Cotard, es que se decidió hacer entrevistas y buscar asesoría a un grupo de profesionales de los ámbitos de la psiquiatría, neuropsiquiatría y de la psicología, y desde luego, de la tanatología.

Para iniciar con mi trabajo de investigación me gustaría introducir un cuento que me pareció relevante para el tema. Así como en los cuentos, en la vida se dan situaciones inimaginables, en las que el individuo por lo general se ve involucrado.

El siguiente cuento lleva por nombre *El hombre que se sabía muerto*; curioso título para una narración, pero sin duda, deja en la reflexión si algún individuo podría vivir sabiendo que ya está muerto. ¿Será tan sólo un cuento?, pues bien disfruta del relato y presta atención.

### *El hombre que se sabía muerto*

Había un señor muy aprensivo respecto a sus propias enfermedades y sobre todo, muy temeroso del día en que le llegara la muerte. Un día entre tantas ideas locas, se le ocurrió que quizás él ya estaba muerto. Entonces le preguntó a su mujer:

Dime mujer ¿no estaré muerto yo?

La mujer ríe y le dijo que se tocara las manos y los pies. ¿Ves? ¡Están tibios! Bien, eso quiere decir que estás vivo. Si estuvieras muerto, tus manos y tus pies estarían helados.

Al hombre le sonó razonable la respuesta y se tranquilizó.

Pocas semanas después, el hombre salió bajo la nieve a hachar algunos árboles. Cuando llegó al bosque se sacó los guantes y comenzó a hachar. Sin pensarlo, pasó las manos por la frente y notó que sus manos estaban frías.

Acordándose de lo que le había dicho su esposa, se quitó los zapatos y las medias, y confirmó con horror que sus pies también estaban helados.

En ese momento ya no le quedó ninguna duda, se - dio cuenta - que estaba muerto.

No es bueno que un muerto ande por ahí hachando árboles - se dijo -.

Así que dejó el hacha al lado de su mula y se tendió quieto en el piso helado, las manos en cruz sobre el pecho y los ojos cerrados.

A poco de estar tirado en el piso, una jauría comenzó a acercarse a las alforjas donde estaban las provisiones. Al ver que nada los paraba, destrozaron las alforjas y se devoraron todo lo que había de comestible.

El hombre pensó: "Suerte que estoy muerto que si no, yo mismo los echaba a patadas".

La jauría siguió husmeando y descubrió al burro atado a un árbol. Fácil presa era de los filosos dientes de los perros. El burro chilló y coceó, pero el hombre sólo pensó que lindo sería defenderlo, si no fuera porque él estaba muerto.

En algunos minutos dieron cuenta del burro, sólo unos pocos perros seguían royendo algún hueso. La jauría, insaciable, siguió rondando el lugar.



No pasó mucho tiempo hasta que uno de los perros olió el olor del hombre. Miró a su alrededor y vio al hombre tirado inmóvil en el piso. Se acercó lentamente (muy lentamente, porque el hombre era muy peligroso y engañoso). En pocos instantes, todos los perros babeando sus fauces rodearon al hombre.

-Ahora me van a comer - pensó -. Si no estuviera muerto, otra sería mi historia.

Los perros se acercaron..... y viendo su inanición se lo comieron.

*“Estar muerto en vida es una expresión de la depresión humana, de la existencia de un veneno en el corazón. Este sentimiento de estar muerto en vida generalmente lo usamos como una metáfora de la depresión profunda o de la desdicha más corrosiva, en ocasiones puede cruzar la frontera de lo real y experimentarse como una condición psicofísica. Pero para algunas personas, que padecen del síndrome de Cotard, es posible rondar por la penumbra de la vida con la certidumbre de que han muerto y de que su cerebro ha desaparecido.”<sup>8</sup>*

## **I.1. Delirio.**

I.1.1. Pensamiento: definición, componentes del pensamiento, normas lógicas del pensamiento.

El pensamiento es el resultado final del funcionamiento psíquico. Es la expresión de la capacidad y vigor intelectual de cada persona. Se distinguen el curso y el contenido del pensamiento. Tiene como finalidad comprender, entender y facilitar las relaciones humanas.

El pensamiento evoluciona desde que nacemos, a partir de un pensamiento primitivo o mágico (niño), hasta un pensamiento lógico (madurez psíquica). Esta evolución se ve propulsada por la inteligencia, función principal del hombre que lo distingue del resto de los animales. A través del pensamiento el individuo puede enlazar representaciones, percepciones y afectos para integrarlos y poder elaborar ideas. Asimismo, el pensamiento por el observador como un flujo de ideas, símbolos y asociaciones dirigidas hacia un objetivo, y que se expresan a través del lenguaje (pensamiento discursivo – verbal) o a través de la acción (pensamiento práctico).

Un pensamiento normal, es cuando el individuo puede seguir la secuencia verbal del discurso, que respeta las reglas de la lógica, tiene velocidad y su contenido refleja una adecuada conciencia de realidad. Los componentes del pensamiento son: <sup>1</sup>

- *Curso:* Hace referencia a la fluidez del pensamiento, en el curso se formulan, se organizan y se presentan los pensamientos del individuo.  
El pensamiento cursa con cierta velocidad, una idea nos lleva a otra, y podemos asociar, abstraer, deducir y generalizar.  
El fluir requiere ser pausado, para que en su propio tiempo haga posible completar ideas y juicios. Si el pensamiento se comunica para no perder eficacia, requiere adquirir una velocidad o curso concordante, con la del concurrir del entorno.  
El curso del pensamiento es el camino que sigue el pensamiento para razonar, hablar, informar. Es un hilo conductor que lleva de una cosa a otra, esto puede tener fallos que nos pueden generar trastornos en el curso del pensamiento.
- *Forma:* Está relacionada con la direccionalidad y continuidad del pensamiento. Este aparece sólo cuando el individuo tiene un motivo apropiado que hace la tarea urgente y da una solución esencial; y cuando el sujeto ante una situación determinada, no tiene una solución ya hecha. En la segunda etapa, no se da una solución impulsiva, sino se hace una investigación de las condiciones del problema, se hace el análisis de sus componentes, se reconocen sus rasgos y la correlación entre sí. En la tercera etapa se selecciona una alternativa entre varias posibles y se crea un plan general para la ejecución de tareas. En la cuarta etapa, se escogen los métodos apropiados. En la quinta etapa, se procede al estudio operativo del acto intelectual, se hace uso de los códigos ya establecidos y aprendidos; los códigos son lingüísticos y lógicos en el pensamiento verbal discursivo, y numéricos en la solución de problemas aritméticos. En la sexta etapa, se da una solución real del problema. En esta última etapa, se comparan los resultados obtenidos con las condiciones originales de la tarea.
- *Contenido:* El conocimiento del mundo y de nosotros mismos, lo podemos expresar a través de las ideas. Y las ideas se constituyen a partir de la vivencia de la realidad que se traduce a su vez en un juicio de la realidad.
  - a. Vivencia de la realidad:
    - Real es lo que percibimos corporalmente. Todos los contenidos de la percepción tienen como cualidad que no está en las sensaciones de los órganos (del ojo, del oído); sino en el modo de lo sentido, es decir de la realidad sensorial.

- La realidad está en la conciencia del ser como tal. La conciencia de la realidad se puede perder en la extrañeza de la percepción; tanto del mundo externo (desrealización), o de la propia existencia (despersonalización).
- Real es lo que ofrece resistencia. La resistencia es lo que contiene el movimiento de nuestro cuerpo, así como todo lo que impide directamente la realización de nuestra aspiración y nuestro deseo. Alcanzar objetivos en contra de las resistencias, o bien chocar con o en ellas, significa vivir la realidad. Toda vivencia de la realidad tiene una raíz en la práctica. En la significación se puede captar la realidad.

La vivencia de la realidad se estructura y se desarrolla en su contenido mediante la tradición y la cultura, en la que hemos crecido y hemos sido educados. Los seres humanos necesitamos hacer pruebas de realidad para constatar qué tan seguros estamos de la realidad.

b. Juicio de la realidad:

El juicio es nuestro capital ideático. Cuando hay un trastorno en el proceso de ideación, aparece un tipo de ideas patológicas, denominadas "ideas delirantes". Si la vivencia de la realidad es "correcta", nuestro juicio de la realidad será adecuado y conformaremos un capital ideático normal. Contrariamente, si la vivencia de la realidad se "altera o se perturba", nuestro juicio de la realidad será erróneo y por consiguiente las ideas que se construyan a partir de ese juicio serán desviadas. En la tipología de ideas, se pueden mencionar tanto las normales, como las que se forman desde un trastorno del juicio de la realidad. Cabe destacar que ante una alteración en el contenido del pensamiento, el individuo puede manifestar en algún momento, un trastorno de la ideación, o del contenido del pensamiento. Dando pie con ello, a la anormalidad del pensamiento.

Entendiendo contrariamente por normalidad del pensamiento, el cumplimiento de una norma en el mismo. Existen dos significados del término norma: <sup>1</sup>

- i. Norma ideal: Proviene de un modelo creado por el hombre, el cual debe cumplirse para considerarse normal.
- ii. Norma descriptiva, estadística: Normal es aquello que se observa más a menudo, identificándose la norma con la mayor frecuencia.

Es importante señalar, que una norma también importante en el pensamiento es la lógica; entendiéndose que el término lógico tiene varios sentidos, pero principalmente se refiere a la palabra, y al pensamiento o la razón. La lógica en relación al pensamiento nos remite a un rasgo esencial de los humanos: la racionalidad. Los seres humanos somos racionales por que pensamos. La razón tiene tres principios básicos:

- Identidad
- No contradicción
- Tercero excluido

Por ello, pensar lógica y racionalmente, es pensar en función de estos principios; nuestro pensamiento está ligado al lenguaje y a la palabra. Tener logos, significa que los seres humanos pensamos racionalmente, utilizando conceptos, juicios y razonamiento.

- Conceptos: representaciones mentales de los rasgos comunes de un solo objeto o de conjuntos de objetos.
- Juicio: representaciones mentales que relacionan los conceptos de manera determinante, de modo que un sujeto determina a otro.
- Razonamiento: representaciones mentales que relacionan conceptos y juicios, de modo que derivan en otros juicios.

Para resumir, diremos que el pensamiento es considerado por el observador como un flujo de ideas, símbolos y asociaciones dirigidas hacia un objetivo, y se expresan a través del lenguaje (pensamiento discursivo-verbal) o a través de la acción (pensamiento práctico). Un pensamiento normal, es cuando el individuo puede seguir la secuencia verbal del discurso, respeta las reglas de la lógica, tiene velocidad y su contenido refleja una adecuada conciencia de realidad.

#### I.1.2. Delirio: definición, descripción y ejemplos de algunas ideas delirantes.

Se considera que el delirio es, o son creencias anómalas con un contenido extraño, improbable, absurdo y no compartido por los otros miembros del grupo social de referencia. Habitualmente, el término se utiliza para hacer referencia al contenido del conjunto de ideas delirantes que manifiesta una persona. Y generalmente se usa cuando hay un cierto grado de sistematización en la productividad delirante.

El o los delirios tienen una referencia personal, y son fuente de un malestar subjetivo. Es importante subrayar, que interfieren negativamente en el desarrollo social y personal

del individuo que lo padece. Son una creencia personal falsa basada en la interferencia incorrecta de la realidad externa y mantenida con firmeza, a pesar de la existencia de pruebas o evidencias incuestionables y obvias en sentido contrario.

Las características de un delirio son <sup>1</sup>:

- Hay convicción.
- Hay preocupación en el paciente.
- No hay evidencias ni pruebas que confirmen la idea.
- En el individuo provoca malestar.
- El sujeto no se resiste a la idea delirante.
- Tienen las ideas un contenido personal.
- No son creencias compartidas por otros.

De acuerdo a la función, los delirios se pueden clasificar en:

1. Delirio primario: Ideas delirantes caracterizadas por ser autónomas, originales, individuales e incomprensibles desde el punto de vista psicológico. No tienen origen en una experiencia anómala previa.
2. Delirio secundario: Son las ideas delirantes que surgen como intento para explicar experiencias anómalas previas, y desde el punto de vista psicológico si pueden ser comprensibles. Surgen comprensiblemente de otros procesos psíquicos.

El delirio, es una alteración en el contenido del pensamiento; y para fines del Síndrome de Cotard se hará referencia a tres tipos de alteraciones.

a. Ideas sobrevaloradas.

Son convicciones acentuadas desde lo afectivo, el individuo las toma intensamente y son comprensibles de acuerdo a su personalidad y por su biografía. Estas convicciones son tenidas falsamente como verdades, excluyentes y absolutas.

Tienen su origen en las creencias y concepciones filosóficas, religiosas, políticas, éticas o científicas. El individuo canaliza su actividad y su vida en concordancia con estas ideas.

Este tipo de ideas parece pasa desapercibida en ambientes donde la creencia da pie a la idea sobrevalorada. Ejemplo: en un ambiente religioso intenso, una idea religiosa sobrevalorada no es vista como tal.

En conclusión, es la atribución de importancia excesiva a algo o una idea. Las ideas de cualquier tipo son llevadas a un grado excesivo.

b. Ideas obsesivas.

Son las ideas imperativas de las que el paciente no puede librarse, ni tampoco puede controlar. El paciente las considera absurdas, dominantes y persistentes.

En cuanto al contenido del pensamiento, las obsesiones no son absurdas, lo que sí resulta absurdo es la persistencia, así como la tendencia a repetir de manera constante y uniforme. Las obsesiones se clasifican en:

Pensamientos obsesivos.- Son recurrentes (Ejemplo: “si no hubiera hecho tal...”)

Impulsos obsesivos o compulsiones.- Se realizan actos de manera compulsiva, de tal manera que el paciente no puede controlar ni puede controlar. Los pacientes consideran que sus actos son absurdos por las características de los mismos y por su persistencia. Por ejemplo: decir palabras obscenas o decir ridiculeces. También se pueden llevar a cabo actos de comprobación, como por ejemplo revisar repetidamente que sí está apagada la luz.

Fobias.- Son temores que se imponen frente a determinadas situaciones u objetos, no son justificables ni proporcionales. Por señalar algunas se encuentran:

- Acarofobia: temor obsesivo a los parásitos de la piel
- Algiofobia: temor obsesivo al dolor.
- Tafo fobia: temor obsesivo a aburrirse en vida.
- Tanatofobia: temor obsesivo a la muerte.
- Ritos obsesivos.- Son acciones obsesivas realizadas la mayoría de las veces a base de impulsos o temores obsesivos.
- Ideas fijas: Son ideas que afloran en la mente de forma reiterada.

c. Ideas delirantes.

El delirio se comunica en forma de ideas, las cuales se elaboran desde el juicio de la realidad. Por tanto, las ideas delirantes son juicios de la realidad patológicamente falsas.

Estas ideas tienen como principales características los siguientes aspectos:

- El individuo las afirma con extraordinaria convicción.
- No son influenciables por la experiencia.
- Su contenido es imposible.

Las ideas delirantes son absurdas e incorregibles y se definen en relación a los siguientes puntos:

- Interacción entre realidad delirante y realidad común.
- Para el sujeto la idea delirante es su única realidad, desplaza e invalida la realidad por el delirio.
- Significación en el delirio.
- Todo pensamiento tiene significados, la vivencia de la significación experimenta una transformación radical. El saber inmediato que se impone de las significaciones es la vivencia primaria del delirio; es decir, la vivencia de la realidad se altera al vivir significaciones que no corresponden a la realidad. Esto deriva en juicios de realidad falsos lo cual se traduce en ideas delirantes perturbadas.
- La certeza de significación y su independencia de la experiencia.
- El delirio surge como una experiencia a priori
- Su inquebrantabilidad respecto a la experiencia personal a las condiciones del grupo, y resistencia contra las mismas.
- La idea delirante prevalece inverosímil; el delirio es más fuerte en relación a los argumentos lógicos.
- La incapacidad del sujeto para cambiar su punto de vista.
- El sujeto no tiene la capacidad de considerar objetivamente su propio punto de vista, ni de ponerlo en relación con el punto de vista de los demás y relativizarlas.

Las ideas delirantes se dividen en tres grupos:

- Ideas delirantes primarias: son incomprensibles y tienen su origen en una vivencia patológica primaria.
- Ideas deliroides: son aquellas que surgen comprensiblemente de procesos psíquicos en relación a la afectividad. Se originan desde las emociones y sentimientos de temor, desconfianza, deseo, éxtasis, rabia, culpa, minusvalía, etc.
- Ideas deliriosas: se originan en el afecto y en el trastorno de la función de interioridad de la conciencia; el individuo que las padece pierde la vivencia de temporalidad y el registro mnémico.

Se mencionarán a continuación algunos ejemplos de ideas delirantes, que pueden presentarse o acompañarse con el síndrome de Cotard.

- Ideas o delirio de referencia.  
Aquí se manifiesta un trastorno de la significación de los eventos que ocurren en el medio ambiente. El paciente considera que hay signos, señales y símbolos directamente dirigidos a él.
- Ideas o delirio erotomaníacas.  
El trastorno de la significación es frente a eventos cotidianos que vive una persona del sexo opuesto, y para el paciente significan que una determinada persona está enamorada de él.
- Ideas o delirios de falsa identificación. Síndrome de Capgras.  
Se basan en la incapacidad para la identificación de personas, lugares e incluso de partes del cuerpo. La idea delirante de que otras personas normalmente muy cercanas al paciente, han sido remplazadas por dobles exactos y que son por supuesto impostores. Hay una pérdida del reconocimiento emocional de los rostros familiares. Su causa pudiera ser una desconexión entre el sistema de reconocimiento usual y la memoria afectiva. <sup>2</sup>
- Ideas o delirios de infestación.  
En este delirio también conocido como parasitosis, los pacientes que lo padecen sufren y tienen la convicción fija de que su piel está infestada de parásitos, aunque no exista evidencia real ni clínica de esto.
- Dismorfia corporal.  
Se caracteriza por una obsesión dirigida a alguna parte del cuerpo, la cual el paciente la considera desagradable o anormal.  
Cuando la preocupación por, o en el cuerpo y la insatisfacción con el mismo no se ajusta a la realidad, la idea delirante ocupa la mente con intensidad y genera malestar; interfiriendo negativamente en la vida cotidiana de las personas que lo padecen.

Como ejemplo de delirios en trastornos psicóticos señalo los siguientes: “la gente se ríe de mí”, “alguien maneja mis pensamientos”, “mi pareja me engaña”, “soy el elegido para salvar al mundo”, “alguien me está robando”.



¿Cómo se puede reconocer un delirio? Cuando una persona pasa en pocas horas de estar completamente normal, a tener un comportamiento extraño, está distraído, parece que se duerme, de repente se agita, está confundido, no reconoce el lugar, desconoce el día o el mes, y no sigue una coherencia en una conversación, tiene problemas también para realizar cálculos matemáticos simples. Así mismo, los pacientes manifiestan cambios emocionales o de personalidad, importantes: enojo, agitación, ansiedad, depresión, euforia, irritabilidad, inquietud.

## **I.2 Síndrome Cotard**

### **I.2.1. Historia.**

Biografía de Jules Cotard: Nace en Issoudun Francia un 1º de junio de 1840. Estudió en la Facultad de Medicina de París. Estudia las correlaciones anatómico-clínicas de los accidentes vasculares cerebrales y la atrofia cerebral, sobre la cual se basa para escribir su tesis doctoral (1868). En 1869 y 1870 participó en la Guerra Franco-prusiana como cirujano militar de un regimiento de infantería. Al año siguiente se incorporó a una clínica, en la cual pudo estudiar numerosos casos de psiquiatría. En 1874 instala su consultorio particular en Vanves donde permaneció hasta su muerte. En 1880 describe y da a conocer por primera vez el síndrome de Cotard, conocido también como delirio nihilista o delirio de negación. Jules Cotard fallece en 1889 a consecuencia de una infección por difteria.<sup>3</sup> En el campo psiquiátrico se le reconoce por su descripción de los problemas mentales asociados con la hiperglucemia, y principalmente por su identificación y descripción, por primera vez en 1880, del Síndrome de Cotard.

En el capítulo VI de sus estudios sobre enfermedades mentales y cerebrales publicado en 1882, y dedicados al delirio nihilista; Jules Cotard describe los casos paradigmáticos del síndrome psicótico que años más tarde llevaría su nombre. Desde su óptica, la esencia de este fenómeno clínico (en el cual, como ya se ha mencionado, los pacientes pueden llegar a afirmar que el mundo ha terminado y ellos, están muertos. Así como también pueden manifestar, el pensamiento de inmortalidad delirante), es la disposición negativa llevada a un extremo, la negación como condición humana.

### **I.2.2. Delirio en el Síndrome de Cotard.**

Un síndrome es un conjunto sintomático que presenta alguna enfermedad con cierto significado y que por sus características posee cierta identidad; es decir, un grupo

significativo de síntomas y signos que ocurren en tiempo y forma, y con varias causas o etiologías. Todo síndrome es una entidad clínica que asigna un significado particular o general a las manifestaciones que la componen. El síndrome es plurietiológico porque tales manifestaciones pueden ser producidas por diversas causas. Síndrome y enfermedad son entidades clínicas con un marco conceptual diferente, hay situaciones en la patología que dificultan una correcta identificación de ciertos procesos en una categoría o en otra.

De acuerdo a las definiciones anteriores, el síndrome de Cotard, como tal, no es catalogado como enfermedad con una causa única, ni se trata de un síntoma, más bien, representa un conjunto de manifestaciones con una plurietiolología.<sup>4</sup> Desde la visión popular se asocia con la creencia de muerte pero, precisamente, siendo síndrome, más bien se refiere a una constelación de manifestaciones.<sup>5</sup>

El Síndrome de Cotard no es referido en el DSM-5, aunque sí se menciona el delirio nihilista. Antes de describir en qué consiste clínicamente dicho síndrome, es importante señalar el delirio nihilista y de negación:

Delirio nihilista: es aquel en el cual hay una negativa persistente a aceptar la existencia de determinadas cosas o de todo; incluido uno mismo, como se observa en distintos tipos de esquizofrenia. Como se dirá posteriormente, quienes padecen el Síndrome de Cotard, suelen desconocer una parte de su cuerpo o bien lo desconocen por completo, así también, niegan la existencia de sus seres amados y del mundo alrededor de él. El Dr. Ricardo Capponi señala que en el delirio nihilista “hay un trastorno de la significación de la vivencia de vitalidad, de donde sus contenidos son ruina física, negación de órganos, putrefacción y muerte”.<sup>1</sup>

Delirio de negación: se refiere a las ideas o concepciones, más o menos organizadas, que buscan negar la realidad, totalmente o en partes. En el delirio de negación, descrito por Cotard, por lo general toma las formas particulares típicas que *pueden dividirse en tres categorías: del cuerpo, de los sentidos y de las funciones*. Hizo referencia “al delirio de negaciones” de la siguiente manera: *“Pregunta su nombre, no tienen nombre; ¿Cuál es su edad?, no tienen edad; ¿Dónde nacieron?, no nacieron; ¿Quién es su padre, quién es su madre?, no tienen padre, ni madre, ni esposa, ni hijos; se les pregunta si tienen dolor de cabeza, estómago, o en alguna parte de su cuerpo, pero no tienen cabeza, ni estómago, algunos no tienen cuerpo siquiera; muéstrales algún objeto, una flor, una rosa y ellos responden que esa no es una flor, ésta no es una hoja”*<sup>6</sup>

Las manifestaciones del síndrome de Cotard son:

Niegan que exista su cuerpo. Es un delirio en el que el paciente cree estar viviendo algo de forma real, cuando solo se da en su imaginación. De tal manera, se presenta la creencia que de que están muertos, que no tienen nervios, ni sangre, ni cerebro, que carecen de órganos internos. Incluso llegan a creer que están en estado de putrefacción y refieren percibir el olor de su cuerpo en descomposición (alucinación olfativa), sienten que los gusanos caminan sobre su piel, o bien que los tienen debajo de la misma. En forma paradójica están convencidos que son inmortales aunque sólo sean piel y huesos. Los pacientes comienzan con la negación de la existencia exterior, llegando posteriormente a la negación de la propia existencia. Se aíslan del mundo. También se presentan: pensamientos negativos, pensamientos suicidas, analgesia o ausencia del dolor, automutilación.

Habitualmente aparece en forma repentina. Las creencias o ideas delirantes más frecuentes son acerca del cuerpo 86%, de la existencia 69%, de alucinaciones hipocondríacas 58%, de inmortalidad 55%. Presentan síntomas de ansiedad el 65%, sentimientos de culpa 63%.<sup>5</sup>

Clínicamente, en el delirio de negación los pacientes pueden afirmar que el mundo terminó y que ellos están muertos, o en algunos otros casos de inmortalidad delirante; es la disposición negativa llevada al extremo, la negación como condición humana.<sup>7</sup>

Se describen tres tipos: depresión psicótica, con melancolía y pocos delirios de negación; Cotard tipo I: depresión y otras enfermedades; predominan más las alucinaciones que la depresión; Cotard Tipo II: ansiedad, depresión, alucinaciones auditivas, delirios de inmortalidad, comportamiento suicida, es un grupo mezclado.<sup>5,8</sup>

### **1.2.3. Trastornos subyacentes**

El 89% de los pacientes con Síndrome de Cotard tienen depresión<sup>5</sup>. Aunque no se relaciona necesariamente con la severidad de la depresión. Ocurre como evolución o complicación en otros trastornos psiquiátricos: trastorno bipolar, esquizofrenia, despersonalización, catatonía, paramnesia; y neurológicos: demencia, encefalitis, tumores cerebrales, enfermedad de Parkinson, traumatismo craneoencefálico, enfermedad cerebrovascular, migraña; incluso como severa reacción adversa al uso del antiviral Aciclovir.

Debe diferenciarse de la asomatognosia (pérdida de la conciencia de partes del cuerpo) y del Síndrome de Capgras (pensar que los familiares ha sido sustituidos por impostores)<sup>8</sup> Se desconoce si hay factores genéticos.

#### **I.2.4. Cambios neuropsicobiológicos.**

Este síndrome se asocia probablemente a ciertas alteraciones psiconeurobiológicas como hiperactividad de la amígdala, inhibición de la corteza prefrontal izquierda, disfunción en los procesos de percepción e interpretación, daño en áreas temporo-parietales, cambios en la corteza cingulada anterior, inadecuadas conexiones de vías nerviosas entre las cortezas occipital-parietal-temporales y el sistema límbico.<sup>8</sup> A nivel de neurotransmisión, se ha reportado también una reducción en la unión de receptores D2 estriados.<sup>9</sup>

¿Cómo es que se llega a este punto de alteración en el síndrome de Cotard?

Se ha encontrado atrofia de la vía occipital y sistema límbico.<sup>10</sup> La lesión en estructuras neurológicas determinadas como la sustancia blanca, generalmente explican la desconexión con la realidad.

Sin embargo, en los pacientes con depresión no hay lesión que explique la desconexión, sino lo que está alterado es la intensidad de las emociones que llega a estados de pérdida de la energía vital y el dominio de la negatividad. En la melancolía hay un aumento de la actividad de la amígdala, una disminución de la función del lóbulo frontal, aumento de la actividad del cíngulo, y aumento de la ínsula, incluso desequilibrio entre los hemisferios. Se produce una condición en la que hay pérdida del procesamiento de los estímulos placenteros, por ejemplo, el Dr. Jesús Ramírez-Bermúdez, relata como un paciente cuando miraba el volcán Popocatepetl sentía un gran placer, pero después de haber padecido de este síndrome, la misma visión ya no le despertaba tanta emoción. El Dr. Ramírez también señala haber encontrado clínicamente una disminución de la conductancia eléctrica en pacientes con Síndrome de Cotard, lo cual indica el aplanamiento de las respuestas ante imágenes con valencia emocional, es decir, las respuestas afectivas se disminuyen significativamente. Por otra parte, cuando en los pacientes avanzan los cambios neurobiológicos, se manifiesta una alteración emocional severa, lo cual afecta el juicio y la toma de decisiones; propiciando con ello la deficiencia en la evaluación de la realidad. Lo cual se acompaña de experiencias de desrealización.

### **I.2.5. Tratamientos**

Los tratamientos establecidos han sido<sup>11,12,13</sup>: uso de antidepresivos (mirtazapina, venlafaxina), de antipsicóticos (risperidona, olanzapina, aripiprazol, sulpiride) otros (bromocriptina) y la aplicación de terapia electroconvulsiva.<sup>14,15</sup>

Las respuestas a estos manejos han sido variables según la etiología subyacente, pero en muchas veces se ha logrado la resolución completa del delirio. En opinión del Dr. Ramírez, ante la heterogeneidad de los casos, es fundamental individualizar el tratamiento.

### **I.2.6. Casos**

Se describirán algunos de los casos hasta ahora reportados. Cabe mencionar que estos pacientes, prácticamente han sido tratados por psiquiatría y neurología.

#### *Mademoiselle X.*<sup>16</sup>

Este primer caso, fue estudiado y dado a conocer por el psiquiatra Jules Cotard en 1880. Él habló de una mujer de 43 años de edad, la cual aseguraba no tener “ni cerebro, ni nervios, ni pecho, ni entrañas, tan solo piel y huesos”. La paciente presentada en una conferencia en París en 1880 bajo el pseudónimo Mademoiselle X, negaba la existencia de Dios y el diablo, así como la necesidad de nutrirse. También creía que estaba eternamente condenada y que no podría morir de una muerte natural. Tiempo después, se reporta que la paciente falleció por inanición.

#### *Laura.*<sup>17</sup>

El Dr. Ramírez-Bermúdez en uno de sus artículos, describe el caso de una mujer en la que se manifestó el síndrome de Cotard. Este caso fue inicialmente presentado por los psiquiatras Eduardo Castrillón y Boris Gutiérrez de la Universidad del Valle de México. La paciente a quién llaman “Laura”, llega a consulta a la edad de 48 años de edad, refiriendo haber quedado viuda muy joven, pues tan sólo tenía 24 años. Así mismo, para la historia clínica refirió haber establecido su lugar de residencia en los Estados Unidos y en Colombia.

Durante su estancia en los Estados Unidos sufrió varios períodos de depresión recurrente, por lo cual fue tratada con distintos antidepresivos.

También, dentro de su historia se encontró la pérdida de su empleo, situación que la llevó a presentar síntomas de depresión, insomnio recurrente, hedonismo (incapacidad de sentir placer), ansiedad, sentimientos de culpa y sentimientos de minusvalía. Posteriormente manifestó ideas y varios intentos suicidas. La paciente comentó tiempo después que de su boca salía humo, y al mirarse al espejo notó un cambios en sus ojos, ya que éstos simplemente no tenían vida. Señaló: “me di cuenta que el humo que salía por mi boca, era mi alma saliendo de mi cuerpo”.

A partir de este momento, la paciente tuvo la creencia de ser una muerta viviente, se “veía como zombi”. Consideró que sentirse así era un castigo por haber intentado suicidarse.

Con todo lo anterior, desarrolló alucinaciones olfativas, decía que su cuerpo se estaba pudriendo y ella percibía el olor. También refería sentir cosquilleo bajo su piel, como si los gusanos la estuvieran devorando. La paciente al concebirse muerta, dejó de comer y decía “los muertos no comen”. “Laura” posteriormente presentó una considerable pérdida de peso, lo cual preocupó al equipo médico que la trataba.

La paciente fue de inicio tratada con distintos antipsicóticos, pero la respuesta a la medicación no tuvo resultados favorables, y el deterioro en la paciente fue cada vez más evidente. Se refiere que al paso de algunos meses, los médicos toman la decisión de recurrir a una herramienta terapéutica psiquiátrica: la terapia electro convulsiva.

El objetivo era incrementar el flujo sanguíneo en su cerebro. Después de 6 semanas bajo este tratamiento, los delirios en la paciente se pudieron controlar hasta que desaparecieron.

*Graham.*<sup>18</sup>

Un día despertó convencido de que estaba “muerto”. Graham es un paciente que tiene antecedentes de una severa depresión. Él intentó suicidarse introduciendo un electrodoméstico a la tina. Ocho meses después de este acto, le comentó a su doctor que sentía su cerebro muerto, por tanto, señalaba que los medicamentos que le prescribía no iban a tener ningún efecto en él, porque ya no tenía cerebro. “Me lo quemé en la tina”, refería. Graham al concebirse muerto en automático dejó de comer al perder el sentido del olfato y del gusto, también dejó de hablar y de realizar cualquier actividad. Su familia lo alimentaba forzosamente.

En los estudios realizados en este paciente, se detectó una baja actividad cerebral, su función se asemejaba a la de alguien dormido o bajo el estado de anestesia.

Después de ocho años de tratamiento terapéutico y farmacológico, el paciente logró “resucitar” de su muerte viva y comenzó a realizar pequeños quehaceres en casa. Es decir, paso de la inactividad a la poca actividad.

*Paciente femenina sin reporte de nombre.*<sup>19</sup>

Mujer inmigrante de 53 años de edad, de origen Filipino que radicaba en Estados Unidos junto a su familia cuando manifestó los síntomas del síndrome de Cotard. Su familia solicita apoyo al 911 al ver en ella reacciones inusuales. Una ambulancia la traslada a una unidad de psiquiatría y recibe atención médica. En el hospital la mujer expresó miedo, argumentando que los paramédicos querían quemar su casa (paranoia).

Los síntomas que presentó, fueron: baja energía, desesperanza, pérdida de apetito, somnolencia e inanición.

En la historia clínica se reveló con apoyo de familiares, que la mujer ingirió antidepresivos en Filipinas durante 18 años, sin recordar el nombre de los medicamentos. También, como dato relevante se informó que la mujer tenía un mes de estar viviendo en los Estados Unidos. La paciente durante los primeros días de internamiento se negaba a comer, a ingerir medicamentos y presentó hipocalcemia (baja de potasio).

Por lo cual, requirió de electrolitos por vía intravenosa. La mayor parte del día la pasaba en cama y no permitía el aseo personal.

Su familia tomó la decisión de llevarla a corte para que asumiera el tratamiento farmacológico e integral; lo cual no dio el resultado esperado. La mujer siguió en la negación y rechazo, lo cual la llevaron a un síncope que requirió un internamiento en el área de urgencias en psiquiatría.

En la unidad se le modificó el medicamento y presentó mejoría. En este caso se hace evidente que el cambio de medicamento y el ajuste de la dosis; así como el apoyo de la familia fueron sustanciales para la evolución de la paciente. Se destaca mucho la intervención, colaboración y apoyo familiar. La cual fue incorporada a un trabajo terapéutico e involucrada en el abordaje y seguimiento del equipo multidisciplinario.

*Paciente masculino sin reporte de nombre.*<sup>20</sup>

Hombre de 62 años de edad, sin antecedentes de depresión, ni trastornos psiquiátricos. El paciente fue diagnosticado con cáncer al parecer un mes antes de su ingreso a la unidad de psiquiatría. De acuerdo al reporte, el paciente fue informado de la metástasis en su hígado y espina dorsal.

A su ingreso a la unidad de psiquiatría presentaba síntomas de paranoia, agitación psicomotora, insomnio, ansiedad e irritabilidad. En su historia clínica no se reportaron antecedentes de trastornos psiquiátricos, ni neurológicos. Tampoco recibió tratamiento farmacológico psiquiátrico en ningún momento de su vida.

El paciente señalaba que su familia y vecinos conspiraban en su contra; de acuerdo a sus síntomas el paciente permaneció hospitalizado en la unidad de psiquiatría y fue debidamente controlado con tratamiento farmacológico. Su estancia fue de una semana, tiempo en el cual tuvo una mejoría exitosa. Su paranoia desapareció.

Este caso se presenta porque de acuerdo a los estudios médicos realizados, se ha señalado que el síndrome de Cotard puede manifestarse en pacientes diagnosticados con carcinoma, debido al incremento en los niveles de serotonina a causa de la disfunción y/o alteración metabólica generada por el cáncer. Los elevados niveles de este neurotransmisor puede estar asociado con la psicosis; lo cual no está estrictamente confirmado. Este caso reporta y agrega a la literatura que hay un posible vínculo entre la formación de un síntoma psicótico y el diagnóstico de cáncer.

*La Sra. A.*<sup>21</sup>

La paciente es una mujer de 56 años de edad que al presentarse al servicio de psiquiatría refirió sentimientos y sensaciones de estar muerta y expresó un deterioro progresivo en el entendimiento de las palabras.

La paciente antes de llegar a consulta psiquiátrica, progresivamente perdió la capacidad de entender las palabras y sus significados.

Esta situación la llevó a no comprender conversaciones e instrucciones. Su esposo quien la acompañó a consulta, puso como ejemplo que la señora podía entender “lavar ropa”, pero no identificaba la palabra “lavandería”; otro ejemplo que proporcionó fue que su esposa era vegetariana, pero al no reconocer la palabra ni el significado de “vegetariano” comenzó a ingerir carne.



La Sra. "A" mostró rigidez en la práctica de algunas rutinas diarias, como por ejemplo comer burritos en cada comida, ir a la cama a la misma hora diariamente; y también presentó preocupaciones compulsivas.

Presentaba preocupación por sensaciones somáticas, por ejemplo un fuerte dolor corporal, afirmando que todo su dolor externo era transferido al interior de su cuerpo, "desde su boca hasta los pies".

Ella tuvo dificultad para describir, escribir y señalar las partes del cuerpo que le dolían; mostró un desconocimiento corporal, falta de comprensión de sensaciones, falta de lenguaje para explicar el cómo, el qué, el dónde y el cómo era el malestar que sentía.

La Sra. "A" pudo referir que se estaba "desgastando" por dentro, y que su cuerpo no trabajaba y que eso no se sentía bien, "me estoy muriendo desde adentro", señalaba.

Para sus médicos tratantes resultó difícil hacerle entender que no se estaba muriendo, sin embargo, ella afirmaba que ya había muerto y que seguramente había regresado a la vida. No podía elaborar el sentimiento de "estar muerta", excepto que sentía que su parte interna se había ido y que no había un aspecto religioso en el que ella creyera.

Su historia clínica resaltó que ella no tuvo episodios de depresión en su vida, así como tampoco antecedentes de algún trastorno psiquiátrico. La información fue proporcionada por su esposo. Sin embargo, si refirió antecedentes de tiroiditis y migrañas. El diagnóstico de la Sra. "A", fue demencia semántica, acompañada del síndrome de Cotard.

La demencia en ella está relacionada con la pérdida del reconocimiento de palabras y el significado de las mismas; presentó dificultad para realizar operaciones matemáticas simples, dificultad para reconocer objetos, perdió la habilidad para describir sensaciones, falta de reconocimiento de las partes de su cuerpo interno. Hubo en ella una disociación entre los órganos de su cuerpo y la sensación que tenía o se producía en ellos.

El síndrome de Cotard, fue diagnosticado a partir de su sensación de estar muerta y/o moribunda, así como por la desconexión en sus áreas emocionales. Lo cual la llevó a perder el contacto con la realidad y a la incapacidad de reconocer sus propios dolores internos; tuvo un desconocimiento y /o negación de su cuerpo. La Sra. "A" no podía localizar, ni identificar ni describir las partes de su cuerpo, sólo refería que estaba muerta.

*Otros casos.*

En un grupo de adolescentes con Síndrome de Cotard se encontró que la condición psiquiátrica más frecuente fue el Trastorno Bipolar, enfatizando la importancia de hacer un cuidadoso diagnóstico y un estrecho seguimiento.<sup>22</sup>

Se reportaron 4 casos de mujeres de edad avanzada con Síndrome de Cotard asociado a depresión melancólica, parafrenia post-melancólica y delirio de negación en melancolía postparto. Hubo recuperación en todas ellas con terapia electroconvulsiva.<sup>23</sup>

Paciente con alucinación de que “mi brazo no es mío”, asociado a uso de Aciclovir, junto con otros siete pacientes que estuvieron bajo la administración del mismo medicamento y que tenían como antecedente una insuficiencia renal; el cuadro se resolvió 24 horas después de haber suspendido dicho antiviral.<sup>24</sup>

Mujer de 49 años de edad, con trastorno bipolar y cuya alucinación era que su “cerebro y cuerpo son traslucidos”<sup>25</sup>

Mujer de 28 años de edad con alucinación de que su “hígado está putrefacto y el corazón ausente”, con dos intentos de suicidio, un embarazo de seis meses; mejoró en 4 semanas con el uso de mirtazapina y haloperidol, y fue dada de alta 4 meses después.<sup>26</sup>

Paciente de 15 años de edad con catatonia maligna, pero tuvo respuesta favorable al tratamiento electroconvulsivo.<sup>27</sup>

### **I.3. Justificación.**

Debido a las manifestaciones tan complejas del Síndrome de Cotard, se requiere que el tratamiento sea interdisciplinario e integral. En los casos que hasta ahora se han reportado, ha sido claro que los psiquiatras han empleado los mejores recursos terapéuticos disponibles, han elegido los medicamentos y las medidas específicas que en su momento han considerado eficaces.

También, desde el punto de vista psiquiátrico, la heterogeneidad en la severidad y en los tipos de alteraciones que se presentan en este síndrome, obliga a la individualización del tratamiento según las características propias del paciente. La elección de un medicamento antipsicótico, de un antidepresivo o de la terapia electroconvulsiva, no es la misma en todos los pacientes.

Hay bastantes evidencias acerca de las distintas medidas terapéuticas indicadas en el Síndrome de Cotard, pero en forma contrastante, no hay datos, escritos o publicaciones que hablen o describan el abordaje a estos pacientes desde el enfoque tanatológico.

Así como se establecen tratamientos psiquiátricos individualizados, es fundamental que el paciente reciba - también en una relación interpersonal estrecha - una intervención con este enfoque.

El tanatólogo es un profesional formado, para intervenir en situaciones de crisis extrema, y el Síndrome de Cotard es una de éstas.

Igualmente, el tanatólogo está especialmente sensibilizado para establecer una relación de apoyo en las situaciones más difíciles de pérdidas, y de ésta índole es gran parte del sufrimiento de los pacientes con el Síndrome de Cotard.

Ciertamente, el papel del tanatólogo no será curativo, pero con seguridad la necesidad de una relación de contacto humano, no es la excepción en dichos pacientes. En la medida en que prácticamente no hay nada escrito en este tema, al respecto de la intervención tanatológica en el Síndrome de Cotard, como primer paso es esencial identificar cuáles serían los retos para el tanatólogo, así como a definir posibles pautas o lineamientos para el manejo tanatológico propiamente dicho.

#### **I.4. Objetivos.**

1. Estudiar y analizar cuáles son los retos para el tanatólogo que plantea el Síndrome de Cotard.
2. Definir por primera vez las pautas indispensables que se podrían seguir en una intervención tanatológica en los pacientes con Síndrome de Cotard, tanto en su crisis aguda como en su etapa de recuperación.
3. Definir por primera vez las pautas indispensables que se podrían seguir en una intervención tanatológica en las familias de pacientes con Síndrome de Cotard.

#### **I.5. Alcance.**

El alcance que se contempla con este trabajo es conseguir construir por primera vez un marco, que hasta la fecha no se ha caracterizado, para el abordaje tanatológico del paciente con Síndrome de Cotard.

Se tratará de una aproximación inicial a un padecimiento raro pero que trata de enfocarse en lo tanatológico desde distintos puntos de vista: el del paciente, tanto en su crisis aguda como en su recuperación, en la familia y en lo psicosocial.

## II. LA TANATOLOGÍA EN EL PACIENTE CON SÍNDROME DE COTARD.

Se trata de un paciente inusual, en el cual, es difícil sumergirse en su metáfora de cómo siente el mundo, su experiencia en ese estado de limbo entre la muerte y la vida. Aunque se trata de una creencia que lleva al paciente a creerse muerto, en el mundo en el que en ese momento se encuentra, está experimentando una pérdida en su conexión consigo mismo y con los otros.

### II.1 La narrativa del síndrome.

En los casos reportados se han señalado principalmente los antecedentes patológicos, las manifestaciones delirantes, su evolución clínica, los tratamientos que se han instaurado, sin embargo, hay una gran incertidumbre acerca de las dimensiones que tocan lo tanatológico.

Acerca del paciente: ¿Con quién vive?, ¿En qué trabaja? ¿Cuál es su estrato socioeconómico? ¿Cuáles son sus actividades cotidianas? ¿Qué le gusta hacer? Son preguntas que plantea la Tanatóloga Linda Marcovich.

En la historia previa del paciente: ¿Ha habido pérdidas tempranas como divorcio de los padres, muerte de familiares? ¿Hay antecedente de abuso o experiencias traumáticas? Son interrogantes que se hace el Dr. Ramírez-Bermúdez.

En el momento de la crisis: ¿Qué le sucede emocionalmente al enfermo en el momento ante su pérdida?, ¿De qué manera puede estar llevando el duelo de su propia muerte?, ¿Este paciente sigue las etapas habituales de duelo?, ¿Qué de su historia puede ayudar al paciente a descubrir el sentido de su vida-muerte?<sup>28</sup>

No hay claridad en estos aspectos, de aquí que, el *primer reto* es que la tanatología necesita ir más allá de la clásica semiología clínica y adentrarse en la narrativa de la historia de vida, relatada por el propio paciente. A través de la narrativa, se podría identificar el cómo o el qué hizo llegar al paciente a un punto de quiebre entre su deseo de estar con vida, la desconexión consigo mismo y la desconexión con su mundo o realidad externa.

## II.2. Manejo tanatológico en la crisis aguda del paciente.

El paciente con Síndrome de Cotard durante la crisis aguda, en la que predomina el delirio de negación, anhela – en el fondo – el contacto humano. Esto lo afirma el Dr. Jesús Ramírez quien ha atendido personal y directamente a pacientes con dicho padecimiento. Aun cuando desafortunadamente algunos pacientes llegan a un estado neurológico o psiquiátrico de catatonía y no puede establecerse comunicación con ellos, en realidad, en muchos pacientes sí es posible contactarlos en su dimensión humana. Por consiguiente, es fundamental preguntarse: ¿Cómo ayudar al paciente con Síndrome de Cotard a elaborar su pérdida? Una pérdida de lo más crítica y dramática que es la de estar experimentando su propia muerte. En la búsqueda de las estrategias para ayudar a la elaboración de la pérdida en dicho paciente, la Tanatología puede echar mano de distintos encuadres psicoterapéuticos. Se intentaría establecer una relación afectiva, una alianza, una escucha con el paciente.

Aquí se hace énfasis en el enfoque gestáltico a partir de un marco humanista.<sup>29</sup>

En este sentido, el enfermo se encuentra en un estado de vacío, es decir, un estado en el que se acaba de perder algo, esto es, la vida misma al creerse muerto. Pero no se trata de una simple creencia o de verlo como una fantasía por el solo hecho de haberse calificado como una alucinación, sino que el paciente está experimentando un conjunto de sensaciones y emociones que están apareciendo ante la pérdida, que invaden su organismo y literalmente están empañando la percepción de sí mismo. De tal modo, el *segundo reto* es establecer las pautas necesarias para abordar el sentimiento del paciente en la experiencia actual, centrándose en el aquí y ahora, en sus percepciones y ahondar en su sensibilización. De acuerdo a la Psicóloga Ana Laura Jiménez, es fundamental, aproximarse a trabajar de cerca y directamente con lo que se está dando de forma dramática e inusual en el paciente: el delirio de su propia muerte y su desconexión con la vida interna y externa

Se podrían utilizar los principios de sensibilización establecidos en la terapia gestáltica<sup>30</sup> o estimular en los pacientes otras vías que despierten la emotividad como lo sería a través de la música, según lo señala el Dr. Ramírez.

La actitud del profesional de la salud, incluyendo desde luego al tanatólogo, es fundamental. Si el Síndrome de Cotard se asocia frecuentemente con la depresión, no es conveniente que los clínicos que conforman el equipo multidisciplinario, se muestren fríos o distantes ante los síntomas y manifestaciones depresivas de los pacientes.

Ya que de esta manera, sólo se estaría retroalimentando y reforzando la idea de no existencia tan manifiesta en estos pacientes. Afirma el Dr. Ramírez, “la ayuda brindada por el tanatólogo resultaría de gran apoyo en el manejo de los pacientes y sus familias; por ser un profesional que trabaja desde la empatía, el manejo de emociones, manejo de pérdidas y desde la parte humana”.

El Dr. Ramírez, asimismo, señala que no en todos los casos puede aproximarse uno al paciente con el enfoque psicoterapéutico, pues hay quienes caen en una catatonía. Pero en muchos otros pacientes con Síndrome de Cotard se necesita establecer un lazo de confianza y sí es posible trabajar con ellos aun cuando estén cursando su crisis aguda. Precisamente, el tanatólogo es un profesional bien capacitado para ser sensible y apoyar en situaciones de crisis extremas como esta. El Dr. Ramírez asegura que restablecer el contacto humano con el enfermo en este caso, por parte del tanatólogo, no es curativo, pero si cree que las personas que sufren así, anhelan un contacto humano. Además, el tanatólogo es un profesional que puede establecer un puente entre el delirio del paciente y la realidad, le ayuda a entrar al mundo en el cual se puede recuperar.

### **II.3 Manejo tanatológico en la recuperación del paciente.**

En aquellos casos en donde ha habido una resolución clínica del síndrome, tanatológicamente se pueden abordar las pérdidas sufridas por la persona, durante y después de haber padecido el síndrome. Ante la pérdida de su identidad, sus relaciones familiares, amigos, el trabajo, estabilidad económica, seguridad en sí mismo, etc., una alternativa abierta es la reconstrucción del significado de su vida, del sentido de su ser como persona e individuo.

El *tercer reto* tanatológico, trabajar en la fortaleza interna, que permita a la persona abrir con propios recursos internos, la oportunidad nuevamente del “poder ser”, desarrollar nuevas actitudes, nuevas decisiones, nuevas visiones acerca de quién es y para que está aquí, para vivir mejor después de la ilusión de la muerte.

En palabras de la Tanatóloga Linda Marcovich es muy importante que el paciente se vuelva a conectar con su identidad corporal y con su ser interior. Además, ella misma afirma la necesidad de explorar y trabajar con el sentimiento de culpa generado en el paciente.

En experiencia del Dr. Ramírez los pacientes con Síndrome de Cotard, pierden tanto al desarrollar este padecimiento que el trabajo tanatológico se podría sumar sin duda, al del equipo multidisciplinario

La recuperación de los pacientes con alguna enfermedad psiquiátrica es una mirada nueva, por mucho, se les ha hecho creer a ellos y a sus familias que no se van a recuperar. Pero se requiere una perspectiva distinta y de posibilidad, para reconocer que los pacientes son personas capaces de superar obstáculos que se les presentan y de luchar para estar bien consigo mismas y con su entorno.

#### **II.4. Manejo tanatológico con la familia.**

En otro nivel de intervención está el apoyo al sistema familiar. Aun cuando los familiares entienden clara y lógicamente que la muerte del paciente es una creencia, de cualquier manera hay una evocación del tema de la muerte en su contexto, no solo porque hay una enfermedad de por medio, sino por la presencia casi fantasmal de su ser querido; que sin duda los lleva también a experimentar una gran pérdida. La familia es testigo de cómo en apariencia el alma de su familiar parece irse antes que su cuerpo; de esta forma es como el grupo vive la invasión a su intimidad, a su dinámica, a su mundo de creencias, por un “enfermo” que está ahí sólo físicamente pero desconectado de la realidad, en una especie de paradoja de la presencia de la ausencia.<sup>31</sup>

De acuerdo con la Tanatóloga Linda Marcovich, la familia puede dar contención al paciente a través del amor y la compasión, a través de la tolerancia y la paciencia; en los episodios agudos y dramáticos que vive el paciente con Síndrome de Cotard.

De acuerdo a lo señalado por la Psicóloga Priscila González, se requieren redes de apoyo que proporcionen contención emocional a las familias. Nos podemos encontrar con familias funcionales que darán en los momentos de crisis aguda y en la recuperación, fortaleza, apoyo, comprensión, contención y amor a su familiar. Por el contrario, si la familia es disfuncional, se esperarán conflictos, mayor desgaste físico y emocional, enojo, desacuerdos y muy probablemente el abandono físico y emocional del paciente.

Por consiguiente, desde un enfoque sistémico, en el cual, se influyen unos y otros, el *cuarto reto* tanatológico es saber cómo manejar la reacción de la familia y facilitar la construcción de una red de apoyo para ellos, entre ellos y el paciente.

Por otra parte, es esencial que la familia pueda aprender a continuar con su propia vida, según lo señala la Tanatóloga Linda Marcovich. Que pueda evolucionar a través del



padecimiento de su paciente, es decir, crecer en principios, en valores, y no ver la situación como la peor, sino como una oportunidad para intentar ser mejores. Todo en la vida es un proceso de aprendizaje y en este sentido, también lo es el acompañamiento de un ser amado, que entra en la categoría de “paciente psiquiátrico” y más dramático aun cuando se trata de algo tan severo como el Síndrome de Cotard.

### **II.5. Tanatología en lo psicosocial.**

Por otra parte, la muerte, aun cuando está insertada como delirio en el enfermo, tiene su extrapolación en la sociedad. Cada cultura tiene ritos y costumbres que constituyen sistemas para mirar y hacer frente a la muerte. Particularmente relacionado con el Síndrome de Cotard, han aparecido en un número cada vez creciente, expresiones análogas como películas o series de televisión de “muertos vivientes” o “zombies” que reflejan un animismo atribuido a los muertos como una señal de que ellos están siempre a punto de regresar<sup>32</sup>, pero sobre todo, esa aparición de cadáveres con mucha sangre y descomposición de piel y vísceras, representan una cultura “necrótica” que parece querer asomarse de una manera horrible y espantosa a la muerte, en lugar de respetarla y dignificarla. Y también, con el surgimiento reciente de una banda de estrepitosa música metálica con el loco nombre de “Síndrome de Cotard” que incluye los títulos “Negation Delirium” y “Humans Inside a Corpse”, se dan muestras de una distorsión franca del sentido de la muerte, llevando a una desensibilización de la misma, y en consecuencia, a la desensibilización de la vida plena. El *quinto reto* de la tanatología es encontrar el camino para fortalecer en la cultura los principios del buen morir a través del bien vivir y crear estrategias psicosociales para hacer frente a esa moda negra de muerte y duelo.

Los enfermos con Síndrome de Cotard, por lo que representa su delirio, pueden condicionar, para la familia y la sociedad, no solo el cómo llenar nuestras peores pesadillas, sino también determinar una forma de ver a la muerte, que adolece de dignidad y una distorsionada forma de relacionarse con la muerte desde la cultura.

### III. CONCLUSIONES.

El Síndrome de Cotard es un fenómeno psicótico bizarro que no solo deberá en el futuro ser objeto de interés clínico y científico de la psicopatología y neuropsiquiatría, sino también de la tanatología, en los aspectos de la muerte y de la vida.

Dada su complejidad, se requiere de un manejo integral de los pacientes a través de la intervención de psiquiatras, neurólogos, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas familiares.

Hasta ahora no se había puesto atención al papel del tanatólogo, en gran parte, suponiendo que se trataba de un enfermo encerrado en una alucinación, por el cual, prácticamente no se podía hacer nada.

No obstante, asomarse a la problemática que representa el paciente, por un lado, mediante la investigación bibliográfica y por el otro al realizar entrevistas a clínicos con experiencia, - y al analizar toda la información reunida-, se concluye que desde el punto de vista tanatológico hay mucho que hacer con los pacientes. Esta tesina se ha aproximado por primera vez a señalar en qué pueden consistir tales oportunidades.

De tal manera, el tanatólogo – en su encuentro con el enfermo de Síndrome de Cotard – tiene ante sí una serie de retos importantes relacionados estrechamente con el paciente:

- En la comprensión de su enfermedad.
- El abordaje integral de su experiencia.
- El acompañamiento en su renacer.
- En la creación de redes con su familia.
- En la necesidad de hacer un puente cultural con la sociedad.

Con seguridad, los esfuerzos clínicos que realicemos en estos aspectos como tanatólogos, serán valiosos para estar con estos pacientes en su proceso de enfermedad y vincularnos como seres humanos con la profunda filosofía de la dualidad muerte-vida.

#### IV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Arbouet, S. Neuroendocrine carcinoid cancer associated with psychosis. *Psychiatry* 2008; 29.
- Berrios, G. E, Luque, R. Cotard's delusion or syndrome?: a conceptual history. *Comprehensive Psychiatry* 1995; 36:3, 218-223.
- Berrios, G. E, Luque R. Cotard's síndrome: analysis of 100 cases. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1995; 91:3, 185-188.
- Capponi, R. *Psicopatología y Semiología Psiquiátrica*. 2010, 12 ed. Editorial Universitaria.
- Castro, M. *Coaching tanatológico*. 2013, Trillas.
- Cohen, D.; Cottas, C.; Basmn, M.; Cotard's syndrome in a 15 year old girl. *Acta Psiquiatra Scandinavica*. 1997; 95:2, 160-165.
- Consoli, A. et. al. Cotard's syndrome in adolescents and young adults is associated with an increased risk of bipolar disorder. *Bipolar Disorders* 2007; 9:6, 665-668.
- Cotard, J. Studies on cerebral and mental diseases. VI On nihilistic delusión" (1882). En: Cousin FR, Garrabé J, Morozov D. *Anthology of French Language Psychiatric Text*, Institut d'édition, Sanofi-Synthelabo, París, 1999.
- De Risio, S. et al. A case of Cotard syndrome: (123)I-IBZM SPECT imaging of striatal D(2) receptor binding. *Psychiatry Research* 2014; 130:109-112.
- Debruyne, H, Portzky, M, Peremans, K, Audenaert, K. Cotard's syndrome. *Mind & Brain* 2011; 2:1, 67-72.
- Debruyne, H. Cotard's syndrome: A review. *Current Psychiatry Reports* 2009; 11:3,197-202.
- Hamon, J. M, Ginestet, P. Delusions of negation: 4 case reports. *Annales medico –Linden T, Hellden Andres. Cotard's syndrome as an adverse effect of acyclovir treatment in renal failure. Journal Neurological Sciences*. 2013; 333:S1.
- Leader, D. *La moda negra. Duelo, melancolía y depresión*. 2008, Sexto Piso.
- Mahgoub, N. A, Hossain A. Cotard's syndrome and electroconvulsive therapy. *Psychiatr Serv*. 2004; 55:1319.
- Mendez, M, Ramírez-Bermúdez J. Cotard syndrome in semantic dementia. *Psychosomatics* 2011; 52:6, 571-574.
- Mendez, M, Ramírez-Bermúdez J. Cotard syndrome in semantic dementia. *Psychosomatics* 2011; 52:6, 571-574.

- Montgomery, J. H.; Vasu, D. The use of electroconvulsive therapy in a typical psychotic presentations: a case review. *Psychiatry* 2007; 4:10, 30-39.
- Ramírez-Bermúdez J, Aguilar-Venegas L. C, Caril-Meléndez, D, Espinola-Nadurille, M, Nente, F, Mendez, M. F. Cotard Syndrome in neurological and psychiatric patients. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2010; 22:409-416.
- Ramírez-Bermúdez, J. Breve Diccionario Clínico del Alma. 2010. Debate.
- Ruminjo, A. A case report of Cotard's Syndrome. *Psychiatry* 2008; 28.
- Shiraishi, H, Ho, M, Hayash H, Otan K. Sulpiride treatment of Cotard's syndrome in schizophrenia. *Progress in neuro-psychopharmacology and biological psychiatry* 2004; 23:3, 607-609.
- Shukokondo, L. et. al. Bromocriptine augmentation therapy in a patient with Cotard's syndrome. *Progress in neuro-psychopharmacology and biological psychiatry* 2003; 27:4, 719-721.
- Sluzki, Carlos E. La Presencia de la Ausencia. Colección Terapia Familiar. 2011, Gedisa.
- Thomson, H. Back from the dead: Reversing walking corpse syndrome *New Scientist* 2013.
- Varios. Figura Fondo. Edición Especial 1. 2004, Revista del Instituto Humanista de Psicoterapia Gestalt AC.
- Varios. Psicología Humanista. 2011, Instituto Humanista de Psicoterapia Gestalt AC.
- Wani, Z.; Khan, A.; Baba, A.; Khan, H, Ain Q, Taploo R. Cotard's syndrome and delayed diagnosis in Kashmir, India. *International Journal Mental Health Systems* 2008; 2:1.
- <http://depsicologia.com/sindrome-de-cotard-muertos-vivientes>. Consultada 9 de junio 2014.
- [www.neurologia.com/pdf/web/5007\\_bd070420](http://www.neurologia.com/pdf/web/5007_bd070420). Consultada el 19 junio 2014.
- [www.psiquiatria.com](http://www.psiquiatria.com). Consultada el 11 junio 2014.
- [www.taringa.net/posts/paranormal/16805654/Entrevista-con-un-Hombre-muerto.html](http://www.taringa.net/posts/paranormal/16805654/Entrevista-con-un-Hombre-muerto.html). Consultada 8 de junio 2014.

## V. ENTREVISTAS.

- Psicóloga Priscilla González Mar. Coordinadora Académico de la Carrera de Psicología en la Universidad Panamericana. Entrevista realizada: 6 de junio del 2014.
- Psicóloga Ana Laura Jiménez Arias. Psicóloga Clínica. Especialidad en Desarrollo Humano y Gestalt. Entrevista realizada: 20 junio del 2014.
- Tanatóloga Linda Marcovich. Tanatóloga Clínica. Profesora Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Panamericana. Entrevista realizada: 22 junio del 2014
- Dr. Jesús Ramírez-Bermúdez. Jefe de la Unidad de Neuropsiquiatría. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Entrevista realizada: 23 de junio del 2014