

Psicosis monosintomática

Síndrome de falsa identificación delirante

Prof. Dr. Julio Torales Benítez*, Prof. Dr. Andrés Arce Ramírez**,
Prof. Dr. Martín María Moreno***, Dr. Hugo Rodríguez Marín,
Dra. Viviana Riego Meyer****, Dr. Marcos Hernán Capurro, Dra. María Emilia Chávez*****

*Profesor Asistente y Jefe de Investigaciones, **Profesor Titular y Jefe de Cátedra,
***Profesor Adjunto y Jefe de Psiquiatría de Hospital General,
****Auxiliares de la Enseñanza, *****Médicos Residentes.

Cátedra y Servicio de Psiquiatría, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción. Paraguay

Resumen: Presentamos el caso de una mujer de 42 años, que consultó a la Cátedra y Servicio de Psiquiatría traída por familiares debido a que presentaba una idea delirante.

El examen psíquico revelaba humor triste, afecto lábil y latencia de respuestas. El curso del pensamiento era lento y en su contenido se identificaban ideas delirantes. La paciente refería que “sus hijos habían sido sustituidos por copias idénticas, por estos niños impostores”. Se solicitó tomografía axial computarizada de cráneo con resultados dentro de los parámetros normales.

Se realizó el diagnóstico de psicosis monosintomática: síndrome de falsa identificación delirante (variante de Capgras) y se inició terapia con antipsicóticos con remisión de la sintomatología en aproximadamente 1 mes.

Palabras clave: ideas delirantes, psicosis monosintomática, síndrome de falsa identificación delirante.

Abstract: We report the case of a 42 years old, who consulted the Department of Psychiatry, brought by relatives, because she had a delusion.

The psychological examination revealed sad mood, labile affect and latency of responses. The course of thinking was slow and in its content we identified the presence of delusions. The patient reported that “her sons had been replaced by identical copies, replaced by these impostors”.

A Head CT scan was requested with results within normal parameters. The diagnosis of monosymptomatic psychosis: delusional misidentification syndrome (Capgras variant) was made and antipsychotic therapy was initiated with symptoms remission in about 1 month.

Keywords: delusions, monosymptomatic psychosis, delusional misidentification syndrome.

Equipo médico



Sentados de izquierda a derecha:

Prof. Dr. Julio Torales Benítez, Prof. Dr. Andrés Arce Ramírez, Prof. Dr. Martín María Moreno.

Parados de izquierda a derecha:

Dr. Marcos Hernán Capurro, Dra. Viviana Riego Meyer, Dra. María Emilia Chávez, Dr. Hugo Rodríguez Marín.

E-mail: jtorales@med.una.py

Introducción

El síndrome de falsa identificación delirante (variante de Capgras) es una psicosis monosintomática en la cual el paciente tiene una idea delirante de que un padre, madre, esposo, esposa, familiar o amigo cercano ha sido reemplazado por un impostor⁽¹⁾.

Fue descrito por primera vez en 1923 por Capgras y Reboul-Lachaux, quienes acuñaron el término “ilusión de los dobles”⁽²⁾. A partir de 1924, Depovy y Montassut, lo denominaron *Síndrome de Capgras*⁽³⁾.

Jacques Vie (1927), denominó al *síndrome de Capgras* como “la ilusión de los dobles negativos” y determinó una variante, *el síndrome de Frégoli*, a la que denominó como la “ilusión de los dobles positivos”.

Vie describió que en el Capgras los pacientes tenían la idea delirante de que familiares y amigos habían

sido reemplazados por impostores, mientras que en el Frégoli, personas extrañas habían sido “sustituidos” por personas familiares⁽⁴⁾.

Courbon y Tusques describieron luego el *síndrome de intermetamorfosis*, en el que el paciente tiene la convicción delirante de que personas cercanas a él modifican su aspecto a voluntad, intercambiándose por otros y, luego, el *síndrome de dobles subjetivos*, en el que un extraño es transformado físicamente, pero no psicológicamente, en el propio paciente^(5,6).

Últimamente, Joseph introdujo el término generalmente aceptado de *síndrome de falsa identificación delirante*, incluyendo en él a las cuatro variantes anteriores (Capgras, Frégoli, intermetamorfosis y dobles subjetivos)⁽⁷⁾.

Aunque en la actualidad persisten ciertas discrepancias en cuanto a dónde situar a esta psicosis en el sistema clasificatorio de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) y en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR), en general se lo incluye en el apartado de “trastornos delirantes”.

En el caso específico de la variante de Capgras, se desconoce su real incidencia y prevalencia.

Young señala que este síndrome puede estar presente en más de un 4% de los pacientes psicóticos. Asimismo, destaca que más de un tercio de todos los sujetos que padecen enfermedad de Alzheimer pueden presentar, en algún momento de la evolución del cuadro, este fenómeno.

El síndrome de falsa identificación delirante puede producirse en todos los grupos de edad⁽⁸⁾.

Presentación del caso clínico

Mujer, 42 años, viuda, procedente de medio urbano, de profesión ama de casa, sin patología psiquiátrica conocida, que consulta con la Cátedra y Servicio de Psiquiatría traída por familiares debido a que afirma “que sus hijos habían sido sustituidos por copias idénticas”.

En la entrevista, la paciente refiere que ella ha decidido cuidar a estos “niños impostores” porque no tienen quien los cuide.

Antecedentes patológicos personales:

Refiere no ser portadora de patología médica o psiquiátrica. Sin antecedentes de trauma cráneo-encefálico o convulsiones.

Niega abuso de sustancias psicotrópicas o de alcohol.

Antecedentes patológicos familiares:

Sin datos de valor. La paciente enviudó hace 8 años. Vive con su madre de 87 años y con sus 4 hijos varones de 17, 16, 14 y 11 años. El examen físico no arrojó datos de valor.

Examen psíquico

Paciente ingresa al consultorio por medios propios, orientada en tiempo, espacio y persona.

- **Atención y concentración:** conservadas.
- **Lenguaje:** de tono bajo, con latencia de respuestas.
- **Psicomotricidad:** conservada.
- **Humor:** refiere “estar muy triste debido a que sus hijos han sido suplantados por niños impostores”.
- **Afecto:** lábil, congruente con el estado de ánimo, llora durante la entrevista.
- **Sensopercepción:** niega alteraciones.
- **Pensamiento de curso** ligeramente enlentecido; **Contenido:** le preocupa “que sus hijos han sido sustituidos por copias idénticas, por estos niños que no son sus niños, sino que son impostores”. Se le pregunta a la paciente sobre qué pensaría si se le mostrara que lo anterior no es posible, que los niños que ella llama “impostores” son de verdad sus hijos. Ella responde que está segura que estos niños son sólo copias idénticas, que han suplantado sus hijos verdaderos. No se constatan otro tipo de ideas delirantes. Niega ideas auto heteroagresivas.
- **Conciencia de enfermedad:** nula.

Auxiliares

- Rutina laboratorial: sin datos positivos de valor.
- Hormonas tiroideas: en límites normales
- Tomografía axial computarizada de cráneo: dentro de límites normales.

Diagnóstico

Psicosis monosintomática: síndrome de falsa identificación delirante (variante de Capgras).

Plan

Iniciar antipsicótico atípico (olanzapina) más ansiolítico de vida media larga (clonazepam) e ir titulando.

Re-evaluar en 7 días.

Tratamiento

- Olanzapina: 5 mg/día, por vía oral.
- Clonazepam: 1 mg/día, por vía oral.
- Control en 7 días.

1ª Evolución (7 días de la 1ª consulta)

Paciente acude al consultorio para control, luego de 7 días de iniciado el tratamiento. Refiere buena adherencia al mismo. Ingresa al consultorio por medios propios, orientada en tiempo, espacio y persona.

- **Atención y concentración:** conservadas.
- **Lenguaje:** latencia de respuestas.
- **Psicomotricidad:** conservada.
- **Humor:** refiere “estar un poco mejor”.
- **Afecto:** lábil, congruente con el estado de ánimo.
- **Sensopercepción:** niega alteraciones.
- **Pensamiento de curso** conservado; **Contenido:** se evidencia un ligero cambio en el contenido del pensamiento: “pienso que a mis hijos se los podría haber llevado alguien” y que los niños que está con ella son “copias idénticas”; “de repente creo que sí son mis verdaderos hijos, aunque no estoy segura...”. No se constatan otro tipo de ideas delirantes. Niega ideas auto o heteroagresivas.
- **Conciencia de enfermedad:** pobre.

Plan

Titular dosis de antipsicótico.

Tratamiento

- Olanzapina: 10 mg/día, por vía oral.
- Clonazepam: 1 mg/día, por vía oral.
- Control en 15 días.

2ª Evolución (30 días de la 1ª consulta)

Paciente vuelve 1 mes luego de iniciado el tratamiento. Ingresa al consultorio por medios propios, orientada en tiempo, espacio y persona.

- **Atención y concentración:** conservadas.
- **Lenguaje:** conservado.
- **Psicomotricidad:** conservada.
- **Humor:** refiere “estar bien”.
- **Afecto:** eutímico.
- **Sensopercepción:** niega alteraciones.
- **Pensamiento de curso** conservado; **Contenido:** refiere que se encuentra mejor; que puede cuidar a su madre y a sus hijos. Reconoce a los niños como sus hijos y sólo recuerda en parte los episodios en los que dejó de reconocerlos. No ha vuelto a referirse a ellos como copias idénticas o impos-

tores. No obstante, refiere que se siente triste por momentos, aunque insiste en que “va mejorando”. Niega ideas auto o heteroagresivas.

- **Conciencia de enfermedad:** parcial.

Plan

Continuar con farmacoterapia.

Tratamiento

- Olanzapina: 10 mg/día, por vía oral.
- Clonazepam: 1 mg/día, por vía oral.
- Control en 1 mes.

Discusión

El síndrome de falsa identificación delirante (variante de Capgras) es un trastorno por el cual el paciente tiene una idea delirante de que un padre, madre, esposo, esposa, familiar o amigo cercano ha sido reemplazado por un impostor⁽¹⁾.

En la mayoría de pacientes casados, su pareja es el doble principal. El “doble” es una figura clave en la vida del paciente en ese momento, y a menudo, está investido de un gran componente emocional.

Resulta muy significativo que incluso los propios pacientes utilicen frecuentemente palabras como “dobles” e “impostores” para describir a la persona que no reconocen.

Tradicionalmente, se consideraba que el origen del Síndrome de Falsa Identificación Delirante, variante de Capgras, radicaba en una base psicodinámica: se postuló que las personas que recibían un gran afecto por parte de los pacientes, eran también receptores de la ambivalencia de este, lo que conducía a ser los sujetos de las proyecciones del mismo y a la desintegración psicológica del paciente⁽⁹⁾.

En la actualidad, una probable etiología orgánica está siendo cada vez más estudiada. Se piensa que las anomalías del hemisferio cerebral derecho, principalmente en el área temporoparietal son frecuentes aunque hay otras múltiples localizaciones por ejemplo el lóbulo frontal^(10,11). Se considera que dos tercios de los pacientes con Síndrome de falsa identificación presentan lesión cerebral demostrable que origina las anomalías en el reconocimiento facial, provocando disociación entre la información sensorial y su adecuado cortejo afectivo⁽¹²⁾.

No obstante a lo anterior, la teoría psicodinámica no puede ser del todo descartada aún puesto que hasta 1/3 de todos los pacientes cursan con el síndrome

sin lesión cerebral demostrable o cuadro orgánico cerebral que pueda justificarlo.

Inicialmente se sugirió al síntoma neuropsicológico conocido como “prosopagnosia” como base del Síndrome de Falsa Identificación Delirante, variante de Capgras. En la prosopagnosia, el paciente tiene una marcada dificultad de reconocer caras previamente aprendidas. El paciente no puede reconocer las caras de sus familiares ni la propia cara reflejada en el espejo o mostrada en una fotografía. En psicopatología, este fenómeno puede confundirse con una ilusión, la cual se define “la percepción distorsionada de un objeto”⁽¹³⁾.

En el Síndrome de Falsa Identificación Delirante (variante de Capgras), la percepción se registra adecuadamente (de no ser así sería una ilusión), pero de esta percepción se establece un juicio erróneo. Se trata de casos en que una idea delirante de falsa identificación, es el síntoma principal del trastorno y en los cuales la forma o estructura de la enfermedad es, en muchos aspectos similar a la del trastorno delirante⁽⁹⁾.

Una idea delirante, según el DSM-IV-TR, es una *falsa creencia basada en una inferencia incorrecta*

relativa a la realidad externa que es firmemente sostenida, a pesar de lo que casi todo el mundo cree y a pesar de cuanto constituye una prueba o evidencia incontrovertible y obvia de lo contrario⁽¹⁴⁾.

La clásica descripción de la variante de Capgras hecha en 1923 por Capgras y Reboul-Lachaux ha asociado este síndrome a múltiples patologías: esquizofrenia, hipovitaminosis B12, hipertiroidismo, diabetes mellitus, intoxicaciones, TEC, accidentes vasculares cerebrales, demencias y otras⁽⁹⁾.

Desde la psicodinamia (intentando explicar su etiología) Capgras describió la percepción del “doble” como agnosias de identificación, fenómenos afectivos que reposarían probablemente en una disfunción cerebral pero que implican en los enfermos que la padecen un rechazo a admitir la verdadera personalidad de los seres cercanos. Estos pacientes observan un parecido pero desconocen la identidad de la persona. Por lo tanto, no se trata de un “falso reconocimiento” sino que tiene su origen a partir de un estado afectivo aunque en un segundo tiempo se incorpora a hábitos adquiridos de pensamiento.

En la actualidad, basados en la mayor presencia de etiología orgánica probable, el Síndrome de Falsa

Asicot

Quetiapina



Efectivo en Trastornos Psiquiátricos.

- Escasos efectos extrapiramidales.
- Efectivo estabilizador del ánimo en la enfermedad depresiva bipolar.



Perfiles de disolución comparativo Asicot® vs producto innovador. Estudio realizado por el Departamento de Investigación Biofarmacéutica de Laboratorio Chile.

TEVA
PHARMACEUTICALS

Plan de Apoyo
Integral al Paciente

pati

www.mathercompany.com.py

LABORATORIO CHILE
Producto de la confianza

Identificación Delirante variante de Capgras, se basa en el estudio de la capacidad de los seres humanos de reconocer rostros. Esta capacidad para reconocer las caras de los individuos y discriminar entre caras diferentes está presente desde el nacimiento y se desarrolla durante los primeros años de vida⁽⁹⁾.

La misma es compleja e incluye a las facultades perceptivas, la memoria y el lenguaje e implica la indemnidad de tres procesos:

- Reconocimiento de las características físicas
- Reconocimiento emocional o sentimiento de “familiaridad”
- Información semántica o nominal específica⁽¹⁰⁾.

La paciente del caso presentado decía que sus hijos habían sido reemplazados por copias idénticas, por impostores. Es decir, la paciente podía ‘reconocer’ a los niños como una réplica de sus hijos, pero igual los llamaba “*impostores*”.

En el Síndrome de Falsa Identificación Delirante variante de Capgras, esto se produce porque existe una “*ausencia de respuesta emocional*” al observar un rostro determinado (en el caso de la paciente, los rostros de sus hijos)⁽¹⁵⁾.

En el Capgras, parece que existe una desconexión (estructural o funcional) en la integración de información

entre la corteza parietotemporal derecha, el sistema límbico y la amígdala (la cual participa en el procesamiento de las emociones que se generan al observar un rostro determinado. Esta desconexión origina la falsa identificación delirante^(9,15).

Aún no existen estudios sistemáticos acerca de la historia natural de la variante de Capgras. El pronóstico a largo plazo depende, en general, de la naturaleza del trastorno o psicosis asociados.

El tratamiento farmacológico de primera línea son los antipsicóticos atípicos, del tipo de la risperidona y la olanzapina.

En nuestra experiencia, la dosis de inicio debe ser la más baja posible luego ir titulando, a fin de evitar la aparición de efectos colaterales no deseados (que muchas veces son los responsables del abandono del tratamiento).

Asimismo, las ideas delirantes pueden modificarse con un enfoque psicológico coadyuvante.

Según la gravedad del cuadro y el riesgo para el paciente y su familia, se debe considerar la internación⁽¹⁶⁾.

Artículo recibido: 05/2013
Aprobado para publicar: 06/2013

Bibliografía

- Morillo-Velarde Quintero, López Fraile A, Santamaría Vázquez L. Síndrome de Capgras: análisis crítico a propósito de dos casos. *Psiquiatría Pública* 1998; 10 (4): 33-38.
- Capgras J, Reboul-Lachaux J. L'illusion des sosies dans un délire systématisé chronique. *Bull Soc Clin Méd Ment* 1923; 2: 6-16.
- Depovy R, Montassut M. Un cas de syndrome des sosies chez une délirante par interprétations des troubles psychosensoriels. *Ann Méd Psychol* 1924; 82: 341-345.
- Courbon P, Fail G. Syndrome d'illusion de Frégoli et schizophrénie. *Bull Soc Clin Méd Ment* 1927; 15: 121-124.
- Courbon P, Tusques J. Illusion d'intermétamorphose et de charme. *Ann Méd Psychol* 1932; 90: 401-406.
- Christodoulou GN. Syndrome of subjective doubles. *Am J Psychiatry* 1978; 135: 249-251.
- Joseph AB. Focal nervous system abnormalities in patients with misidentifications syndromes. En: Christodoulou GN (ed). *The delusional misidentification syndromes*. Bibl Psychiatr. Basel, Karger, 1986; 164: 68-79.
- Young G. Capgras delusion: An interactionist model. *Consciousness and Cognition* 2008; 17 (3) 863-876.
- Montesinos J, Salas J, Sánchez M, Hernández M. Síndromes de falsa identificación delirante. Síndrome de Capgras. Presentación de un caso. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica* 2008; 15 (1): 24-32.
- Cummings, et. al. *Neuropsychiatry and Behavioral Neuroscience*. 1st Edition. Oxford University Press 2003.
- Lykouras L, Tyialdou M, Gournellis R, Vaslamatzis G, Christodoulou G. Coexistencia de los síndromes de Capgras y Frégoli en un solo paciente. Hallazgos clínicos, de neuroimagen y neuropsicológico. *Eur. Psychiatry* 2002; 9: 539-540.
- Todd E, Feinberg, M-Roane D. Falso reconocimiento delirante en Neuropsiquiatría. *Clínicas Psiquiátricas de Norteamérica* 2005; 28 (3): 665-684.
- Jaspers. K. *Psicopatología general*. México: Fondo de Cultura Económica; 1993: 76.
- American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado. Barcelona: Masson; 2002.
- Turk DJ, Heatherton DF, Macrae CN, et al. Out of contact, out of mind: the distributed nature of the self. *Ann NY Acad Sci* 2003; 1001: 65-78.
- Gelder H, López Ibor J, Andreasen, N. *Trastornos y síntomas delirantes persistentes*. Tratado de Psiquiatría. España: Psiquiatría Editores; 2003: 773 – 803.