

Caso de reunión clínica:

Síndrome de Cotard. Monicete, el haitiano

Mirka Arriagada¹, José Miguel Sepúlveda², Natali Battistoni³

Resumen

Paciente NN de sexo masculino, de edad media, es traído por carabineros al Servicio de Urgencia del Instituto, luego de haber realizado intento suicida por ahorcamiento. El paciente no aporta mayor información respecto de sus datos demográficos ni cuenta con identificación. Existe falta de cooperación y aparentes dificultades con el manejo del idioma. Paciente de raza negra, muy enflaquecido, de unos 40 a 50 años de edad, desaseado. Lúcido y orientado. Juicio de realidad alterado. Hipótesis Diagnóstica: Síndrome Suicidal. Psicosis Lúcida. Desnutrición Calórico-Proteica.

Social: Situación de identidad y documentación. Red de apoyo. No se ha logrado contactar familiares. Debido a la situación de indocumentación, se dificulta el realizar varios estudios médicos. Idioma criollo haitiano (creol). **Migración:** Es conocido el aumento de la población migrante en nuestro país. El desafío de la competencia cultural.

Palabras claves: Síndrome Suicidal. Psicosis Lúcida. Desnutrición Calórico-Proteica. Migración, competencia cultural.

Cotard's syndrome. Monicete, the Haitian Summary:

NN male patient, middle age, is brought by police to the Institute's Emergency Department, after having committed a suicide attempt by hanging. The patient does not provide more information regarding his / her demographic data or has identification. There is a lack of cooperation and apparent difficulties with language management. Black patient, very emaciated, about 40 to 50 years of age, dirty. Lucid and oriented. Altered judgment of reality. Diagnostic Hypothesis: Suicidal Syndrome. Lucid Psychosis. Caloric-Protein Malnutrition.

Social: Status of identity and documentation. Supporting net. Family members could not be reached. Due to the undocumented situation, it is difficult to perform several medical studies. Haitian Creole language. **Migration:** It is known the increase of the migrant population in our country. The challenge of cultural competence.

1. Psiquiatra
2. Residente Psiquiatría Adulto
3. Asistente Social. Equipo Sector 3, Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz B."

Keywords: Suicidal Syndrome. Lucid Psychosis. Caloric-Protein Malnutrition. Migration, cultural competence

Caso Clínico

Historia Clínica:

Motivo de Consulta: Paciente NN de sexo masculino, de edad media, es traído por carabineros al Servicio de Urgencia del Instituto, luego de haber realizado intento suicida por ahorcamiento. (abril 2016)

Anamnesis: El paciente no aporta mayor información respecto de sus datos demográficos ni cuenta con identificación. Existe falta de cooperación y aparentes dificultades con el manejo del idioma.

Según lo descrito por carabineros, habría sido sorprendido por otros usuarios de una hospedería del Hogar de Cristo en Estación Central. Además, estaría presentando conductas bizarras, principalmente el deambular desnudo por el lugar. El paciente dice que "algo tiene" y que le faltan algunas costillas, quejándose de molestias en zona costal.

Niega consumo de sustancias. No describe antecedentes de morbilidad médica o psiquiátrica.

Examen Mental: Paciente de raza negra, muy enflaquecido, de unos 40 a 50 años de edad, desaseado. Lúcido y orientado. Retira el contacto visual al entrevistador. Se tapa los oídos con las manos, facie perpleja, con escasos movimientos espontáneos y pérdida de la gracia de éstos. Reticente, perplejo, afecto escasamente modulado. Su discurso es monocorde, hace uso de respuesta breves y con latencia. A ratos mutista. No queda claro si entiende algunas de las preguntas. Tendencia a la laxitud asociativa. Se describen ideas de enfermedad física y de falta de partes del cuerpo, ideas que impresionan como delirantes. No se pesquiza ideación suicida.

Niega alteraciones sensoriales, pero impresiona interferido. Sin conciencia de enfermedad. Juicio de realidad alterado.

Examen Físico

PA 155/100mmHg, FC 95x', Sat O2 97% (amb), FR 17x', T 36.5°. Deshidratación leve, bien perfundido. Enflaquecido, no se describen signos carenciales específicos. Cardiopulmonar normal, se queja de dolor en parrilla costal derecha a la palpación. Resto de examen segmentario normal. Neurológico sin evidencias de focalidad.

Hipótesis Diagnóstica

Sindromático: Síndrome Suicidal. Psicosis Lúcida.

Específico: Obs Depresión Psicótica Obs Esquizofrenia.

Desnutrición Calórico-Proteica. Obs Fractura Costal.

Plan de Tratamiento

Reposo relativo, vigilar por riesgo de caída. CSV c/8 horas.

Se solicitan exámenes generales. Interconsulta a nutricionista.

Farmacoterapia: Lorazepam 2mg 1/2-1/2-1/2 v.o., Olanzapina 10mg 0-0-1/2 v.o.

Problemas del Paciente:

Social: Situación de identidad y documentación. Red de apoyo.

Biomédico: Desnutrición calórico-proteica. Posible morbilidad médica.

Psiquiátrico: Síndrome Suicidal. Psicosis Lúcida en Estudio.

Evolución

Social: Durante estadía en SU, refiere llamarse Michaim A., ser proveniente de Haití, tener 42 años y que está en Chile hace un mes. Ya en estadía en sector 3, menciona que en su documentación figura como Monicete A, desconoce número de identificación o teléfonos de contacto. Existiría un primo en Chile al cual no se logra ubicar. Inicialmente recibe visitas de otros ciudadanos haitianos que lo conocieron en hospedería, que no conocen otros antecedentes. Posteriormente en la evolución, el paciente refiere ser soltero, sin hijos y tener estudios universitarios incompletos de medicina y psicología en Santo Domingo. Hace 3 semanas se obtiene pasaporte del usuario.

Biomédica

Nutricional: IMC 16.9kg/m2. Deterioro durante complicaciones infecciosas. Suplementación específica según laboratorio.

Respiratorio: Cursa 3 cuadros de NAC, uno ATS III asociado a Síndrome confusional. Se intenta traslado por UGC. Nódulo pulmonar.

Infeccioso: NAC y descarte de TBC. Episodios de Síndrome diarreico agudo. Descarte de VIH, VHC, VHB. No se ha realizado estudio parasitológico completo.

Hematológico: Presenta anemia y leucopenia, con dificultades en su estudio por documentación. Se realiza estudio de trombocitos descartándose enfermedad primaria.

Neurológico: Presenta varios episodios de Delirium asociado a complicaciones infecciosas y nutricionales. No presenta focalidad neurológica, no se solicita neuroimágenes mientras cursa cuadros tóxico-metabólicos. Hace un mes, evaluado por neurología, sin focalidad, pero con aparente deterioro, se sugiere neuroimágenes para descartar demencia frontotemporal.

Psiquiátrica: Durante estadía en SU no presenta mayores desajustes, siendo trasladado al Sector 3 a los pocos días. Persiste con cierta inhibición psicomotora e ideas delirantes de enfermedad somática y de que le faltan partes de su cuerpo (esófago e intestinos), que impresionan como un Delirio de Cotard.

Durante las primeras 3 semanas de estadía hospitalaria se mantiene como hipótesis diagnóstica un cuadro afectivo (depresión psicótica). El paciente va estableciendo mayor cooperación durante las entrevistas, se queja de enfermedad física que no describe mayormente y solicita que se le hagan exámenes.

Se pesquisan algunas ideas de contenido religioso y aparentemente, de daño y perjuicio, relacionado con el robo de sus órganos. No hay cambios importantes relacionados con la inhibición psicomotora y aplanamiento afectivo. Durante una entrevista, intentando la descripción más detallada sobre sus quejas somáticas, el paciente refiere espontáneamente "no he sido zombificado" como una aclaración.

En cuanto al diagnóstico de su psicosis en estudio se plantea como causa un Trastorno Delirante v/s Esquizofrenia. Aproximadamente al mes de hospitalización, comienza a presentar desajustes de predominio vespertino, fluctuante y aparentemente confuso. Durante las siguientes 12 semanas presenta una serie de complicaciones médicas que complican su estado mental, constituyendo el diagnóstico principal el Síndrome Confusional (Delirium) Tras la recuperación de las complicaciones médicas, remite el cuadro confusional.

Desde entonces, persiste con contacto lejano, disminución en la psicomotricidad, afecto predominantemente aplanado y enlentecimiento en el curso del pensamiento. Respecto del contenido del pensamiento, cesan sus quejas somáticas. Ideas de control y robo de partes del cuerpo difíciles de explorar por reticencia del paciente. El paciente impresiona deteriorado en lo cognitivo y con síntomas negativos.

Contenido del pensamiento difícil de evaluar por falta de cooperación (tabú) y cultura del paciente. Existe la duda sobre el defecto actual, entre lo psiquiátrico y lo neurológico.

Discusion

Síndrome de Cotard

El síndrome de Cotard no está actualmente clasificado como un desorden en DSM-IV-TR e ICD-10. En DSM-IV-TR, los delirios nihilistas se clasifican como delirios congruentes con el estado de ánimo, un episodio depresivo con características psicóticas. Clasificación: el síndrome de Cotard como una entidad separada es un ejercicio en nuestro sistema de clasificación de diagnóstico actual.

La prevalencia e incidencia de este síndrome raro no es conocida.

Cotard formuló un nuevo tipo de depresión, caracterizada por melancolía ansiosa, ideas de condenación o rechazo, insensibilidad al dolor, delirios de inexistencia en relación con el propio cuerpo y los delirios de la inmortalidad. (Debruyne H, 2009)

Berrios y Luque subdividieron el síndrome de Cotard en tres tipos. El tercer grupo fue el síndrome de Cotard Tipo II, con ansiedad, depresión, alucinaciones auditivas, delirios de la inmortalidad, delirios nihilistas y comportamiento suicidas como rasgos característicos. (Berrios GE, 1995)

Dado que el síndrome de Cotard se conceptualiza como parte de un trastorno subyacente, varias enfermedades psiquiátricas y somáticas han sido asociados con el síndrome.

Cambio en la orientación existencial: en este modelo la explicación de delirios de identificación errónea se basa en cambios del sentimiento existencial del paciente. Aquí, el contenido delirante es simplemente una expresión de una alteración más general del sentimiento existencial. Los impedimentos de razonamiento son incrustados en un fondo de sentimiento existencial, en lugar de venir después de una experiencia anómala. Esto contrasta con otros modelos más "espectadores" (el paciente como espectador de una experiencia anómala, donde las percepciones y experiencias se construyen como una especie de sistema a través del cual los contenidos perceptuales presentado). (Young G. (2011)

En cuanto a las condiciones médicas, se ha demostrado que el síndrome de Cotard está asociado con sífilis, fiebre tifoidea, migraña, epilepsia, trauma cerebral, esclerosis múltiple, infarto cerebral, tumores cerebrales, epilepsia del lóbulo temporal, enfermedad de Parkinson, lesión cerebral, encefalitis herpética y no herpética.

En el momento oportuno de su enfermedad, comenzaron a creer que sus partes del cuerpo no existían y, por lo tanto, redu-

jeron la ingesta de alimentos que era evidente como deficiencias nutricionales. (Grover S, 2014)

Con respecto a características de la personalidad premórbida, se propuso que en el síndrome de Cotard los pacientes con un estilo de atribuciones interno, (que a menudo coexiste con depresión), son más vulnerables a desarrollar el síndrome. (Enoch D, 1991)

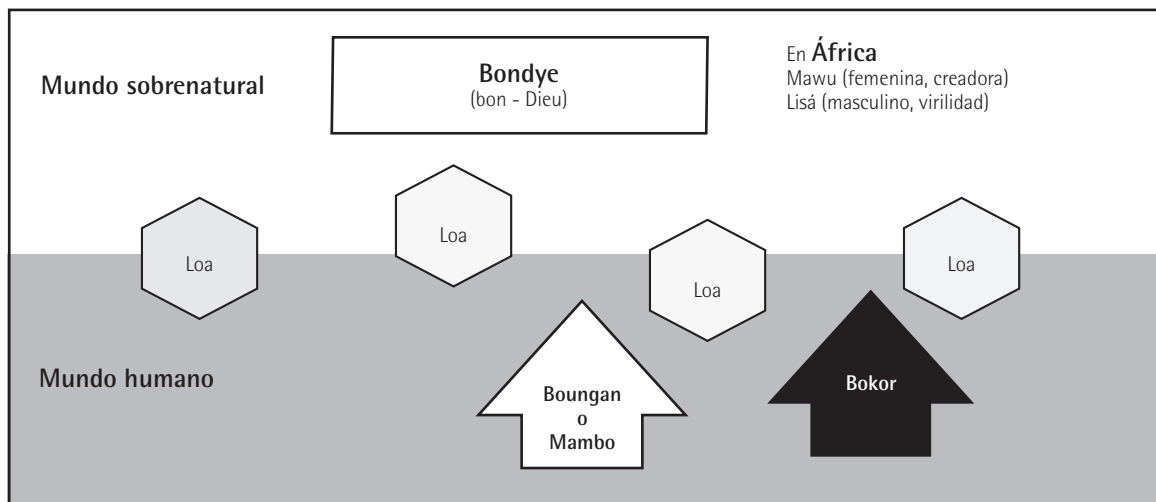
Las creencias culturales y supersticiosas podrían afectar la formación de la constelación compleja de los síntomas del paciente, incluyendo los síntomas del síndrome de Cotard; la resolución de los síntomas se puede lograr paso por paso. Como ejemplo: Una paciente con síntomas de síndrome de Cotard asociados con la experiencia de estar fuera del cuerpo y despersonalización, y duelo complicado, fue referida para la evaluación. Ella creía que había sido asesinada por una criatura llamada "Aal" en el folklore persa (Ghaffari Nejad A, (2013).

El Vodú Haitiano: Religión originaria de África Occidental, de especial interés para la paleo antropología. En el Caribe tiene un matiz especial por el sincretismo con elementos del cristianismo y creencias nativas. Extendida en varias poblaciones de Latinoamérica y EEUU con pasado esclavista y de especial importancia en Haití, siendo oficializada durante la dictadura de Duvalier y es la religión practicada por un 40% de la población actual.

Zombificado: En la cultura popular, un zombi es un muerto vuelto a la vida que queda sometido a las órdenes de quien lo resucita. En el vodú haitiano, una persona puede ser zombificado por un bokor, perdiendo parte de su alma dual (Ti bon ange), correspondiente a su voluntad y vitalidad corporal. Se ha vinculado el concepto de zombi a la figura del esclavo. Se ha descrito el uso de brebajes con potencial neurotóxico que podrían ocasionar daño cerebral cortical.

En Chile: "En la práctica clínica hemos percibido que la población haitiana tiene un concepto de comunidad muy arraigado. Se organizan bajo jerarquías religiosas y civiles bien definidas. El pastor constituye un pilar fundamental para las familias, guiando espiritual y socialmente".

"Atender a estas familias ha sido sumamente enriquecedor para el equipo y sin duda nos ha ayudado a ver la medicina con otros ojos, reafirmando el concepto de que cada niño es un mundo distinto y que debemos abordarlo dentro de su contexto cultural". (Astudillo Paola, Durán Macarena., 2015) (Hasen F, 2012.)



La discriminación de los diferentes tipos de orientación religiosa que poseen los individuos, trabajo iniciado por Allport y Ross (1967), permite una mayor comprensión acerca del fenómeno de la religiosidad.

Originalmente, esta distinción estuvo motivada por las fuertes asociaciones que se habían hallado entre la religiosidad y diferentes formas de prejuicio (por ejemplo, racismo, etnocentrismo, sexismo. (Simkin H., y Etchezahar E. 2013, Bowen, A.M. y Bourgeois, M.J. 2001, Gentry, C. 1987).

Parece un hecho evidente que en Chile el prejuicio y los estereotipos hacia las minorías étnicas no se han alterado mayormente

en el último tiempo, como tampoco las acciones discriminatorias que se derivan de éstos, situación que se manifiesta en un rango de conductas que van desde las expresiones verbales de disgusto hasta los ataques violentos.

M. Cárdenas definió: "El constructo "racismo moderno" enfatiza la naturaleza "ideológica" del prejuicio y su temprano enraizamiento social (el cual no estaría necesariamente vinculado con la experiencia personal). En este sentido, se refiere a conductas simbólicas que apuntarían a develar la idea de que el exogrupo estaría violando valores arraigados y ejerciendo una excesiva e ilegítima presión para alterar el statu quo". (M. Cárdenas, 2007, página 256)

Bibliografía

- Allport, G. W. Et Ross, J. M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5, 432-443. doi:10.1037/h0021212
- Astudillo Paola, Durán Macarena. Comunidad Haitiana en Estación Central. *Psiquiatría y salud mental* 2015, XXXII, N° 1, 4 – 6
- Berrios GE, Luque R. Cotard's syndrome: analysis of 100 cases. *Acta Psychiatr Scand*. 1995;91:185-188
- Bowen, A.M. y Bourgeois, M.J. (2001). Attitudes toward lesbian, gay, and bisexual college students: The contribution of pluralistic ignorance, dynamic social impact, and contact theories. *Journal of American College Health*.
- Cárdenas Manuel. Escala de racismo moderno: propiedades psicométricas y su relación con variables psicosociales. *Univ. Psychol. Bogotá (Colombia)*, 6 (2): 255-262, mayo-agosto de 2007 www.scielo.org.co/pdf/rups/v6n2/v6n2a05.pdf
- Debryne H, Portzky M, Van den Eynde F, Audenaert K. Cotard's syndrome: a review. *Curr Psychiatry Rep*. 2009 Jun;11(3):197-202.
- Enoch D, Trethowan W. Cotard's syndrome. In: *Uncommon Psychiatric Syndromes*. 3rd ed. Oxford: Butterworth Et Heinemann; 1991:162-183
- Gentry, C. (1987). Social distance regarding male and female homosexuals. *Journal of Social Psychology*.
- Ghaffari Nejad A, Mehdizadeh Zare Anari A, Pouya F. Effect of cultural themes on forming Cotard's syndrome: Reporting a case of Cotard's syndrome with depersonalization and out of body experience symptoms. *Iran J Psychiatry Behav Sci*. 2013;7:91-3. [PMCID: PMC3939999]
- Grover S, Aneja J, Mahajan S, Varma S. Cotard's syndrome: Two case reports and a brief review of literature. *J Neurosci Rural Pract*. 2014 Nov;5(Suppl 1):S59-62. doi: 10.4103/0976-3147.145206
- Hasen, Felipe. Interculturalidad en salud: competencias en prácticas de salud con población indígena. *Cienc. enferm*. [online]. 2012, vol.18, n.3, pp.17-24
- Simkin H., y Etchezahar E. (2013), Las Orientaciones Religiosas Extrínseca e Intrínseca: Validación de la "Age Universal" I-E Scale en el Contexto Argentino Vol. 22, N° 1, 97-106 doi: 10.7764/psykhe.22.1.477
- Young G. Beliefs, experiences and misplaced being: an interactionist account of delusional misidentification. *Phenom. Cogn. Sci*. 10, 195-215 (2011).