



Dentro de los trastornos psicóticos nos podemos encontrar con síntomas sumamente inusuales, pero a su vez fascinantes. Entre estos destacan síndromes neuropsiquiátricos como el de Cotard y los síndromes de falsa identificación (SFI) como los clásicos Capgras y Fregoli. Estos síndromes se presentan de manera muy diversa en su fenomenología, en sus grados de complejidad y en su etiología ya que podemos encontrarlos tanto en psicosis primarias como en enfermedad no psiquiátrica. Debido a su complejidad estos síndromes representan un reto diagnóstico y terapéutico considerable.

En su presentación clásica estos síndromes son infrecuentes si los comparamos con síntomas psicóticos típicos como alucinaciones de comando y delirios de persecución, pero como veremos en algunos de los artículos incluidos la asociación con causas no psiquiátricas es frecuente por lo que el clínico debe ser capaz de reconocerlos para realizar el proceso diagnóstico adecuado. Es de igual importancia evitar reducir estos síndromes a un "caso raro", siendo necesario explorar causas que tienen otras implicaciones para la salud, como, por ejemplo, alteraciones estructurales, eventos vasculares y encefalitis, para formular el tratamiento adecuado con base en la etiología subyacente. El conocer la fenomenología de estos síndromes nos permite también entender mejor la vivencia del paciente y de quienes lo rodean con el objeto de reducir el sufrimiento y evitar conductas de riesgo.

Mauricio Rosel Vales

Máscaras de identidades ¿Quién es quién? Síndromes de identificación errónea delirante

► En los Síndromes de Falsa Identificación (SFI), el tema central es la existencia de dobles, usualmente de otras personas, pero también de objetos, de lugares o de uno mismo. Los SFI comúnmente descritos son: Capgras, Fregoli, Intermetamorfosis, dobles subjetivos, pluralización clonal del self y paramnesia reduplicativa, entre otros (tabla 1).

Siendo tal vez los más estudiados, los síndromes prototípicos, de Capgras y de Fregoli han dado lugar a la clasificación habitual de los SFI en síndromes de hipoidentificación (Capgras) y síndromes de hiperidentificación (Fregoli y los otros), centrados como los conceptos sugieren, en la capacidad para identificar personas, objetos o incluso a uno mismo.

Se han propuesto otras formas de clasificar estos síndromes. Roessner propuso dos categorías: una en la que el objeto del delirio ha sido alterado o reemplazado en la mente del paciente y otra en la que el objeto ha sido duplicado. Otro sistema propone un subgrupo en el cual existen identificaciones equivocadas sobre las relaciones humanas y un subgrupo de falsas identificaciones sobre la identidad en sí (Capgras y Fregoli).

Etiología

Las hipótesis sobre el origen de los SFI derivan de hallazgos neurobiológicos, en estudios de imagen estructural y/o fun-

cional y en evaluaciones neuropsicológicas. Considerando las clasificaciones por capacidad de identificación, se ha considerado al reconocimiento facial como una función clave en el desarrollo de estos síndromes que involucra las regiones occipitotemporal y ventromedial derechas, el fascículo uncinado y las vías limbotalámicas. Se han encontrado alteraciones en la conectividad entre lóbulos frontales y las regiones temporales límbicas. La hipofamiliaridad se ha asociado con una actividad reducida en la corteza peririnal, de forma inversa la hiperactividad se asocia con la hiperfamiliaridad (propia de los síndromes de Fregoli, intermetamorfosis y dobles subjetivos). Se ha considerado que las alteraciones en la conectividad entre áreas parahipocámpal y fusiforme derechas, podrían estar asociadas con alteraciones en percepción visual y en memoria.

De acuerdo con los modelos cognitivos, la persona en sí no es reconocida, yendo más allá del reconocimiento facial, al fracasar la integración de memorias sobre una persona con experiencias episódicas; esto genera un conflicto entre lo que el individuo percibe y lo que conoce; de allí surge una narrativa delirante de acuerdo con el contexto individual del paciente la cual explica la incongruencia (recordemos que el delirio se construye a partir del contexto sociocultural, experiencias previas, expectativas del paciente, estilos de pensamiento, etc).

Diagnóstico, tratamiento y pronóstico

Los SFI son poco comunes, pero presentan características llamativas que pueden facilitar su diagnóstico, sin embargo, es necesario realizar una evaluación exhaustiva por un profesional de la salud mental, ya que en ocasiones algunos pacientes con trastornos del espectro de la psicosis presentan una gran variedad de síntomas que resultan llamativos, lo que nos puede llevar a omitir preguntas con respecto a estos síndromes en particular. Debido a que estos diagnósticos se relacionan con diversas patologías que incluyen trastornos psiquiátricos –usualmente es-

Tabla 1. Síndromes de Falsa Identificación

Nombre del síndrome	Idea delirante	Comentario
Capgras	Una persona cercana ha sido reemplazada por un impostor idéntico	Puede estar relacionado con la desconexión entre la región del cerebro que procesa las emociones y la que procesa la información visual, lo que lleva a la sensación de que una persona conocida es un impostor.
Capgras inverso	La identidad del paciente ha sido reemplazada por una nueva	En algunos casos, el paciente puede creer que tiene una nueva identidad que se ha apoderado de su cuerpo, mientras que en otros puede creer que ha descubierto una identidad preexistente que ha sido reprimida.
Fregoli	Una o más personas familiares cambian de apariencia frecuentemente	El síndrome de Fregoli se cree que puede estar relacionado con una anomalía en el sistema de reconocimiento facial del cerebro, lo que lleva a la sensación de que las personas familiares están cambiando constantemente de apariencia.
Intermetamorfosis	Personas cercanas intercambiaron identidades	Este síndrome es muy raro y poco conocido, y se cree que puede estar relacionado con la esquizofrenia. En algunos casos, el paciente puede creer que dos personas cercanas han intercambiado identidades, mientras que en otros puede creer que su propia identidad ha sido intercambiada con la de otra persona.
Dobles subjetivos	Existen personas físicamente idénticas, pero con diferentes vidas y personalidades	En algunos casos, el paciente puede creer que las personas que se parecen físicamente a alguien que conoce son en realidad la misma persona con diferentes personalidades.
Mal identificación del yo en el espejo	El reflejo propio es desconocido	Este síndrome puede estar relacionado con la desconexión entre la región del cerebro que procesa la información visual y la que procesa el sentido de sí mismo. En algunos casos, el paciente puede creer que el reflejo en el espejo no es suyo, mientras que en otros puede creer que su propio cuerpo ha cambiado de alguna manera.
Pluralización clonal del self	Existencia de múltiples copias de uno mismo, con personalidades y características físicas idénticas	Este síndrome es considerado una variante del síndrome de Capgras y se asocia con trastornos esquizofrénicos. El paciente puede creer que sus familiares han sido reemplazados por réplicas idénticas o que han sido clonados. También puede creer que él mismo es una copia o un clon, o que existen varias versiones de él en diferentes lugares.
Somatoparafrenia	Desconocimiento de partes del cuerpo, considerándolas ajenas	Este síndrome es una forma de delirio de identificación errónea y es más común en pacientes con esquizofrenia. El paciente puede creer que sus extremidades o incluso sus órganos internos no le pertenecen y pueden sentir que alguien más está controlando su cuerpo.
Paramnesia reduplicativa	Un lugar ha sido duplicado o ha cambiado de ubicación	El paciente puede creer que un lugar específico, como su hogar o lugar de trabajo, ha sido duplicado o trasladado a otra ubicación. Pueden incluso creer que ellos mismos han sido trasladados a una ubicación diferente, aunque en realidad se encuentran en el mismo lugar de siempre.

quifrenia— y causas no psiquiátricas (eventos vasculares, encefalitis de diversas etiologías, neoplasias, etc), se vuelve necesario realizar una evaluación completa del funcionamiento metabólico y neurológico para ofrecer el tratamiento correcto.

Respecto al tratamiento farmacológico, es necesario señalar que existe escasa evidencia sobre la elección del tratamiento adecuado. En el caso de las psicosis primarias, se ha observado que los antipsicóticos como olanzapina, sulpirida, trifluoperazina, pimozida y clorazepato han tenido una respuesta adecuada, con una efectividad muy similar, con excepción de la clozapina que tiene un perfil especial para casos resistentes a tratamiento. Este perfil de respuesta abre la puerta para considerar el uso de otros antipsicóticos con características farmacológicas similares; la recomendación consiste en el uso, a dosis adecuadas, de antipsicóticos bien tolerados. Los pacientes con este tipo de síndrome no tienen habitualmente conciencia de enfermedad lo que genera mal apego al tratamiento.

Se han empleado antidepresivos, con la intención de tratar síntomas comórbidos, como ansiedad o depresión, asociados con la idea delirante o con problemas relacionados; algunos

autores les reconocen alguna utilidad, independientemente del estado anímico.

Si se identifican datos de manía, el litio es uno de los tratamientos de elección.

Respecto a las intervenciones no farmacológicas, se ha propuesto la terapia grupal como opción terapéutica, sin embargo, la evidencia no es suficiente para poder recomendarla en estos momentos. Otra intervención que aparenta prometedora es la del entrenamiento metacognitivo, que tiene una aproximación transdiagnóstica la cual, sin importar el origen de la idea delirante, puede facilitar su abordaje de manera terapéutica.

El pronóstico de estos síndromes no ha sido establecido claramente, ya que depende de la causa subyacente. En los casos de una causa reversible se puede esperar un buen pronóstico; sin embargo, en presencia de daños neurológicos y trastornos psicóticos primarios existe la posibilidad de que el delirio se cronifique y que el tratamiento farmacológico únicamente disminuya la conducta asociada a la idea delirante.

Agresividad y violencia

La fenomenología de estos síndromes puede aumentar el riesgo de que se produzcan algún tipo de agresión o actos violentos en contra de las personas incluidas en la idea delirante. Por la escasa investigación aún no se ha determinado claramente una relación de estos síndromes con conductas agresivas. A pesar de esta limitante, se han identificado algunos factores que se podrían asociar con episodios de agresividad y violencia, en especial el que se conoce como "tríada de alto riesgo" que consiste en creencias altamente valoradas, afecto negativo y objetivo identificado (a menudo un familiar cercano o figura de apego).

Además de esta tríada, se han identificado los siguientes factores de riesgo: antecedentes de agresión física, enojo secundario a la idea delirante, cercanía de la persona incluida en el delirio, daño estructural o metabólico cerebral, saliencia subjetiva de eventos del pasado asociados con emociones negativas, baja inteligencia, pobres habilidades sociales y ocupacionales, trastorno psiquiátrico primario, asociación con ideas delirantes de tipo erotomanía o celotípico, grado de percepción de amenaza por parte del objeto mal identificado, impulsividad y uso de sustancias. Es importante señalar que estos factores han sido identificados en estudios pequeños o reportes de caso, por lo que no es posible generalizarlos, pero es importante tenerlos en cuenta al momento de la evaluación de cada caso.

Prevalencia en diversos grupos

Como se ha mencionado previamente, los SFI se han asociado con trastornos neurológicos y con condiciones psiquiátricas, siendo la esquizofrenia el diagnóstico más común, con prevalencia entre 1.3 y 4.1 por ciento del total de los pacientes psiquiátricos en tratamiento intrahospitalario.

Los SFI se han identificado en pacientes con demencia por enfermedad de Alzheimer, demencia por cuerpos de Lewy y demencia semántica. Estos pacientes perciben a la persona mal identificada con sospecha y hostilidad, llevándolos a la paranoia y en ocasiones a la agresividad; pueden atacar a los sujetos objeto de sus sospechas, especialmente cuando existe un antecedente de agresión o cuando la idea delirante se enfoca en la relación interpersonal.

La incidencia del síndrome de Capgras en población penitenciaria es mayor en sujetos con trastornos psicóticos que han cometido algún acto de violencia. Es relevante ofrecer un tratamiento energético a pacientes con estos síndromes que se en-

cuentran embarazadas, en el parto o al cuidado de niños; en efecto, si la idea de suplantación es dirigida al producto/niño, su seguridad puede estar comprometida.

En la actualidad no existen escalas clínicas o forenses y entrevistas estructuradas que evalúen de manera específica estos síndromes, lo que complica la estadificación y el tratamiento. Sin embargo, se ha visto que los SFI tienen relevancia a nivel forense, ya que tienen un impacto en la racionalidad, la comprensión del bien y el mal, la habilidad de controlar los actos y la imputabilidad. En el área criminal, los SFI pueden representar la esencia de la falta de competencia, y su diagnóstico puede ser un argumento para librar de responsabilidad a quien lo padece. Por otro lado, también es posible que estos síndromes puedan comprometer las capacidades parentales y llevar a la pérdida de los derechos de custodia.

Conclusiones

Existen varios SFI, como los síndromes de Capgras, Capgras inverso, Fregoli, intermetamorfosis, dobles subjetivos, mal identificación del yo en el espejo, pluralización clonal, somatoparafenía, paramnesia reduplicativa, entre otros, que no están tan bien delimitados. Cada uno de ellos presenta diferentes características y patrones de delirios, pero comparten la idea principal de una mala identificación de personas, objetos o lugares conocidos.

Debido a las implicaciones de este tipo de delirios, ya sea por las conductas de riesgo que pueden derivar de ellos o por las posibles consecuencias de la causa subyacente, los clínicos deben familiarizarse con los aspectos fenomenológicos de estos síndromes y sus posibles etiologías para poder realizar métodos de diagnóstico apropiados y reconocer estos síntomas en un paciente. Es fundamental manejar estos síndromes de manera efectiva para mejorar la calidad de vida de los pacientes y evitar comportamientos de riesgo que puedan comprometer su seguridad y la de otros.

Las terapias varían de acuerdo con la causa subyacente y pueden incluir psicoterapia, medicación psiquiátrica, abordaje de la causa subyacente o combinación de todos ellos.

César Augusto Celada Borja y Mauricio Rosel Vales

Bibliografía

Klein, C. A., & Hirachan, S. (2014). The masks of identities: who's who? Delusional misidentification syndromes. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 42(3), 369-378.

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.¹



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.¹



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



Ranurada

psicofarma
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