



«MADEMOISELLE X»

ROCÍO GARCÍA GARCÍA¹, ANA BELÉN RECIO HERNÁNDEZ¹,
LAURA PALACIOS PLAZA²,
M.^a PURIFICACIÓN JORGE HERNÁNDEZ³,
M.^a CARMEN MARTÍN GÓMEZ⁴
Y NEREA SÁNCHEZ SÁNCHEZ³

¹Residente de enfermería en salud mental de segundo año. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

²Residente de enfermería en salud mental de primer año. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

³Enfermera especialista en salud mental. Unidad de Hospitalización Breve. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

⁴Psiquiatra. Unidad de Hospitalización Breve. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

INTRODUCCIÓN

La depresión afecta a más de trescientos millones de personas en el mundo. Se trata de un problema de salud grave, que provoca un gran sufrimiento en las personas que la padecen y altera las actividades de su vida cotidiana. A pesar de ser una enfermedad con opciones de tratamiento eficaces, más de la mitad de los casos mundiales de depresión no llegan a tratarse¹.

El síndrome de Cotard es una entidad diagnóstica muy infrecuente. No se conoce su prevalencia exacta, pero se cree que podría ser inferior al 1 %. Es difícil encontrar estudios epidemiológicos acerca de este síndrome debido a la complejidad de su diagnóstico.

Fue descrito por primera vez por Jules Cotard (1880), neurólogo francés, tras atender a una pa-

ciente a la que presentó bajo el pseudónimo de «Mademoiselle X», que negaba la existencia de algunas partes de su cuerpo e, incluso, creía que jamás podría tener una muerte natural, estando, así, eternamente condenada a ser un cuerpo en descomposición².

La sintomatología puede ser muy variable de un paciente a otro. Puede ir desde la negación de alguna parte u órgano de su propio cuerpo, o su correcto funcionamiento, hasta la negación de su propia existencia o del mundo que le rodea. Los síntomas más comunes, según una revisión de 100 casos realizada por Berrios y Luque en 1995, son la negación del propio cuerpo (86 %), la negación de la propia existencia (69 %), el delirio de hipocondría (58 %) y el de inmortalidad (55 %)³.

El tratamiento también puede variar de una persona a otra, dependiendo de la etiología y la gravedad. En el caso de los trastornos afectivos, los antidepresivos podrían mejorar el cuadro, pero, debido a la presencia de delirios, muchos autores proponen

Correspondencia: Rocío García García
Correo electrónico: rocio_lanava28@hotmail.com

como tratamiento de elección la terapia electroconvulsiva (TEC).

La TEC consiste en inducir una convulsión generalizada en el paciente, de forma controlada, mediante la administración de un estímulo eléctrico superior al umbral convulsivo⁴.

EXPOSICIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se plantea el estudio de una mujer de 77 años con trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos (síndrome de Cotard), con antecedentes médicos de diabetes mellitus de tipo 2, hipertensión arterial, hipercolesterolemia e hipotiroidismo. Se decidió su ingreso en la unidad de hospitalización breve.

Acudió a urgencias con un cuadro de malestar general, que se había agudizado en los últimos tres días. Manifestaba negativa a la ingesta («no puedo tragar, porque no tengo faringe; se me acumula la medicación y la comida en la garganta»), a la deambulación («no puedo caminar, porque no tengo piernas») y otra serie de síntomas delirantes de tipo somático. La paciente refería estar muerta, moribunda. Cuan-

do salía a la calle decía que no existía la calle, que nadie la quería. Había abandonado sus cuidados básicos y se negaba a la toma de tratamiento.

Tras descartar patología orgánica, se ajustó el tratamiento psicofarmacológico. La paciente continuaba con actitud negativista y con conductas catatoniformes.

Se decidió optar por la TEC de acuerdo con sus familiares.

Se desarrollaron todas las etapas del proceso de atención de enfermería (PAE), y se utilizaron las taxonomías de diagnósticos enfermeros NANDA⁵ (North American Nursing Diagnosis Association), de resultados de enfermería NOC⁶ (Nursing Outcomes Classification) y de intervenciones de enfermería NIC⁷ (Nursing Interventions Classification) para la elaboración del plan de cuidados.

Inicialmente, se realizó una valoración por patrones de Marjory Gordon (tabla 1)⁸.

VALORACIÓN GENERAL

Tabla 1. Valoración según los patrones funcionales de Marjory Gordon

Percepción/control de la salud	Elecciones de la vida diaria ineficaces para cumplir los objetivos de un tratamiento o programa de prevención.
Nutricional/metabólico	Informe de ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas. Aversión a comer.
Eliminación	Incontinencia.
Actividad/ejercicio	Limitación en la amplitud de movimientos. Incapacidad para mantener el aspecto a un nivel satisfactorio.
Sueño/descanso	Quejas verbales de no sentirse bien descansada.
Cognitivo/perceptivo	Pensamiento inadecuado no basado en la realidad.

Continúa

Tabla 1. Valoración según los patrones funcionales de Marjory Gordon (continuación)

Autopercepción/autoconcepto	Pasividad, falta de implicación en sus cuidados, disminución de las emociones y del sueño. Percepciones que reflejan una visión alterada de la apariencia del propio cuerpo.
Rol/relaciones	Dificultad para comprender o mantener el patrón de comunicación habitual.
Sexualidad/reproducción	Menopausia.
Adaptación/tolerancia al estrés	Inquietud, nerviosismo, temor.
Valores/creencias	No valorable.

PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS CUIDADOS

En la tabla 2, se recoge el plan de cuidados de enfermería.

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS Y SEGUIMIENTO

En cuanto a los resultados obtenidos, nos encontramos, en primer lugar, el autocontrol del pensamiento distorsionado, ya que, al ingreso, la paciente rara vez exponía un contenido de pensamiento apropiado y, al alta, lo hacía constantemente.

Se consiguió también mejorar su equilibrio nutricional, puesto que, al ingreso, la ingesta alimentaria y de líquidos se encontraba sustancialmente comprometida y, al alta, se alimentaba con normalidad sin presentar negativa.

En tercer lugar, se consiguió mejorar la ansiedad: al alta, la paciente presentaba una ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad.

Por último, se controló su depresión, así como el riesgo de suicidio: al alta, la paciente no presentaba manifestaciones de conducta depresiva.

DISCUSIÓN E IMPLICACIÓN PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

Analizando los resultados y revisando la bibliografía relacionada con la TEC, se podría concluir que es un procedimiento terapéutico eficaz en determinadas enfermedades mentales, sobre todo, en episodios depresivos graves, como en este caso, en el que la paciente presenta síntomas psicóticos resistentes al tratamiento farmacológico, pudiéndose llegar a conseguir una mejoría en el 70-90 % de los casos tratados de manera segura. Es por ello por lo que se considera el tratamiento más eficaz en la depresión grave. Hay expertos que señalan que debería contemplarse como tratamiento de primera elección⁴.

En el presente caso, los resultados comenzaron a objetivarse a partir de la tercera sesión, de un total de nueve.

Se puede concluir que, con la terapia unida a unos adecuados cuidados de enfermería, se ha conseguido el objetivo de hacer desaparecer la sintomatología psicótica y mejorar la esfera afectiva, logrando que la paciente vuelva a colaborar con su tratamiento y recupere su independencia para las actividades básicas de la vida diaria al alta.

Tabla 2. Plan de cuidados de enfermería

NANDA	NOC	NIC	ACTIVIDADES
[00122] Trastorno de la percepción sensorial r/c alteración de la percepción sensorial m/p distorsiones visuales.	[1403] Autocontrol del pensamiento distorsionado. Indicadores: [140313] Expone un contenido de pensamiento apropiado.	[6450] Manejo de las ideas ilusorias. [4820] Orientación a la realidad. [2570] Manejo de la TEC.	– Mantener un ambiente de seguridad. – Realizar valoración y preparación preoperatoria y posoperatoria rutinaria de la TEC. – Administrar la medicación prescrita. – Informar al paciente y la familia del procedimiento. – Documentar cuidados y respuesta del paciente.
[00002] Desequilibrio nutricional por defecto r/c incapacidad para ingerir los nutrientes debido a factores psicológicos m/p ingesta inferior a las recomendaciones.	[01008] Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos. Indicadores: [100801] Ingestión alimentaria oral. [100803] Ingestión hídrica oral.	[2080] Manejo de líquidos/electrolitos. [1100] Manejo de la nutrición.	– Obtener muestras para el análisis en laboratorio. – Administrar líquidos si está indicado. – Comprobar la ingesta realizada para ver el contenido nutricional y calórico.
[00146] Ansiedad r/c amenaza de cambio en el estado de salud, m/p desesperanza, temor y preocupación creciente.	[01402] Control de la ansiedad. Indicadores: [140216] Ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad.	[5820] Disminución de la ansiedad.	– Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad. – Permanecer con el paciente para promover seguridad y reducir el miedo.
[00150] Riesgo de suicidio r/c enfermedad o trastorno psiquiátrico.	[01409] Control de la depresión. Indicadores: [140905] Ausencia de manifestaciones de conducta depresiva.	[6487] Manejo ambiental.	– Eliminar armas potenciales del ambiente. – Colocar al paciente en un ambiente que permita el necesario nivel de observación y vigilancia.

m/p: manifestado por; NANDA: diagnósticos enfermeros (North American Nursing Diagnosis Association); NIC: intervenciones enfermeras (Nursing Interventions Classification); NOC: criterios de resultados de enfermería (Nursing Outcomes Classification); r/c: relacionado con; TEC: terapia electroconvulsiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Depresión. Who.int. 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
2. Figueroa F, Fajardo S, Interiano V, Martínez G. Síndrome de Cotard. Rev Hondureña Postgrado Psiquiatr. 2016;10(1):16-22. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RHPP/pdf/2016/pdf/Vol10-1-2016-5.pdf>
3. Berrios GE, Luque R. Cotard's syndrome: analysis of 100 cases. Acta Psychiatr Scand. 1995;91(3):185-8. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1600-0447.1995.tb09764.x?sid=nlm%3Apubmed>
4. Bernardo Arroyo M, González-Pinto A, Urretavizcaya M (coords.). Consenso español sobre la terapia electroconvulsiva. Madrid: Sociedad Española de Psiquiatría Biológica; 2018. Disponible en: <http://www.sepsiq.org/file/Enlaces/SEPBB%20-%20Consenso%20Espa%C3%B1ol%20sobre%20la%20Terapia%20Electroconvulsiva.pdf>
5. Herdman TH, Kamitsuru S. NANDA diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2018-2020. 11.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2019.
6. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud. 6.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2019.
7. Butcher M, Bulechek G, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2019.
8. Galiana Roch JL. Enfermería Psiquiátrica. Barcelona: Elsevier; 2015.