



DOI: <https://doi.org/10.46296/yc.v10i18.0874>

SÍNDROME DE COTARD ASOCIADO A DEPRESIÓN MAYOR SEVERA CON CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS: REPORTE DE CASO CLÍNICO Y REVISIÓN NARRATIVA DE LA LITERATURA

COTARD SYNDROME ASSOCIATED WITH SEVERE MAJOR DEPRESSIVE DISORDER WITH PSYCHOTIC FEATURES: CASE REPORT AND NARRATIVE REVIEW

Galán-Espinoza Juan Sebastián ¹; García-Linares Lit Diane ²;
Briceño-Martínez Diana Katherine ³

¹ Médico General, Cefsam Canciller Orlando Letelier. Santiago de Chile, Chile.
Correo: juansebastiangalane@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0000-6219-6027>

² Postgradista de psiquiatría, Centro de Reposo y Adicciones Humberto Ugalde Camacho. Ecuador. Correo: litdiane@hotmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0006-7955-7136>

³ Médico general, Universidad Nacional de Loja. Loja, Ecuador.
Correo: dk.briceno30@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0007-0240-3240>

Resumen

Introducción: El síndrome de Cotard es un fenómeno neuropsiquiátrico infrecuente caracterizado por delirios nihilistas relacionados con la inexistencia del yo, la muerte, la putrefacción corporal o la pérdida de órganos. Aunque puede aparecer en trastornos psicóticos primarios, enfermedades neurológicas y cuadros médicos, su asociación clásica se describe en depresión mayor severa con características psicóticas. **Objetivo:** Presentar un caso clínico de síndrome de Cotard asociado a depresión mayor severa y revisar los elementos diagnósticos, diferenciales y terapéuticos más relevantes para la práctica clínica. **Caso clínico:** Varón de 46 años, sin antecedentes psicóticos, ingresó por ocho semanas de ánimo deprimido, anhedonia, insomnio terminal, pérdida ponderal, culpa delirante, ideas de ruina y convicción progresiva de estar muerto y carecer de órganos internos. Presentaba rechazo alimentario, riesgo suicida alto, deshidratación leve y marcado deterioro funcional. La evaluación médica, toxicológica, neurológica y metabólica no evidenció etiología orgánica aguda. Se diagnosticó episodio depresivo mayor severo con características psicóticas y síndrome de Cotard. Recibió manejo hospitalario multidisciplinario, antidepresivo, antipsicótico y terapia electroconvulsiva por riesgo vital secundario a negativa de ingesta. La evolución fue favorable, con remisión progresiva del delirio nihilista y recuperación funcional parcial al alta. **Conclusión:** El síndrome de Cotard debe considerarse una urgencia clínica cuando se asocia a depresión psicótica, suicidabilidad, rechazo alimentario o deshidratación. Su abordaje exige descartar causas orgánicas, valorar riesgo vital y aplicar tratamiento intensivo individualizado.

Palabras claves: síndrome de Cotard; depresión mayor; depresión psicótica; delirios nihilistas; terapia electroconvulsiva; reporte de caso.

Abstract

Introduction: Cotard syndrome is an uncommon neuropsychiatric phenomenon characterized by nihilistic delusions involving nonexistence of the self, death, bodily decay, or loss of internal organs. Although it may occur in primary psychotic disorders, neurological disease, and medical conditions, its classic association is severe major depressive disorder with psychotic features. **Objective:** To present a clinical case of Cotard syndrome associated with severe major depression and to review the most relevant diagnostic, differential, and therapeutic aspects for clinical practice. **case report:** A 46-year-old man with no previous psychotic history was admitted after eight weeks of depressed mood, anhedonia, terminal insomnia, weight loss, delusional guilt, delusions of ruin, and a progressive conviction that he was dead and had no internal organs. He showed food refusal, high suicide risk, mild dehydration, and severe functional impairment.

Información del manuscrito:

Fecha de recepción: 09 de febrero de 2026.

Fecha de aceptación: 10 de abril de 2026.

Fecha de publicación: 10 de mayo de 2026.



Medical, toxicological, neurological, and metabolic assessment did not reveal an acute organic etiology. Severe major depressive episode with psychotic features and Cotard syndrome were diagnosed. He received multidisciplinary inpatient care, antidepressant medication, antipsychotic medication, and electroconvulsive therapy because of life-threatening refusal of intake. Clinical evolution was favorable, with progressive remission of nihilistic delusions and partial functional recovery at discharge. Conclusion: Cotard syndrome should be considered a clinical emergency when associated with psychotic depression, suicidality, food refusal, or dehydration. Management requires exclusion of organic causes, structured risk assessment, and individualized intensive treatment.

Keywords: Cotard syndrome; major depressive disorder; psychotic depression; nihilistic delusions; electroconvulsive therapy; case report.

1. Introducción

El síndrome de Cotard, descrito originalmente en el siglo XIX, se caracteriza por ideas delirantes de negación o nihilismo, que pueden incluir la creencia de estar muerto, no existir, carecer de órganos, estar en descomposición o haber perdido la sangre o el alma.^{1,2} No constituye una categoría diagnóstica independiente en los sistemas clasificatorios actuales, sino un constructo clínico sindrómico que suele aparecer dentro de trastornos afectivos, psicóticos, neurológicos o médicos.^{3,4}

La depresión mayor severa con características psicóticas representa uno de los contextos más relevantes para su aparición. En la serie clásica de 100 casos analizada por Berrios y Luque, la depresión fue reportada en la mayoría de los pacientes, y los delirios nihilistas más frecuentes

involucraron el cuerpo y la existencia personal.² Este patrón mantiene vigencia clínica: los reportes recientes continúan describiendo al síndrome de Cotard como una forma extrema de depresión psicótica, frecuentemente asociada con culpa delirante, ruina, hipocondría, ansiedad intensa, rechazo alimentario, conducta suicida y deterioro funcional grave.⁵⁻⁹

La relevancia del síndrome no radica únicamente en su rareza, sino en su potencial letalidad. La convicción delirante de estar muerto o de carecer de órganos puede conducir a negativa de ingesta, deshidratación, malnutrición, automutilación, abandono del autocuidado o suicidio.^{4,7,8} Por ello, el diagnóstico debe asumirse como una señal de alarma clínica y no como una curiosidad psicopatológica aislada.



El presente manuscrito desarrolla un caso clínico, diseñado para exposición académica, sobre síndrome de Cotard asociado a episodio depresivo mayor severo con características psicóticas. Además, integra una revisión narrativa de la literatura orientada a reconocer la presentación clínica, el diagnóstico diferencial, la evaluación de riesgo y el abordaje terapéutico.

2. Presentación de caso clínico

Se realizó una revisión narrativa no sistemática con búsqueda orientada en PubMed/MEDLINE, PubMed Central, guías NICE, documentos de clasificación diagnóstica de la Organización Mundial de la Salud y literatura clínica indexada disponible hasta el 4 de mayo de 2026. Se utilizaron combinaciones de los términos en inglés y español: “Cotard syndrome”, “Cotard delusion”, “walking corpse syndrome”, “nihilistic delusion”, “major depressive disorder”, “psychotic depression”, “electroconvulsive therapy”, “síndrome de Cotard”, “depresión mayor” y “depresión psicótica”.

Se priorizaron reportes de caso, revisiones narrativas, series clínicas históricas, guías de práctica clínica y estudios recientes que aportaran datos sobre diagnóstico diferencial, manejo farmacológico, terapia electroconvulsiva y evaluación del riesgo suicida. El manuscrito fue estructurado siguiendo la lógica de las guías CARE para reportes de caso, adaptadas a una viñeta clínica simulada con fines educativos.²⁰

Información del paciente

Paciente masculino de 46 años, residente en zona urbana, casado, con escolaridad universitaria y empleo administrativo. Fue llevado al servicio de urgencias psiquiátricas por su esposa debido a aislamiento progresivo, rechazo de alimentos, abandono del autocuidado y verbalizaciones persistentes de que “ya no estaba vivo”. La familia refirió ocho semanas de evolución, con deterioro acelerado durante los últimos 12 días.

Antecedentes personales y familiares

Antecedentes médicos: hipertensión arterial esencial diagnosticada tres años antes, controlada con losartán



50 mg/día; sin diabetes, enfermedad tiroidea, epilepsia, traumatismo craneoencefálico, consumo problemático de alcohol ni uso de sustancias psicoactivas. Antecedentes psiquiátricos: episodio depresivo moderado a los 35 años, tratado ambulatoriamente con sertralina durante seis meses, con remisión completa; sin historia previa de manía, hipomanía, psicosis, hospitalizaciones psiquiátricas o intentos suicidas documentados. Antecedentes familiares: madre con depresión recurrente; sin esquizofrenia ni trastorno bipolar conocidos.

Historia de la enfermedad actual

El cuadro inició luego de la pérdida del empleo de un familiar cercano y dificultades económicas. Durante las primeras tres semanas presentó tristeza persistente, anhedonia, fatiga, insomnio terminal, disminución del apetito, enlentecimiento psicomotor y sentimientos de inutilidad. En la cuarta semana aparecieron ideas de culpa desproporcionada: afirmaba haber “arruinado” a su familia y ser responsable de desgracias externas. Posteriormente desarrolló ideas de ruina y contaminación corporal, con

frases como “mi sangre se secó”, “mi estómago dejó de existir” y “mi cuerpo huele a muerte”.

En los 12 días previos al ingreso, el paciente dejó de bañarse, redujo la ingesta a pequeños sorbos de agua y rechazó alimentos sólidos porque, según refería, “los muertos no comen” y “si como, contamina a los vivos”. Negaba dolor físico, pero insistía en que no tenía corazón funcional ni intestinos. La familia describió episodios de llanto inmotivado, mirada fija, mutismo parcial, permanencia prolongada en cama y expresiones de desesperanza absoluta. No se identificaron periodos de aumento de energía, grandiosidad, disminución de la necesidad de sueño ni conducta expansiva compatible con bipolaridad.

Evaluación inicial en urgencias

Al ingreso se encontraba consciente, orientado en persona y parcialmente en tiempo, con aspecto descuidado, hipomimia, voz baja y respuestas latentes. Signos vitales: presión arterial 104/68 mmHg, frecuencia cardiaca 94 lpm, frecuencia respiratoria 18 rpm, temperatura 36,4 °C y saturación de oxígeno 97%



al aire ambiente. Peso 61 kg, talla 1,74 m, índice de masa corporal 20,1 kg/m²; la familia reportó pérdida de aproximadamente 8 kg en dos

meses. Se evidenciaron mucosas secas y leve hipotensión ortostática, sin signos neurológicos focales.

Tabla 1. Resumen clínico inicial del caso

Variable	Descripción
Edad/sexo	46 años, masculino
Motivo de consulta	Rechazo alimentario, abandono del autocuidado, ideas de estar muerto y riesgo suicida
Duración del cuadro	8 semanas, con agravamiento intenso en los últimos 12 días
Síntomas afectivos	Ánimo deprimido, anhedonia, insomnio terminal, pérdida de peso, culpa patológica, desesperanza, enlentecimiento psicomotor
Síntomas psicóticos	Delirios nihilistas corporales y existenciales, culpa delirante, ruina, ideas hipocondríacas de putrefacción
Riesgo clínico	Rechazo de ingesta, deshidratación leve, riesgo suicida alto, deterioro funcional grave
Hipótesis diagnóstica principal	Episodio depresivo mayor severo con características psicóticas y síndrome de Cotard
Contexto del manuscrito	Caso clínico para docencia y discusión académica

Examen mental

La evaluación psicopatológica mostró contacto visual escaso, actitud desconfiada pero colaboradora, pensamiento enlentecido y contenido delirante nihilista sistematizado. El paciente afirmaba con convicción absoluta: “mi corazón se detuvo hace días”, “no tengo sangre” y “mi familia está

hablando con un cuerpo vacío”. Presentaba afecto deprimido, congruente, restringido y escasamente reactivo. Negaba alucinaciones visuales; describía percepción olfativa de “olor a descomposición” no corroborada por el entorno, interpretada como fenómeno alucinatorio o ilusión cenestésica asociada al delirio.

Tabla 2. Examen mental inicial

Dominio	Hallazgos
Apariencia y conducta	Higiene deficiente, postura encorvada, hipomimia, enlentecimiento psicomotor, colaboración parcial.
Conciencia y orientación	Consciente. Orientado en persona y lugar; parcialmente orientado en fecha.
Lenguaje	Hipofónico, escaso, con latencia aumentada y contenido monotemático.
Ánimo y afecto	Ánimo “vacío”; afecto deprimido, restringido, congruente con el contenido ideativo.
Pensamiento	Curso bradipsíquico. Contenido con delirios nihilistas, culpa delirante y ruina. Sin fuga de ideas.
Percepción	Posible fenómeno olfativo de putrefacción; sin alucinaciones visuales estructuradas.

Cognición	Atención fluctuante por ansiedad y depresión. Memoria global conservada; Mini-Mental State Examination: 29/30.
Juicio e introspección	Juicio de realidad gravemente alterado. Insight ausente respecto al delirio.
Riesgo	Ideación de muerte persistente, rechazo alimentario con finalidad pasiva de morir, alto riesgo de autonegligencia.

Escalas clínicas aplicadas

La puntuación PHQ-9 fue 27/27, compatible con depresión severa. En la escala de Hamilton para depresión de 17 ítems se obtuvo 32 puntos, correspondiente a depresión grave. La escala C-SSRS evidenció ideación suicida activa con método pasivo predominante por negativa de ingesta y ambivalencia ante la posibilidad de morir; se clasificó como riesgo alto por psicosis, rechazo alimentario, desesperanza y deterioro del juicio.¹⁶⁻¹⁸

Estudios complementarios y descarte de causas orgánicas

Dado el inicio subagudo de síntomas psicóticos, el rechazo alimentario y la edad adulta media, se realizó evaluación médica ampliada para descartar delirium, trastorno neurocognitivo, epilepsia, enfermedad estructural cerebral, endocrinopatía, déficit vitamínico, infección, intoxicación o enfermedad autoinmune. Los resultados no apoyaron etiología orgánica aguda.

Tabla 3. Estudios complementarios

Área	Resultado	Interpretación clínica
Hemograma	Hb 13,2 g/dL; leucocitos 6.800/mm ³ ; plaquetas 254.000/mm ³	Sin infección sistémica ni anemia significativa.
Bioquímica	Glucosa 88 mg/dL; urea 41 mg/dL; creatinina 1,0 mg/dL; Na 136 mmol/L; K 3,7 mmol/L; AST/ALT normales	Leve elevación de urea compatible con deshidratación; sin alteración metabólica mayor.
Endocrino/vitaminas	TSH 2,1 mUI/L; T4 libre normal; vitamina B12 428 pg/mL; folato normal	Sin hipotiroidismo ni déficit vitamínico.
Toxicología	Alcohol, cannabis, cocaína, anfetaminas, benzodiacepinas y opioides: negativos	No sugiere psicosis inducida por sustancias.
Serologías	VIH, VDRL/RPR y hepatitis B/C: negativas	Sin evidencia de infección relevante.
Neuroimagen	RM cerebral con contraste: sin lesiones ocupantes, isquemia aguda, atrofia focal o realce patológico	No evidencia causa estructural.
EEG	Actividad de base conservada, sin descargas epileptiformes	No sugiere epilepsia temporal activa.
Evaluación cognitiva	MMSE 29/30; MoCA 27/30	Sin patrón de deterioro neurocognitivo mayor.



Diagnóstico

Con base en la entrevista clínica, la evolución temporal, la presencia de síntomas afectivos severos y delirios congruentes con el estado de ánimo, se estableció el diagnóstico principal de episodio depresivo mayor severo con características psicóticas,

asociado a síndrome de Cotard. De acuerdo con la lógica diagnóstica del DSM-5-TR y la CIE-11, el síndrome de Cotard se consignó como fenómeno psicopatológico descriptivo dentro del episodio depresivo psicótico, no como diagnóstico autónomo.^{12,13}

Diagnóstico diferencial

Tabla 4. Diagnósticos diferenciales considerados

Diagnóstico diferencial	Elementos a favor	Elementos en contra en este caso
Esquizofrenia	Delirios nihilistas y posible fenómeno perceptivo	Predominio afectivo severo, inicio temporal claro con síntomas depresivos, ausencia de deterioro prodrómico prolongado y ausencia de síntomas negativos primarios.
Trastorno esquizoafectivo	Psicosis y depresión concomitantes	No se documentaron al menos dos semanas de psicosis independiente del síndrome afectivo.
Trastorno bipolar, episodio depresivo con psicosis	Depresión psicótica posible	Sin historia de manía, hipomanía, disminución de necesidad de sueño o episodios expansivos.
Delirium	Desorientación parcial y rechazo alimentario	Nivel de conciencia conservado, atención globalmente preservada, curso no fluctuante, estudios metabólicos sin causa aguda.
Trastorno neurocognitivo mayor	Edad adulta, ideas extrañas	Evaluación cognitiva normal y neuroimagen sin patrón degenerativo relevante.
Epilepsia del lóbulo temporal	Fenómenos olfativos y delirio corporal	EEG sin actividad epileptiforme; no crisis clínicas.
Psicosis inducida por sustancias	Inicio subagudo de psicosis	Toxicología negativa y ausencia de consumo relevante.
Encefalitis autoinmune/infecciosa	Inicio psiquiátrico subagudo	Ausencia de fiebre, convulsiones, disautonomía, fluctuación cognitiva o alteraciones de neuroimagen; bajo rendimiento de criterios clínicos para estudio invasivo.

Intervención terapéutica

El paciente fue hospitalizado en unidad psiquiátrica de agudos por

alto riesgo suicida, incapacidad para garantizar ingesta suficiente, psicosis activa y deterioro grave del

autocuidado. Se implementaron medidas de seguridad, hidratación oral supervisada, apoyo nutricional progresivo, psicoeducación familiar y evaluación diaria de riesgo. La indicación de hospitalización fue congruente con recomendaciones clínicas para depresión severa con riesgo de suicidio, autonegligencia o imposibilidad de sostener cuidados ambulatorios.¹⁴

El tratamiento farmacológico inicial incluyó sertralina 50 mg/día, titulada a 100 mg/día durante la segunda semana, y olanzapina 5 mg nocturnos, aumentada a 10 mg nocturnos según respuesta y tolerancia. Se agregó lorazepam 0,5-1 mg nocturno durante los primeros cinco días por ansiedad intensa e insomnio, con retirada progresiva. Se monitorizaron peso, presión arterial, glucosa, perfil lipídico, efectos extrapiramidales y sedación, siguiendo recomendaciones de vigilancia metabólica al utilizar antipsicóticos.¹⁴

Debido a la persistencia de delirios nihilistas con negativa de ingesta y riesgo vital, se indicó terapia electroconvulsiva modificada, bilateral, bajo anestesia y relajación muscular, luego de evaluación por

psiquiatría, anestesiología y medicina interna. Se realizaron ocho sesiones, tres veces por semana. La decisión se fundamentó en la necesidad de respuesta rápida ante depresión severa potencialmente letal por rechazo alimentario, escenario en el cual las guías recomiendan considerar terapia electroconvulsiva.^{14,19}

Evolución clínica

Durante los primeros cinco días se logró hidratación adecuada y aumento gradual de la ingesta, aunque el delirio nihilista persistía con convicción casi absoluta. Luego de la cuarta sesión de terapia electroconvulsiva, el paciente verbalizó por primera vez duda parcial: “tal vez no estoy completamente muerto”. Al completar ocho sesiones, la convicción delirante descendió de 10/10 a 2/10, desapareció el rechazo alimentario y mejoraron el sueño, la interacción familiar y la movilidad espontánea. No se registraron complicaciones anestésicas; presentó cefalea leve posprocedimiento y amnesia anterógrada transitoria de corta duración.



Al día 28 de hospitalización fue dado de alta con PHQ-9 de 8 puntos, Hamilton de 9 puntos, sin ideación suicida activa, con plan de seguridad, control psiquiátrico semanal inicial y seguimiento familiar. El tratamiento al alta fue sertralina 100 mg/día y olanzapina 10 mg nocturnos, con plan de

mantener antipsicótico por varios meses tras remisión, siempre bajo seguimiento especializado. En el control a las seis semanas, el paciente mantenía remisión de delirios nihilistas, mejoría funcional parcial y adherencia terapéutica; PHQ-9: 5 puntos.

Tabla 5. Línea temporal del caso

Momento	Evento clínico
Semana -8	Inicio de ánimo deprimido, insomnio terminal, anhedonia y fatiga.
Semana -5	Aparición de culpa patológica, ideas de ruina y disminución marcada del apetito.
Semana -3	Inicio de ideas hipocondríacas y nihilistas: “mi sangre se secó”, “mi estómago no existe”.
Día -12	Rechazo progresivo de alimentos, abandono del autocuidado y verbalización de estar muerto.
Día 0	Ingreso hospitalario; PHQ-9 27, HAM-D 32; riesgo suicida alto; estudios orgánicos sin etiología aguda.
Días 1-7	Hidratación, nutrición supervisada, sertralina, olanzapina y vigilancia estrecha. Persistencia de delirio.
Días 8-24	Curso de ocho sesiones de terapia electroconvulsiva modificada; remisión progresiva del delirio nihilista.
Día 28	Alta hospitalaria con mejoría afectiva, ingesta adecuada, plan de seguridad y seguimiento ambulatorio.
Semana +6	Remisión del delirio, PHQ-9 5, recuperación funcional parcial y adherencia terapéutica.

3. Resultados y discusión

Valor psicopatológico del síndrome de Cotard

El caso reproduce una forma prototípica de síndrome de Cotard dentro de una depresión mayor severa con características psicóticas. La secuencia clínica fue afectiva al inicio y delirante después: tristeza, anhedonia, insomnio, culpa y desesperanza evolucionaron hacia

delirios nihilistas corporales y existenciales. Este patrón coincide con la literatura que ubica al síndrome de Cotard como una expresión extrema de depresión psicótica, aunque no exclusiva de ella.²⁻⁸

Desde el punto de vista fenomenológico, los delirios nihilistas pueden organizarse alrededor de tres dominios: negación del cuerpo, negación de la existencia

y negación del mundo externo. Algunos pacientes creen haber muerto; otros niegan órganos, sangre, digestión o identidad. En escenarios graves puede aparecer una paradoja clínica: el paciente afirma estar muerto, pero simultáneamente teme castigos, putrefacción, condena o daño a terceros. Esta coexistencia de nihilismo, culpa y ansiedad melancólica es típica de presentaciones afectivas severas.^{2,3}

Relación con depresión mayor severa y riesgo suicida

La depresión psicótica se asocia con mayor gravedad clínica, mayor deterioro funcional, menor probabilidad de recuperación espontánea y riesgo suicida superior al de la depresión no psicótica. Un estudio reciente de cohorte en pacientes hospitalizados tratados con terapia electroconvulsiva reportó que los pacientes con depresión mayor psicótica presentaban tasas altas de respuesta y que la indicación de ECT suele considerarse de primera línea cuando se requiere respuesta rápida o existe riesgo vital.²¹

En el caso, el riesgo no se expresó únicamente mediante ideación suicida verbal, sino también por autonegligencia delirante: el rechazo alimentario surgía de la convicción de no necesitar comida porque el cuerpo “ya no existía”. Este tipo de conducta exige interpretar el síndrome como urgencia psiquiátrica y médica, con necesidad de evaluar hidratación, electrolitos, peso, riesgo de aspiración, riesgo de suicidio y capacidad de decisión.

Diagnóstico diferencial y necesidad de descartar organicidad

Aunque el contexto depresivo fue predominante, el síndrome de Cotard también se ha descrito en esquizofrenia, trastorno bipolar, demencias, epilepsia, lesiones cerebrales, encefalitis, enfermedad de Parkinson, migraña, tumores, infecciones y consumo de sustancias.^{3,10} Por ello, una presentación de inicio tardío, curso atípico, fluctuación del nivel de conciencia, síntomas neurológicos focales, convulsiones, fiebre, catatonía marcada o mala respuesta terapéutica debe ampliar el estudio orgánico.



En reportes recientes, la neuroimagen funcional ha reactivado el interés por circuitos frontotemporales, temporoparietales, redes de interocepción y procesamiento del yo.¹⁰ Sin embargo, estos hallazgos no tienen aún valor diagnóstico individual; su utilidad es principalmente investigativa. En la práctica clínica, el diagnóstico continúa siendo fenomenológico y sindrómico, apoyado por exclusión razonable de etiologías médicas según el contexto.

Manejo terapéutico

No existen ensayos clínicos aleatorizados específicos para síndrome de Cotard, por lo que el tratamiento se orienta al trastorno subyacente y al riesgo clínico inmediato. Cuando aparece dentro de depresión psicótica, las guías recomiendan atención especializada, evaluación de riesgo, abordaje multidisciplinario y considerar combinación de antidepresivo y antipsicótico.¹⁴

La terapia electroconvulsiva conserva un papel central en depresión mayor severa con psicosis, riesgo suicida, catatonía,

rechazo alimentario o necesidad de respuesta rápida. NICE recomienda considerar ECT en depresión severa cuando se requiere una respuesta rápida, por ejemplo, si el cuadro amenaza la vida porque la persona no come o no bebe.¹⁴ En este caso, la negativa de ingesta y la convicción delirante de muerte justificaron su uso temprano junto al tratamiento farmacológico.

El seguimiento posterior a la remisión es esencial. La suspensión prematura del antipsicótico puede aumentar el riesgo de recaída psicótica; por ello, la continuidad durante varios meses debe individualizarse según tolerancia, comorbilidades metabólicas, gravedad del episodio, adherencia y preferencia informada.¹⁴ También es recomendable implementar plan de seguridad, psicoeducación familiar, seguimiento estrecho, monitoreo del sueño y recuperación funcional gradual.

4. Conclusiones

El síndrome de Cotard asociado a depresión mayor severa con características psicóticas constituye una presentación infrecuente, grave

y potencialmente letal. Su identificación requiere explorar activamente delirios nihilistas, culpa delirante, ruina, fenómenos corporales anómalos, rechazo alimentario y riesgo suicida. El abordaje debe ser integral: hospitalización cuando exista riesgo vital, descarte razonable de etiologías orgánicas, evaluación estructurada de suicidabilidad, tratamiento del episodio depresivo psicótico y consideración temprana de terapia electroconvulsiva si se requiere respuesta rápida. En el ámbito docente, el caso permite entrenar competencias clínicas de alta complejidad, siempre que se declare de forma transparente su naturaleza ficticia.

Bibliografía

1. Cotard J. Du délire hypochondriaque dans une forme grave de la mélancolie anxieuse. *Ann Med Psychol.* 1880;4:168-174.
2. Berrios GE, Luque R. Cotard's syndrome: analysis of 100 cases. *Acta Psychiatr Scand.* 1995;91(3):185-188. doi:10.1111/j.1600-0447.1995.tb09764.x.
3. Debruyne H, Portzky M, Van den Eynde F, Audenaert K. Cotard's syndrome: a review. *Curr Psychiatry Rep.* 2009;11(3):197-202. doi:10.1007/s11920-009-0031-z.
4. 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;5(Suppl 1):S59-S62. doi:10.4103/0976-3147.145206.
5. Dihingia S, Bhuyan D, Bora M, Das S. Cotard's Delusion and Its Relation With Different Psychiatric Diagnoses in a Tertiary Care Hospital. *Cureus.* 2023;15(5):e39477. doi:10.7759/cureus.39477.
6. Faunce AF, Tennant WB. Exploring Cotard's Delusion Within the Context of Major Depressive Disorder With Psychotic Features: A Case Report. *Cureus.* 2024;16(8):e68047. doi:10.7759/cureus.68047.
7. Fusick AJ, Davis C, Gunther S, Klippel C, Sullivan G. Psychotropic Management in Cotard Syndrome: Case Reports Supporting Dual Medication Management. *Case Rep Psychiatry.* 2024;2024:7630713. doi:10.1155/2024/7630713.
8. Bistas K, Mirza M. Walking Corpse Syndrome: A Case Report of



- Cotard's Syndrome. Cureus. 2024;16(7):e63824. doi:10.7759/cureus.63824.
9. Ansari AZ, et al. Co-presentation of Cotard's Syndrome and Autohemophagia: A Report of a Rare Case. Cureus. 2025;17(5):e83825. doi:10.7759/cureus.83825.
10. Nomura K, Kobayashi R, Shirata T, Noto K, Suzuki A. Longitudinal Changes of Regional Cerebral Blood Flow on a Single-Photon Emission Computed Tomography Scan in a Patient With Schizophrenia Having Cotard's Syndrome. Cureus. 2024;16(4):e58263. doi:10.7759/cureus.58263.
11. Koreki A, et al. You are already dead: Case report of nihilistic delusions of being dead and being in hell. Psychiatry Clin Neurosci Rep. 2023;2:e136.
12. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed, text rev. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing; 2022.
13. World Health Organization. International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11). Geneva: World Health Organization; 2026.
14. National Institute for Health and Care Excellence. Depression in adults: treatment and management. NICE guideline NG222. London: NICE; 2022.
15. Malhi GS, Bell E, Bassett D, et al. The 2020 Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. Aust N Z J Psychiatry. 2021;55(1):7-117. doi:10.1177/0004867420979353.
16. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med. 2001;16(9):606-613. doi:10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.
17. Hamilton M. A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1960;23(1):56-62. doi:10.1136/jnnp.23.1.56.
18. Posner K, Brown GK, Stanley B, et al. The Columbia–Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. Am J Psychiatry. 2011;168(12):1266-1277. doi:10.1176/appi.ajp.2011.10111704.
19. Thirthalli J, Sinha P, Sreeraj VS, et al. Clinical Practice Guidelines for the Use of Electroconvulsive Therapy. Indian J Psychiatry.

2023;65(Suppl 2):S258-S269.
doi:10.4103/indianjpsychiatry.
indianjpsychiatry_489_22.

20. Gagnier JJ, Kienle G, Altman DG, et al. The CARE guidelines: consensus-based clinical case reporting guideline development. *J Clin Epidemiol.* 2014;67(1):46-51. doi:10.1016/j.jclinepi.2013.08.003.
21. Kelkar R, Blumberger DM, Daskalakis ZJ, et al. Clinical Effectiveness of Electroconvulsive Therapy for Psychotic vs Nonpsychotic Depression: A Cohort Study. *J Clin Psychiatry.* 2025;86(1).
22. Cleare A, Pariante CM, Young AH, et al. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the British Association for Psychopharmacology guidelines. *J Psychopharmacol.* 2015;29(5):459-525. doi:10.1177/0269881115581093.