



## Artículo original

# Coexistencia de distintos síndromes de falsos reconocimientos delirantes en la práctica clínica: serie de casos



Marta Migoya-Borja<sup>a</sup>, Nora Palomar-Ciria<sup>b,\*</sup>, Fanny Cegla-Schwartzman<sup>a</sup>,  
Santiago Ovejero<sup>a</sup> y Enrique Baca-García<sup>a,c,d,e,f,g,h,i,j</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España

<sup>b</sup> Servicio de Psiquiatría, Complejo Asistencial de Soria, Soria, España

<sup>c</sup> Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España

<sup>d</sup> Instituto de Investigación Sanitaria Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España

<sup>e</sup> Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles, Madrid, España

<sup>f</sup> Servicio de Psiquiatría, Hospital General de Villalba, Madrid, España

<sup>g</sup> Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Infanta Elena, Valdemoro, Madrid, España

<sup>h</sup> CIBERSAM (Centro de Investigación en Salud Mental), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

<sup>i</sup> Universidad Católica del Maule, Talca, Chile

<sup>j</sup> Servicio de Psiquiatría, Centre Hospitalier Universitaire de Nîmes, Nîmes, Francia

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 15 de enero de 2021

Aceptado el 19 de mayo de 2021

On-line el 3 de julio de 2021

Palabras clave:

Capgras

Reconocimientos delirantes

Fregoli

Neuropsiquiatría

Psicosis

Esquizofrenia

## RESUMEN

**Objetivo:** El objetivo de este estudio es analizar la coexistencia de varios síndromes de falsos reconocimientos delirantes en una muestra clínica.

**Métodos:** A lo largo de 1 año, se seleccionó una muestra de 6 pacientes con 2 o más tipos de falsos reconocimientos delirantes durante el mismo episodio. Todos ellos se encontraban hospitalizados en la unidad de hospitalización psiquiátrica en un hospital de España.

**Resultados:** A pesar de los distintos diagnósticos, los pacientes incluidos presentaban diferentes tipos de falsos reconocimientos delirantes, tanto de hiperidentificación como de hipoidentificación. El tratamiento antipsicótico fue escasamente eficaz contra estos síndromes de falsos reconocimientos delirantes.

**Conclusiones:** La coexistencia de varios síndromes de falsos reconocimientos delirantes indica que la etiopatogenia de los distintos tipos es similar. Se trata de un campo con importantes implicaciones tanto clínicas, por la baja respuesta al tratamiento, como las posibles médico-legales.

© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: npalomar@saludcastillayleon.es (N. Palomar-Ciria).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.05.003>

0034-7450/© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Coexistence of Different Delusional Misidentification Syndromes in Clinical Practice: A Case Series

### A B S T R A C T

#### Keywords:

Capgras  
Delusional misidentification  
Fregoli  
Neuropsychiatry  
Psychosis  
Schizophrenia

**Objective:** The objective of this study is to analyse the coexistence of several delusional misidentification syndromes in a clinical sample.

**Methods:** Over one year, a sample of six patients presenting two or more types of delusional misidentification syndromes was selected. All these patients were admitted to the psychiatric inpatient unit of a Spanish hospital.

**Results:** Despite the different diagnoses, the patients included presented different types of delusional misidentification syndromes, both hyperidentification and hypoidentification. Antipsychotic treatment was not very effective against these delusional misidentification syndromes

**Conclusions:** The coexistence of several delusional misidentification syndromes indicates that the aetiopathogenesis of the different types is similar. It is a field with important clinical implications, due to the poor response to treatment, as well as the possible medico-legal implications.

© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

Los falsos reconocimientos delirantes (FRD) son síntomas psicóticos complejos en los que los pacientes confunden la identidad de personas previamente conocidas para ellos a pesar de que en ocasiones las reconozcan físicamente. Estos fenómenos abarcan un amplio espectro de trastornos en los que, además de personas, se pueden confundir animales, objetos o lugares<sup>1</sup>. En el Síndrome de Capgras, el más frecuente y conocido de los FRD<sup>2,3</sup>, el paciente tiene el delirio de que un amigo, cónyuge, padre u otro familiar cercano (o mascota) es sustituido por un impostor idéntico físicamente. Desde que Joseph Capgras describió por primera vez el síndrome de Capgras en 1932<sup>4</sup>, se han caracterizado otros 4 tipos de FRD. Así, en el Síndrome de Fregoli el paciente mantiene la creencia delirante de que diferentes personas son en realidad una única persona que cambia de apariencia o está disfrazada. La paramnesia reduplicativa es la creencia delirante de que un lugar o localización ha sido duplicado y existe en 2 o más lugares simultáneamente o que ha sido «reubicado» en otro sitio. Por su parte, en el síndrome de intermetamorfosis el paciente cree que ver a una persona transformarse en otra tanto en su apariencia externa como en su personalidad interna. Por último, en el síndrome de los dobles subjetivos, el paciente mantiene la creencia delirante de tener un doble o un *doppelgänger* («doble andante») con la misma apariencia física, pero que suele tener rasgos de personalidad diferentes y lleva una vida propia.

Los FRD pueden aparecer como resultado de una gran variedad de condiciones médicas<sup>2,5-9</sup>. Además, pueden ser consecuencia de trastornos mentales como los trastornos afectivos o la esquizofrenia, donde se han descrito con mayor frecuencia<sup>2,10</sup>. A pesar de que algunos autores han especulado que los FRD pueden ser más frecuentes de lo descrito<sup>1,2</sup>, su epidemiología y su etiología siguen siendo inciertas hasta la

fecha. Esta subestimación puede deberse a que, en ocasiones, los FRD pueden coexistir o aparecer solapados en un mismo paciente<sup>8,12,13</sup>.

El objetivo de este trabajo es presentar 6 casos clínicos en los que se observó la coexistencia de más de un FRD en el mismo paciente durante un mismo episodio psicótico.

## Métodos

Durante 1 año, 6 pacientes hospitalizados en la Unidad de Hospitalización Breve del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz (Madrid, España) presentaron síntomas psicóticos con la coexistencia de diferentes FRD, ya que 2 o más FRD aparecieron solapados en el mismo paciente durante el tiempo de hospitalización. Los 6 pacientes seleccionados eran mayores de 18 años y recibieron diferentes diagnósticos del DMS-5 al alta<sup>14</sup>. Al ingreso, se realizó un estudio médico completo, con imágenes cerebrales de cada caso que permitieron excluir condiciones médicas o neuroanatómicas como causa de los FRD.

Los 6 pacientes o sus tutores legales dieron su consentimiento para la elaboración y la publicación de este trabajo. También se aseguró el anonimato.

## Resultados

En la tabla 1 se puede ver un resumen de las principales características de los 6 casos presentados.

### Caso 1

La paciente A. era una mujer de 30 años con antecedente de trastorno psicótico breve 298.8 (F23) y episodios depresivos que no requirieron hospitalización psiquiátrica. Consultó al servicio de urgencias por síntomas maníacos e ideación

**Tabla 1 – Resumen de las principales características de los casos**

|        | Edad (años) | Sexo  | FRD   |                    | Mejoría de los FRD con el tratamiento AP | Diagnostico al alta   |
|--------|-------------|-------|---|--------------------|--|---|
|        |             |       | Hiperidentificación   | Hipoidentificación |  |   |
| Caso 1 | 30          | Mujer | Fregoli<br>Intermetamorfosis                                | —                  | No                                       | Trastorno bipolar I, episodio maniaco con síntomas psicóticos |
| Caso 2 | 39          | Varón | Fregoli<br>Intermetamorfosis<br>Paramnesia reduplicativa    | —                  | No                                       | Esquizofrenia   |
| Caso 3 | 18          | Varón | Fregoli   | Capgras            | Sí                                       | Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos    |
| Caso 4 | 52          | Mujer | Fregoli<br>Fregoli para objetos<br>Paramnesia reduplicativa | —                  | No                                       | Trastorno delirante   |
| Caso 5 | 39          | Mujer | Fregoli   | Capgras            | No                                       | Esquizofrenia   |
| Caso 6 | 65          | Mujer | Fregoli<br>Fregoli para objetos                             | Capgras            | Sí                                       | Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos    |

AP: antipsicótico; FRD: falsos reconocimientos delirantes.

delirante. Durante el ingreso, se observó el síndrome de Fregoli, ya que la paciente afirmaba que su tío también estaba hospitalizado. Además, describió la unidad de hospitalización como un «*Show de Truman*» donde los pacientes y el personal estaban disfrazados y actuaban un papel para burlarse de ella. También presentaba el síndrome de intermetamorfosis, ya que creía que las personas que la rodeaban intercambiaban sus identidades físicas y psíquicas: «La gente de aquí me conoce, se disfraza... El chico rubio que primero se hizo pasar por mi tío ahora se hace pasar por el primer psiquiatra que me trató en otro hospital... Un hematólogo que conozco se hace pasar por abogado aquí...». La hipertimia, la expansividad y el insomnio iniciales mejoraron con el tratamiento psicofarmacológico. Sin embargo, los FRD y otras ideas delirantes persistieron. El diagnóstico al alta fue trastorno bipolar I, episodio maniaco con síntomas psicóticos, 296.44 (F31.2).

#### Caso 2

El paciente B. era un varón de 39 años con una esquizofrenia paranoide de larga evolución y múltiples recaídas debido a una mala adherencia al tratamiento. Acudió a urgencias por alteraciones conductuales, agresividad, discurso incoherente, soliloquios y alucinaciones auditivas. Durante el ingreso, se observó síndrome de Fregoli, ya que identificaba a familiares (su padre y su tío) disfrazados de pacientes. Además, se observó un delirio de intermetamorfosis, ya que el paciente creía que otros pacientes ingresados intercambiaban sus identidades: «David estaba gordo cuando salió ayer y ahora ha vuelto como una mujer que escribe en el ordenador en el control de enfermería». Además, B. presentaba paramnesia reduplicativa, ya que afirmaba que la ciudad de Madrid era en

realidad Barcelona, donde vivía antes de trasladarse a Madrid. Los FRD y otras ideas delirantes persistieron a pesar del tratamiento antipsicótico, mientras que otros síntomas psicóticos mejoraron. Las alteraciones conductuales y la repercusión afectiva inicial también mejoraron. El diagnóstico al alta fue esquizofrenia, 295.90 (F20.9).

#### Caso 3

El paciente C. era un varón de 18 años sin antecedentes médicos ni psiquiátricos, salvo un consumo activo de cannabis (6 porros al día). Fue traído a urgencias por su madre a causa de risas inmotivadas, alucinaciones auditivas, insomnio y fenómenos de inserción del pensamiento. A su llegada se mostraba poco colaborador, suspicaz y bloqueado. Durante el ingreso, se observó el delirio de Capgras, ya que C. explicaba que su madre había sido sustituida por una impostora, aunque la reconocía físicamente: «La gente aquí me mira. Mi madre es rara, ha cambiado... Aunque parece que es ella, creo que ya no es ella y no sé por qué». También presentaba el síndrome de Fregoli, ya que creía que su exnovia también estaba ingresada en la unidad de hospitalización disfrazada de paciente. En este caso, todos los síntomas, incluidos los fenómenos de Capgras y Fregoli, mejoraron con el tratamiento antipsicótico durante el ingreso. El diagnóstico al alta fue espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, 298.9 (F29).

#### Caso 4

La paciente D. era una mujer de 52 años sin antecedentes psiquiátricos que acudió a urgencias acompañada de su marido por un cuadro consistente en inquietud, irritabilidad,

tendencia al retraimiento social, actitud hostil y desconfiada, insomnio, alucinaciones auditivas e ideas autorreferenciales y de perjuicio. Durante el ingreso, se identificó el síndrome de Fregoli, ya que D. creía que había personas de su trabajo también ingresadas «representando un papel» o disfrazadas de pacientes en la unidad de hospitalización. Además, la D. explicaba que días antes de su ingreso en el hospital había ocurrido algo extraño en el trabajo: «Los informes estaban duplicados, había informes que ya había leído, pero de alguna manera desaparecían del ordenador y eran sustituidos por otros que yo ya conocía». Estos síntomas coincidían con un síndrome de Fregoli para objetos y paramnesia reduplicativa. En este caso, tanto los FRD como el resto de síntomas delirantes persistieron a pesar del tratamiento antipsicótico, mientras que la irritabilidad y el impacto emocional iniciales mejoraron. El diagnóstico al alta fue trastorno delirante, 297.1 (F24).

#### Caso 5

La paciente E. era una mujer de 39 años con una esquizofrenia paranoide diagnosticada 8 años antes, con múltiples recaídas por mala adherencia al tratamiento. A su llegada al servicio de urgencias presentaba una actitud poco colaboradora y desconfiada, con mutismo selectivo y tendencia a la agresividad. Su padre informó de que E. había interrumpido el tratamiento hacía 1 año y describió un comportamiento agresivo de E. hacia él en los últimos días. Durante el ingreso, se observó tanto el síndrome de Capgras como el de Fregoli. Por un lado, E. creía que su familia e incluso la gente de la calle habían sido sustituidos por robots que la espían. Por otro, E. identificó erróneamente a otra paciente ingresada como una vieja amiga de su barrio y a la psiquiatra tratante como su hermana, y afirmaba que ambas desempeñaban un papel en la unidad de hospitalización. Los FRD persistieron a pesar del tratamiento antipsicótico, mientras que se observó una mejoría en el plano conductual. El diagnóstico al alta fue esquizofrenia 295.90 (F20.9).

#### Caso 6

La paciente F. era una mujer de 65 años sin antecedentes psiquiátricos traída al servicio de urgencias por su madre tras pasar una semana de vacaciones en Málaga capital. A su llegada, presentaba ideas autorreferenciales y perjuicio, alteración del comportamiento, discurso escaso y actitud suspicaz. Durante el ingreso, F. creía estar en una realidad paralela. Explicaba que su padre había pagado a actores para que se hicieran pasar por conductores de autobús, policías y otras personas de la calle para impedirle salir de Málaga (síndrome de Fregoli). También creía que su padre tenía la capacidad de intercambiar edificios. Por ello, era capaz de reconocer edificios de Málaga en Madrid capital (síndrome de Fregoli para objetos). Además, presentaba el síndrome de Capgras, ya que creía que su madre había sido suplantada por una impostora que pretendía matar a su padre. Los FRD y los síntomas psicóticos mejoraron con el tratamiento antipsicótico. El diagnóstico al alta fue espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, 298.9 (F29).

## Discusión

Los FRD son raros fenómenos psicopatológicos que comparten el tema clásico de que una persona es sustituida por un doble o se transforma en otra. Christodoulou et al. clasificaron los FRD en 2 grupos, los síndromes de hipoidentificación e hiperidentificación, según la ausencia o la presencia excesiva del sentido de familiaridad respectivamente<sup>13</sup>. Así, el síndrome de Capgras se clasifica como síndrome de hipoidentificación, mientras que el resto de ellos (síndrome de Fregoli, intermetamorfosis, paramnesia reduplicativa y síndrome de los dobles subjetivos) se incluyen como síndromes de hiperidentificación. En un episodio psicótico pueden aparecer simultáneamente diferentes síntomas como la suspicacia, la alteración conductual o las alteraciones senso perceptivas. Sin embargo, mientras que tales síntomas suelen explorarse por separado, generalmente se pasa por alto la coexistencia de diferentes FRD<sup>15,16</sup>. La coexistencia de síndromes de hipoidentificación e hiperidentificación en un mismo paciente se considera poco frecuente<sup>13</sup>. Sin embargo, en nuestra muestra, encontramos que los FRD tienden a agruparse, e incluso 3 de los 6 casos reportados (50%) presentaron ambos síndromes simultáneamente.

Se han descrito diferentes teorías sobre el origen de los FRD<sup>17-19</sup>. Sin embargo, la neuropatología de estos fenómenos inusuales sigue siendo incierta en la actualidad<sup>2,8,20-23</sup>. Darby et al. propusieron una explicación novedosa basada en la incapacidad de vincular las percepciones generadas frente a estímulos externos con los recuerdos autobiográficos internos activados<sup>16</sup>. También hay algunas pruebas neuroanatómicas que apuntan a esta desconexión en pacientes con lesiones cerebrales focales<sup>22</sup>. Así, el síndrome de Capgras (hipoidentificación) aparecería cuando la percepción del objeto externo no desencadena los recuerdos autobiográficos correspondientes, lo que llevará al paciente a mantener la creencia errónea de que un familiar es sustituido por un impostor. Por el contrario, en los síndromes de hiperidentificación, como el síndrome de Fregoli, las identidades generadas inapropiadamente desde la memoria autobiográfica debido a estímulos externos (persona, objeto o lugar) llevarán al paciente a creer que el objeto externo es la identidad familiar disfrazada<sup>1,24</sup>. Por lo tanto, esta hipótesis explicaría la coexistencia de los síndromes de hipoidentificación e hiperidentificación en el mismo paciente. Esta concurrencia también indica que estos síndromes comparten una patogénesis similar<sup>6,25</sup>.

Los FRD tienen en común la mala respuesta a los tratamientos antipsicóticos<sup>26</sup>. En nuestra muestra, 4 de los 6 pacientes fueron dados de alta a pesar de que los FRD persistían.

Los FRD a veces pueden desencadenar un comportamiento violento con consecuencias legales y resultados adversos<sup>8,10,11,27</sup>. Ninguno de los pacientes presentados tuvo problemas legales a pesar de que la agresividad hacia la persona mal identificada era habitual.

En conclusión, los FRD, así como la coexistencia de más de un tipo de FRD en el mismo paciente, podría ser más común de lo que se creía. Los FRD pueden aparecer en trastornos psiquiátricos, pero también en afecciones médicas y neurológicas. Por lo tanto, se necesita más investigación para aclarar la

neuropatogenia de los FRD con el fin de proporcionar mejores opciones de tratamiento que puedan mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún interés competitivo en la elaboración de este trabajo. No se ha necesitado financiación externa para la elaboración de este trabajo

### BIBLIOGRAFÍA

- Darby RR, Caplan D. Cat-gras" delusion: a unique misidentification syndrome and a novel explanation. *Neurocase*. 2016;22:251-6.
- Barrelle A, Luauté J-P. Capgras syndrome and other delusional misidentification syndromes. In: *Neurologic-Psychiatric Syndromes in Focus Part II - From Psychiatry to Neurology*.
- Hillers Rodríguez R, Madoz-Gúrpide A, Tirapu Ustárroz J. Capgras syndrome: a proposal of neuropsychological battery for assessment. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2011;46:275-80.
- Capgras J, Reboul-Lachaux J. L'illusion des "sosies" dans un délire systématisé chronique. *Hist Psychiatry*. 1994;5:119-33.
- Cercy SP, Marasia JC. Combined delusional misidentification syndrome in a patient with Parkinson's disease. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2012;24:E3-4.
- Darby R, Prasad S. Lesion-related delusional misidentification syndromes: a comprehensive review of reported cases. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2016;28:217-22.
- Kakegawa Y, Isono O, Hanada K, Nishikawa T. Incidence and lesions causative of delusional misidentification syndrome after stroke. *Brain Behav*. 2020;10:e01829, <http://dx.doi.org/10.1002/brb3.1829>.
- Klein CA, Hirachan S. The masks of identities: who's who? Delusional misidentification syndromes. *J Am Acad Psychiatr Law*. 2014;42:11.
- Lucchelli F, Spinnler H. A reappraisal of person recognition and identification. *Cortex*. 2008;44:230-7.
- Pandis C, Agrawal N, Poole N. Capgras' delusion: a systematic review of 255 published cases. *Psychopathology*. 2019;52:161-73.
- Horn M, Thomas P, Pins D. Preventing violence in schizophrenia: Why do delusional familiarity disorders remain so unfamiliar? *Aust N Z J Psychiatry*. 2016;50, 1209-1209.
- Ansoy O, Tufan AE, Bilici R, Taskiran S, Topal Z, Demir N, et al. The comorbidity of reduplicative paramnesia, intermetamorphosis, reverse-intermetamorphosis, misidentification of reflection, and capgras syndrome in an adolescent patient. *Case Rep Psychiatry*. 2014;2014:360480.
- Christodoulou GN, Margariti M, Kontaxakis VP, Christodoulou NG. The delusional misidentification syndromes: Strange, fascinating, and instructive. *Curr Psychiatry Rep*. 2009;11:185-9.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5TM*. 5th ed. American Psychiatric Association; 2013.
- Currell EA, Werbeloff N, Hayes JF, Bell V. Cognitive neuropsychiatric analysis of an additional large Capgras delusion case series. *Cogn Neuropsychiatry*. 2019;24:123-34.
- Kirov G, Jones P, Lewis SW. Prevalence of delusional misidentification syndromes. *Psychopathology*. 1994;27:148-9.
- Bruce V, Young A. Understanding face recognition. *Br J Psychol*. 1986;77 Pt 3:305-27.
- Gainotti G. Cognitive models of familiar people recognition and hemispheric asymmetries. *Front Biosci*. 2014;E6:148-58.
- Lewis MB, Sherwood S, Moselhy H, Ellis HD. Autonomic responses to familiar faces without autonomic responses to familiar voices: Evidence for voice-specific Capgras delusion. *Cogn Neuropsychiatr*. 2001;6:217-28.
- Anderson CA, Filley CM. Delusional misidentification syndromes: progress and new challenges. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2016;28:160-1.
- Atta K, Forlenza N, Gujski M, Hashmi S, Isaac G. Delusional misidentification syndromes: separate disorders or unusual presentations of existing DSM-IV categories? *Psychiatry (Edmont)*. 2006;3:56-61.
- Darby RR, Laganriere S, Pascual-Leone A, Prasad S, Fox MD. Finding the imposter: brain connectivity of lesions causing delusional misidentifications. *Brain*. 2017;140:497-507.
- Madoz-Gúrpide A, Hillers-Rodríguez R. Capgras delusion: a review of aetiological theories. *Rev Neurol*. 2010;50:420-30.
- Kumar PNS, Gopalakrishnan A, Williams M. A case of Fregoli syndrome in schizophrenia. *Asian J Psychiatr*. 2018;36:119-20.
- Margariti MM, Kontaxakis VP. Approaching delusional misidentification syndromes as a disorder of the sense of uniqueness. *Psychopathology*. 2006;39:261-8.
- Rapinesi C, Kotzalidis GD, Del Casale A. Treatment-resistant, five-year long, postpartum-onset Capgras episode resolving after electroconvulsive therapy. *Int J Psychiatry Med*. 2015;49:227-34.
- Carabellese F, Rocca G, Candelli C, Catanesi R. Mental illness, violence and delusional misidentifications: the role of Capgras' syndrome in matricide. *J Forensic Leg Med*. 2014;21:9-13.