

Síndrome de Capgras: a propósito de un caso.

The Capgras syndrome: about a case.

María Herrera Giménez (*), Carmen Llor Moreno (**).

(*) F.E.A. Psiquiatría, H.G.U. Morales Meseguer. Murcia.

(**) F.E.A. Psiquiatría, C.S.M. San Andrés. Murcia.

Resumen:

Objetivos: Presentamos un caso de un síndrome de Capgras, que evidencia las dificultades diarias a las que nos enfrentamos en Salud Mental. Nos marcamos como objetivo comprender de manera más profunda la dinámica de este curioso proceso cuya característica clínica principal es que el paciente cree que una persona, habitualmente alguien muy cercana a él, ha sido sustituido por un doble exacto.

Metodología: A partir de la exposición de un caso clínico realizamos una revisión bibliográfica trastorno facticio.

Resultados: Descrito por primera vez en 1923 el síndrome de Capgras rara vez se produce en “estado puro”, generalmente se produce en el contexto de otra enfermedad psicótica diagnosticable. El 70% se produce en una psicosis funcional, que suele ser una esquizofrenia paranoide. El inicio es independiente de la duración de la enfermedad a la que acompaña, puede darse en cualquier momento de la evolución de ésta. Cuando el síndrome se produce, incluso existiendo otros signos y síntomas psicóticos, tiende a dominar el cuadro clínico.

Conclusiones: Una precoz identificación, un manejo equilibrado y un abordaje apropiado pueden reducir de forma significativa las alteraciones producidas por este cuadro clínico.

Un modelo satisfactorio de este síndrome debe basarse en la combinación de trastornos perceptivos y cognitivos, alteraciones orgánicas, ideación paranoide y aspectos psicológicos.

Lo más efectivo es el abordaje multidisciplinar. El paciente debe considerar al psiquiatra como alguien que desea y está preparado para ayudar, no como un adversario.

Prácticamente no hay estudios sistemáticos acerca de la historia natural del síndrome, la evolución del delirio no sigue necesariamente el curso de la psicosis asociada, el pronóstico a largo plazo depende de la naturaleza del trastorno o psicosis asociada.

Palabras clave: alianza terapéutica, ambivalencia, proyección, psicosis funcional.



Abstract:

Objectives: We present here a case of Capgras syndrome, which illustrates the daily difficulties Mental Health professionals face. Our objective was to understand in a more in-depth way the dynamics of this curious condition, whose main clinical characteristic is that the patient thinks that a person, usually someone very close to them, has been replaced by an exact double.

Methodology: From a clinical case report, we carry out a review of the literature on this factitious disorder.

Results: This condition was first reported in 1923. Capgras syndrome rarely presents “on its own”, it generally presents within the context of another diagnosable psychotic disease. 70% of cases appear within a functional psychosis, usually paranoid schizophrenia. Onset is independent from the length of the disease that it accompanies; it can appear at any time throughout the evolution of the disease. When the syndrome appears, even if there are other psychotic signs and symptoms, it tends to be dominant over the clinical picture.

Conclusions: Early identification, a balanced management plan and a proper approach can significantly reduce the complications caused by this clinical picture.

A satisfactory treatment model of this syndrome should be based on a combination of perception disorders, cognitive disorders, organic alterations, paranoid ideation and psychological issues.

The most effective approach is multidisciplinary. The patient must think of the psychiatrist as someone who is willing and qualified to help, not as an opponent.

There are very few systematic studies on the natural history of this syndrome, the evolution of the delirium does not have the same progress as the associated psychosis, so the long-term prognosis depends on the nature of the associated disorder or psychosis.

Key words: therapeutic alliance, ambivalence, projection, functional psychosis.

Introducción

Se trata de un cuadro florido y poco frecuente en el que el paciente cree que una persona, habitualmente muy cercana a él, ha sido sustituido por un doble exacto.

Descrito por primera vez por Capgras y Reoul en 1923 se utilizó el término ilusión de dobles o de Sosias, denominación incorrecta pues el signo psicopatológico esencial es una creencia delirante y no un mero trastorno de la percepción, siendo más adecuado delirio de dobles.

Es de todos los síndromes delirantes de falso reconocimiento el más conocido y frecuente (1). Desde 1970 se han descrito más casos que enfatizan un trastorno orgánico cerebral. Estos son variados e incluyen: intoxicación o abstinencia a

drogas, infección y encefalitis, trastornos endocrinos, epilepsia, migraña, TCE, tumores cerebrales, delirium, enfermedad de Alzheimer y demencia por cuerpos de Lewy, demencia vascular, mieloma múltiple. En el momento actual se estima que entre el 25-40% de los casos que se asocian con estos trastornos orgánicos (2).

Los casos publicados han incluido resultados de estudios electrofisiológicos, neuropsicológicos y de neuroimagen, surgiendo un notable interés acerca de una posible base neurobiológica en la génesis de todos los síndromes de falso reconocimiento (3).

La neuroimagen sugiere que hay relación entre el síndrome de Capgras y las alteraciones en el

hemisferio derecho, principalmente lóbulo frontal y temporal.

Las alteraciones neuroquímicas tienen un papel importante, diversos estudios señalan desequilibrios entre serotonina y dopamina.

Se consideraba un fenómeno raro pero en los últimos años se considera con mayor frecuencia, presente hasta en un 4% de psicóticos. Más de un tercio de pacientes pueden presentar este fenómeno. Se produce en todos los grupos de edad, con mayor incidencia en mujeres (4).

Raramente se produce en estado puro, generalmente acompaña o se produce en el contexto de otra enfermedad psicótica diagnosticable. El 70% se produce en psicosis funcionales. La mayoría de casos es la esquizofrenia paranoide, pero también se puede dar en trastorno esquizoafectivo o trastorno bipolar.

El inicio es independiente de la duración de la enfermedad a la que acompaña, puede darse en cualquier momento de la evolución de esta. Cuando el síndrome de Capgras se produce, incluso existiendo otros signos y síntomas psicóticos, tiende a dominar el cuadro clínico.

Es muy característico del cuadro clínico la gran especificidad personal del doble, a menudo es una persona la que es continua y persistentemente mal identificada. En la mayoría de pacientes casados es la pareja el doble principal, en solteros o viudos suelen ser los progenitores o viudos los que se convierte en dobles. El doble es una figura clave en la vida del paciente en ese momento y a menudo está investido de un componente emocional, se han descrito síntomas similares para objetos y animales.

Psicodinámicamente se puede interpretar como un trastorno de las funciones del yo que alteran la personalidad. En el sujeto se produce un conflicto amor-odio que se resuelve mediante la proyección de los sentimientos ambivalentes en un doble imaginario. En el mismo paciente hay dos visiones opuestas acerca de la misma persona. A continuación se produce una escisión en la que los “malos sentimientos” se proyectan al objeto presente y los sentimientos de amor afecto se proyectan al objeto ideal ausente. Este proceso de escisión permite al paciente expresar el odio y la agresivi-

dad al mismo tiempo que preservar el amor por la persona verdadera. El doble, un impostor, se convierte en el objeto de odio expreso (5).

Caso clínico

Se trata de un paciente de 55 años que en quinto de medicina debuta con un brote psicótico polimorfo, que finalmente tras evolución es diagnosticado de esquizofrenia paranoide. Siempre ha sido una persona un tanto peculiar, le ha gustado mucho meditar, el tarot, la astrología y hasta hace unos diez años aproximadamente ha consumido cannabis y en ocasiones diversos alucinógenos.

Soltero y sin hijos ha vivido con sus padres hasta que estos fallecen pasando a vivir con su hermana y marido de esta, matrimonio sin hijos, retirándose los tres a vivir a una pequeña localidad costera donde recibe muy buen apoyo de estos. Actualmente cobra pensión por enfermedad mental.

En la localidad que vive actualmente hace una vida muy limitada y restringida, apenas sale de casa pues nota como “se le rompe el alma” (padece alucinaciones cenestésicas). Tiene una personalidad muy sensitiva, le molestan mucho los ruidos y apenas sale de su habitación.

Acude a una revisión en su CSM muy angustiado pues se ha dado cuenta de que su hermana no es su hermana, quejándose de que es una doble. Cree que algo le ha sucedido “la han tenido que reemplazar” “quiero mucho a mi hermana pero no a esta impostora”.

El delirio se amplía a su cuñado con el que no ha tenido buena relación desde el inicio, iniciando fenómenos telepáticos con difusión y robo del pensamiento, el paciente nos explica que hay un complot de la mafia y del rey David contra en el que participan los actores que suplantán a su hermana y su cuñado.

Esto tiene repercusión conductual: se encierra en su habitación y cambia horarios para evitar encontrarse con ellos al igual que tiene repercusión afectiva.

Reajustando tratamiento farmacológico mediante neurolépticos (haloperidol y olanzapina) se atenúan los delirios y repercusión conductual, haciendo una vida más integrada y con algo más de



normalidad, se recuperan ritmos circadianos pese a que mantiene su aislamiento y restricción social.

Discusión

En términos nosológicos es discutible si debe considerarse como síndrome delimitado o como síntoma en un contexto de psicosis identificable. Actualmente se considera más correcto contemplarlo como síntoma, no obstante cuando aparece tiene tendencia a contaminar todo el cuadro clínico y generalmente domina la sintomatología.

Lo más adecuado es considerar estos síndromes dentro del espectro paranoide.

No hay un tratamiento específico para el síndrome de Capgras, se debe realizar un abordaje sintomático mediante fármacos antipsicóticos, se han publicado remisiones con muchos neurolépticos. Los casos que se producen en el contexto de un cuadro afectivo presentan una buena respuesta a fármacos antidepressivos.

La TEC puede ser eficaz. Si existiera causa orgánica ésta debe corregirse.

Al igual que antes del inicio del delirio podemos encontrar un deterioro en la relación entre el paciente y el objeto también el progreso de esta relación implica una mejoría sintomática. El tratamiento debe incluir en consecuencia el apoyo de la pareja o la persona implicada para que pueda adquirir insight y quizás modificar sus actitudes hacia el paciente.

Prácticamente no hay estudios sistemáticos acerca de la historia natural del síndrome de Capgras, el pronóstico depende de la naturaleza del trastorno o psicosis asociada.

En los casos donde el síndrome se asocia con un trastorno orgánico subyacente el pronóstico a largo plazo dependerá de la naturaleza del componente orgánico y de us respuesta a un tratamiento adecuado.

Contacto

María Herrera Giménez, H.G.U. Morales Meseguer
Avda. Marqués de los Vélez s/n. • 30008 Murcia • Tel.: 968 360 900

Carmen Llor Moreno, C.S.M. San Andrés
Calle Escultor Sánchez Lozano, s/n • 30005 Murcia • Tel.: 968 281 568

Bibliografía

1. Margariti M, Kontaxakis VP, Christodoulou NG, Christodoulou G. The delusional misidentification syndromes: strange, fascinating, and instructive. *Curr Psychiatry Rep.* 2009; 11: 185-9.
2. Enoch D, Ball H. *Síndrome de Capgras*. In Morera B, Ball H, Enoch D, eds. *Síndromes raros en psicopatología*. Madrid: Triacastela; 2007; p. 15-36.
3. Fuentenebro F, Valiente C, Diez-Alegría C, Nieto M. *Psicopatología de la psicosis: Delirio*. *Dialnet Informaciones Psiquiátricas* 2007; 189.
4. Kirov G, Jones P, Lewis SW. Prevalence of delusional misidentification syndromes. *Psychopath.* 1994; 27:148-9.
5. Ramachandran VS. Consciousness and body image: lessons from phantom limbs, Capgras syndrome and pain asymbolia. *PhilTrans R Soc Lond B*, 353 (1998), pp. 1851-1859.