



## Un análisis neuropsiquiátrico del delirio de Cotard

► El síndrome de Cotard se define como una condición neuropsiquiátrica con baja prevalencia que implica la presencia de delirios nihilistas que van desde la negación de la existencia de partes del cuerpo hasta la negación de la existencia propia. Se relaciona generalmente con alguna comorbilidad, principalmente con una enfermedad neurológica preexistente, entre las cuales se pueden citar: migraña, hemorragias subdurales, atrofia cerebral, malformaciones arteriovenosas, esclerosis múltiple, antecedente de infartos cerebrales, trombosis del seno sagital superior, tumores en lóbulo parietal, epilepsia del lóbulo temporal, enfermedad de Parkinson, encefalopatía y lesión cerebral. También se han identificado asociaciones con deshidratación, parálisis supranuclear progresiva y pacientes bajo tratamiento de esteroides o amantadina.

En un estudio realizado en 2018, Sahoo y Josephs buscaron evaluar la asociación entre el síndrome de Cotard y otras alteraciones neuropsiquiátricas en pacientes con signos y síntomas asociados con Cotard con registro en la base de datos de Mayo Clinic en un periodo de 1996 a 2016. Se logró identificar 12 pacientes que cumplieron los criterios. Se encontró una mayor frecuencia en hombres, en torno a los 50 años. Así mismo, se han identificado en estudios de imagen como resonancia mag-

nética cambios en el hemisferio derecho, bilaterales o en el hemisferio no dominante en donde se muestran lesiones vasculares. Se ha encontrado también predominancia en afectación de lóbulo frontal, incluso atrofia bilateral cerebral.

Como fisiopatología de los síndromes de mala identificación, se ha notado desconexiones en los circuitos neuronales que integran la percepción propia, dando como resultado la incapacidad para relacionar la percepción de lo externo, es decir, los estímulos ambientales que se relacionan con la memoria autobiográfica generada previamente. Lo anterior puede ser explicado por una lesión profunda derecha que interrumpiera la conexión anatómica localizada entre el temporal y las regiones límbicas, lo que resultaría en alteraciones en la familiaridad propia, de las personas, sitios, objetos y así sucesivamente, culminando con un problema en la resolución de un conflicto cognitivo.

Como tratamiento del síndrome se ha empleado con efectividad terapia electroconvulsiva, farmacoterapia, terapia conductual, psicoterapia, rehidratación y eliminación de las drogas nocivas. Once de los 12 pacientes del estudio antes mencionado recibieron tratamiento y los 11 experimentaron una mejoría y/o resolución de los delirios de Cotard.

*Alejandra Muñoz Valdivia y Yunuén Aguilar Rangel*

### Bibliografía

Sahoo, A., & Josephs, K. A. (2018). A Neuropsychiatric Analysis of the Cotard Delusion. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 30(1), 58-65. doi: 10.1176/appi.neuropsych.17010018









El objetivo de este artículo es entender la naturaleza de las fallas en algunos sistemas que producen estos síndromes.

La "hipótesis de los dos factores" (delirios y confabulación) comenzó con hacer diferencia entre la percepción (lo que veo, escucho, siento y recuerdo) y la cognición (pienso, decido, planeo). Explica el autor que algunos delirios son productos de explicaciones falsas a experiencias extrañas; esto ocurre cuando no nos es posible rechazar la idea falsa por no poder dudar de su plausibilidad. Para que esto suceda debe existir un problema a nivel cognitivo, específicamente en las funciones ejecutivas.

Esta falla, propone el autor, se encuentra en los delirios y también en las confabulaciones presentes dentro de los síndromes de mala identificación, cuando están basadas en el delirio (de que la persona de enfrente es un impostor).

La confabulación se conceptualiza como un trastorno en la memoria o en la percepción, ambos dominios del conocimiento. Para que exista una confabulación deben existir dos errores:

- el primero en áreas cerebrales encargadas de la percepción y memoria que lleva al paciente a declarar un recuerdo/vivencia,
- el segundo en la imposibilidad de reconocer que esta percepción está basada en una percepción errónea, entonces de poder corregir su declaración, o sea en la cognición (funciones ejecutivas).

En los síndromes de mala identificación se pierde el reconocimiento de las personas, confabulando la explicación de que tiene a un impostor; esta última explicación no es detectada por las funciones ejecutivas para ser corregida por lo que se presenta el síndrome completo.

El curso, según Hirstein, comienza cuando se pierde la familiaridad de la persona que se deja de reconocer, el paciente deja de percibir la reacción afectiva hacia la persona entonces deja de reconocerla (experiencia extraña), por lo que comienza a crear el delirio de que es un impostor, añadiendo confabulaciones sobre las vivencias con la persona mal identificada.

Se añade un componente más, la personalidad previa del paciente, proponiendo una predisposición premórbida que apoya la creación del delirio (con base en que la explicación debe estar en el exterior).

Explicando sobre la familiaridad, debemos hablar sobre la memoria episódica-autobiográfica, encargada de las representaciones de las personas que conocemos y nuestro autoconcepto; esta memoria en conjunto con estructuras que nos dan la representación de la mente de otras personas (teoría de la mente) comienzan con errores dándonos una falla en la familiaridad, desencadenando la mala identificación de quien tenemos enfrente; esta teoría sustenta que los síndromes de mala identificación, son trastornos de la lectura de la mente, por las fallas que existen en los sistemas que usamos para entender y predecir la conducta de otros (también sus emociones, intenciones o motivos). Entonces si este sistema falla, perdemos la respuesta afectiva hacia esta persona, convirtiéndose en una experiencia extraña, que posteriormente se interpreta de forma delirante sin la capacidad para corregir cognitivamente.

## Los síndromes de identificación errónea: trastornos de lectura mental

► El síndrome de Capgras se da tras la idea de que alguna persona conocida es reemplazada por impostores. Este artículo propone una teoría en la que este síndrome se debe a un proceso de destrucción de la representación de dicha persona.

Para poder introducir esta teoría, debemos entender términos como anosognosia (negar una discapacidad) y asomatognosia o somatofrenia (no reconocer una parte del cuerpo como nuestra); estos términos forman parte de los síndromes de confabulación. La confabulación consiste en tener recuerdos falsos pero que se viven con certeza.

Cognitivamente necesitamos las representaciones (memoria) y la capacidad para manipularlas (funciones ejecutivas), entonces necesitamos la capacidad para mover el enfoque de la percepción a la memoria y de regreso para poder reconocer a una persona y necesitamos de la teoría de la mente para poder atribuir a la persona reconocida un estado mental e incluso almacenar estos estados mentales en las representaciones que tenemos de otros. Las fallas en estos procesos tienen como resultado los síndromes de mala identificación y confabulación, postulándose como trastornos de la lectura del pensamiento.

En conclusión los síndromes de mala identificación se pueden explicar con la hipótesis de dos factores: fallas en la percepción y fallas ejecutivas que monitorean y corrigen las percepciones alteradas. Las personas con síndrome de Capgras tienen una

persona familiar en cuanto a cuerpo y cara, pero habitadas por una mente no familiar y no cuentan con el proceso ejecutivo que corrige o resuelve dicha contradicción, formando un delirio que cuando se expresa se convierte en una confabulación sobre un impostor.

*Rosy Senado Zaga*

### Bibliografía

Hirstein, W. (2010). The misidentification syndromes as mindreading disorders. *Cognitive Neuropsychiatry*, 15(1), 233-260. doi: 10.1080/13546800903414891

#### INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

**Dr. Eduardo A. Madrigal de León**  
*Director General*

**Dr. Francisco J. Pellicer Graham**  
*Director de Investigaciones en Neurociencias*

**Dra. Shoshana Berenson Gorn**  
*Directora de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales*

**Dra. Claudia Becerra Palars**  
*Directora de Servicios Clínicos*

**Dr. Ricardo A. Saracco Álvarez**  
*Subdirector de Investigaciones Clínicas*

#### COMITÉ EDITORIAL

**Dr. Ramón de la Fuente Muñiz**  
*Fundador*

**Dra. Sofía Vidal de la Fuente**  
*Editora*

**Dr. Héctor Pérez-Rincón**  
*Jefe del Departamento de Publicaciones*

© Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Calz. México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco, Deleg. Tlalpan, 14070 Ciudad de México. Teléfono: 55 4160-5128. Correo electrónico: svidal@imp.edu.mx. Web: www.biclin.mx

# Alzam

alprazolam

TRAS LA TEMPESTAD...

regresa la calma



Tabletas birranuradas

## Xerenex®

Paroxetina

El camino a  
**la Serenidad**

Es útil en pacientes con ansiedad comórbida y como terapia de mantenimiento en depresión.<sup>1</sup>



Ranurada

Referencia: 1. Wild, M. I., & Whittington, R. (1995). Paroxetine: a pharmacoeconomic evaluation of its use in depression. *Pharmacoeconomics*, 8, 62-81. SSA 2309082002C00105

## Selective®

Escitalopram

RÁPIDO  
Y SELECTIVO



La marca de escitalopram más accesible del mercado.<sup>1</sup>



¡Y siempre... ¡Beneficio permanente para su paciente!



Ranurada

psicofarma<sup>®</sup>  
Al servicio de tu salud mental

Referencia: 1. Tomado de precios promedio de escitalopram en Farmacias San Pablo, Del Norte, Guadalupe y Benavides a Febrero 2023. SSA 2309022002C00022

Contigo  
en Mente

www.contigoenmente.com