



FACULTADE DE MEDICINA
E ODONTOLOXÍA

Traballo de
fin de grao

**Delirios de Identificación: Revisión
conceptual e clínica**

**Delirios de identificación: Revisión
conceptual y clínica**

**Delusional Misidentification Syndromes:
conceptual and clinical review**

Autor/a/es/as: Ana Picallo Vieito

Titor/a: Ángela Torres Iglesias

Cotitor/a: Manuel Serrano Vázquez

Departamento: Psiquiatría, Radiología,
Salud Pública, Enfermería y Medicina

Xuño 2021

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo hubiera sido imposible sin la ayuda de mi cotutor, Manuel Serrano, a quien me gustaría agradecer el empeño que ha puesto en guiarme y orientarme a través de esta nebulosa que ha supuesto para mí hacer el Trabajo de Fin de Grado.

Por otra parte, me gustaría dar las gracias a mi tutora, Ángela Torres. Más allá de las valiosas aportaciones realizadas a mi trabajo (a pesar de la distancia), me gustaría reconocer su labor como docente, ya que mi primer interés por la psiquiatría empezó cuando tuve la suerte de acudir a sus clases en cuarto de carrera.

A mi familia, por confiar siempre en mí, incluso cuando yo misma desconfié.

A mi pareja, Miguel, por la paciencia infinita.

A todos mis amigos, médicos y no médicos, por el apoyo recibido durante todos estos años.

En definitiva, a todos los que habéis aportado vuestro granito de arena por verme feliz, gracias.

CONTENIDO

1.	RESUMEN.....	1
	RESUMO	1
	ABSTRACT	2
2.	CASO CLÍNICO	3
3.	INTRODUCCIÓN.....	5
	3.1 EPIDEMIOLOGÍA	5
	3.2 DMS EN PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS	5
	3.3 DMS EN TRASTORNOS ORGÁNICOS	6
	3.4 CLASIFICACIÓN DE DMS	6
	3.4.1 Síndrome de Capgras.....	7
	3.4.2 Síndrome de Fregoli.....	7
	3.4.3 Síndrome de Intermetamorfosis	8
	3.4.4 Síndromes de Dobles Subjetivos.....	9
	3.4.5 Síndrome de Paramnesia Reduplicativa	10
	3.4.6 Síndrome de Pluralización Clonal	10
	3.4.7 Trastorno de Autoidentificación.....	10
	3.5 EXPLORACIÓN NEUROPSICOLÓGICA.....	11
	3.6 EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA.....	12
	3.7 VIOLENCIA ASOCIADA A DMS.....	13
	3.8 PATOGÉNESIS	13
	3.8.1 Modelos Cognitivos.....	14
	3.8.2 Modelos Neuropsiquiátricos.....	14
	3.8 TRATAMIENTO	15
4.	OBJETIVOS.....	16
5.	METODOLOGÍA.....	16
6.	RESULTADOS.....	19
	6.1 ESTADO ACTUAL DE LOS DMS	19
	6.2 TIPOLOGÍA DE LOS DMS.....	26
	6.3 FRECUENCIA DE LOS DMS.....	27
	6.3.1 DMS asociados a patología psiquiátrica.....	27
	6.3.2 DMS asociados a patología orgánica	28
7.	DISCUSIÓN.....	29
8.	CONCLUSIONES	30
9.	LIMITACIONES.....	30
10.	BIBLIOGRAFÍA	31

1. RESUMEN

Antecedentes: los síndromes de falsa identificación delirante son un grupo de trastornos donde los pacientes son incapaces de identificar adecuadamente a personas de su entorno. Esta definición se puede extender a animales, objetos o lugares. El más común es el Síndrome de Capgras. La epidemiología del trastorno es desconocida, aunque se estima que su frecuencia es baja. Pueden aparecer en el contexto de otros trastornos, orgánicos o psiquiátricos, pudiendo ser entendido como un síndrome (síntoma) dentro de estos o aparecer de forma aislada. No existe un tratamiento específico, suelen emplearse neurolépticos en asociación al tratamiento de la patología de base. Por último, hay que comentar que estos síndromes se asocian a una mayor tendencia a la agresividad, ya que estos pacientes se pueden llegar a sentir perseguidos o amenazados por los impostores o dobles.

Metodología: se ha llevado a cabo una revisión sistemática usando el término “Delusional Misidentification” en las bases de datos PubMed, PsycInfo y Google Académico.

Resultados: fueron seleccionados un total de 25 artículos, incluyendo 18 reportes de casos, 5 revisiones sistemáticas y 2 revisiones bibliográficas.

Conclusiones: los síndromes de falsa identificación delirante son un fenómeno infrecuente y poco estudiado. La comunidad científica debería dedicar un mayor esfuerzo a su investigación para intentar mejorar la comprensión de este y ayudar a los clínicos a reconocerlo en su práctica clínica diaria.

Palabras clave: síndromes de falsa identificación, Capgras, delirio.

RESUMO

Antecedentes: os síndromes de falsa identificación delirante son un grupo de trastornos onde os pacientes son incapaces de identificar adecuadamente a persoas da súa contorna. Esta definición pódese estender a animais, obxectos ou lugares. A máis común é a Síndrome de Capgras. A epidemioloxía do trastorno é descoñecida, aínda que se estima que a súa frecuencia é baixa. Poden aparecer no contexto doutros trastornos, orgánicos ou psiquiátricos, podendo ser entendido como unha síndrome (síntoma) dentro destes ou aparecer de forma illada. Non existe un tratamento específico, adoitan empregarse neurolépticos en asociación ao tratamento da patoloxía de base. Por último, hai que comentar que estas síndromes se asocian a unha maior tendencia á agresividade, xa que estes pacientes pódense chegar a sentir perseguidos ou ameazados polos impostores ou dobles.

Metodoloxía: levouse a cabo unha revisión sistemática usando o termo “Delusional Misidentification” nas bases de datos PubMed, PsycInfo e Google Académico.

Resultados: foron seleccionados un total de 25 artigos, incluíndo 18 reportes de casos, 5 revisións sistemáticas e 2 revisións bibliográficas.

Conclusións: as síndromes de falsa identificación delirante son un fenómeno infrecuente e pouco estudado. A comunidade científica debería adicar un maior esforzo á súa investigación para tentar mellorar a comprensión do mesmo e axudar aos clínicos a recoñecelo na súa práctica clínica diaria.

Palabras chave: síndrome de falsa identificación, Capgras, delirio.

ABSTRACT

Background: delusional misidentification syndromes are a group of disorders in which patients are unable to properly identify people around them. This definition might extend to animals, objects or places. The most common syndrome is Capgras Syndrome. Epidemiology is still unknown, although its frequency is estimated to be low. They may occur in different contexts, such as organic or psychiatric pathology, being able to be understood like a syndrome (symptom) or like an isolated form. It has not specific treatment, neuroleptics are often used combined with treatment of the underlying disorder. Finally, it is essential to remark that these syndromes are associated with high increased violence, since these patients may end up feeling chased or threatened by the impostors or doubles.

Methods: a systematic review has been performed using the key words “Delusional Misidentification” in databases: PubMed, PsycInfo and Google Scholar.

Results: 25 articles had been selected, including 18 case reports, 5 systematic reviews and 2 bibliographic reviews.

Conclusions: delusional misidentification syndromes are an uncommon and poorly studied phenomenon. The scientific community should devote a greater effort to reach a better understanding of the topic and to help clinicians to achieve a full recognition of the issue in their everyday clinical practice.

Keywords: delusional misidentification syndromes, Capgras, delirium.

2. CASO CLÍNICO

FILIACIÓN

Mujer de 48 años. Reside con sus abuelos hasta que sus padres retornan de Reino Unido cuando la paciente tiene 9 años. La paciente es la menor de dos hermanos. Padre fallecido. Madre en posible curso de demencia, atendida como dependiente.

A los 20 años se independiza con su pareja. Su pareja manifiesta la intención de separarse. Nulo apoyo familiar. Estudio hasta Bachiller, que no finalizó. Ha realizado trabajos esporádicos.

ANTECEDENTES FAMILIARES PSIQUIÁTRICOS

No refiere.

ANTECEDENTES PERSONALES SOMÁTICOS

No alergias medicamentosas conocidas. Nódulos tiroideos en seguimiento por Endocrinología hasta 2010.

Diagnosticada de mínima ectasia ductal en 2006, ecografía normal en 2010.

ANTECEDENTES PERSONALES PSIQUIÁTRICOS

No refiere. Niega consumo de tóxicos. No refiere toma de tratamiento psicofarmacológico.

ANAMNESIS

Mujer de 48 años que acude a Urgencias traída por el 061 y las FOP.

Nota del médico del 061: “la paciente no le abre la puerta a la guardia civil para retirar los bienes de su pareja del piso que compartían, con orden judicial entran y la paciente se encuentra agitada, les refiere que existe una conspiración contra ella”.

La paciente habla de la “secta de los 8” (policías que visten con jerseys de 8 iguales). Refiere que la familia de su pareja es “clónica” y que tiene que ver con la “cúpula”. Comenta que el vecindario la acosa, persigue y que por ello les va a ganar el edificio en el juzgado.

No conciencia de enfermedad, se niega a ser valorada.

Entrevista con la paciente

Se encuentra en el box de contención, sentada en la camilla. Inicia relato detallado en el que describe una situación de acoso que vienen sufriendo tanto ella como su pareja desde hace aproximadamente 4 años. Dice que vive con su pareja en un piso propiedad de "Maceiras", principal responsable de este acoso sistemático junto con otros a los que denomina "Clan Maceiras". Explica también la presencia de una banda de "tráfico" que se meten en su casa sin que se dé cuenta y transmiten información de su vida a través de internet. Refiere la existencia de una serie de personas a las que denomina “clónicos”, que se hacen pasar por familiares de su pareja, con el objetivo de engañarlo dañarla. Todos los allegados, incluso su pareja, tienen clones por el mundo. También refiere que en alguna ocasión su pareja se acercaba a una persona que identificaba como su familiar, cuando en realidad no lo era, ya que su apariencia era distinta.

Entrevista con la expareja

La expareja relata que la paciente lleva tres años sufriendo múltiples alteraciones conductuales: deja de usar el móvil porque la espían, no renueva el DNI para que no la controlen, hay cámaras de seguridad que la están grabando, se niega a entrar en centros comerciales.... Dice que es millonaria; llega a decir que el edificio donde viven es de ella,

no acompañado de resonancia afectiva de tipo maníaco. Por la calle y en casa muchas veces habla sola y dice que conversa con Satán. En las paredes ocasionalmente le parecía ver entes. Lleva un cuchillo en el bolso por la calle porque tiene miedo.

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

Consciente y orientada. Adecuado aspecto general. Actitud querulante y altiva, colabora parcialmente. Suspica, aunque no hipervigilante, su postura corporal es distendida y seductora. No inquietud psicomotriz ni ansiedad psíquica. Impresiona de eutimia. Discurso espontáneo, ligeramente acelerado, dificultad para aceptar interrupciones. Ideación delirante de perjuicio, altamente estructurada y de amplio espectro. Ideación delirante de vigilancia y control. Falsas identificaciones compatibles con síndromes de Capgras y Fregoli. Autorreferencialidad. Se infiere elevado autoconcepto personal. No se detectan alteraciones sensorio-perceptivas. No ideación autolítica. Posible desgobierno horario. Nula conciencia de problema y enfermedad.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS DE URGENCIAS

Bioquímica: normal.

Hemograma: normal.

Análisis de orina: Act. Esterasa (Leucocitaria) (+), Proteína (+), Hemo/Mioglobina (+).

Eritrocitos 30.0 cel/ μ L (0.0-13.0). Bacterias (-).

Análisis de tóxicos: positivo para benzodiazepinas.

JUICIO CLÍNICO Y PLAN ASISTENCIAL

Juicio Clínico:

Síntomas psicóticos de años de evolución.

Impresiona de Trastorno Delirante Crónico.

Plan Asistencial: se considera pertinente ingreso en Unidad de Hospitalización.

3. INTRODUCCIÓN

Los delirios fueron uno de los temas centrales de la psicopatología desde finales del siglo XIX. Un delirio se define como una falsa creencia y es posible dividirlos en ideas delirantes primarias y secundarias. Las ideas delirantes primarias son juicios falsos que el paciente vive con una gran convicción, que no pueden ser rebatibles con argumentación lógica y en cuyo contenido destaca la inviabilidad de ser real. Estas ideas delirantes primarias son derivadas del proceso psíquico, pudiendo distinguirse así de las ideas delirantes secundarias, que surgen de estados psicopatológicos previos (1).

Se entiende como *reconocimiento* la capacidad de juzgar el conocimiento/desconocimiento de un objeto, mientras que la *identificación* es la capacidad de atribuir una información concreta a dicho objeto. Los síndromes de falsa identificación delirante (DMS) son un término complejo de la psiquiatría que se caracterizan por mantener preservada la capacidad de reconocimiento, mas no la identificación (2).

Los síndromes delirantes de identificación son un grupo de trastornos donde los pacientes suelen identificar de manera errónea a las personas que conocen. No obstante, se trata de un término paraguas que se extiende además al reconocimiento erróneo de objetos, animales o lugares (2).

3.1 EPIDEMIOLOGÍA

Los DMS son más frecuentes entre el sexo femenino, con un ratio de 2:1 (2).

Pueden ocurrir de forma aislada o estar asociados a patologías psiquiátricas, trastornos orgánicos o inducidos por fármacos (2-4).

3.2 DMS EN PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS

Se estima que la prevalencia de este tipo de trastornos entre los pacientes psiquiátricos es inferior al 1%, encontrándose alrededor del 3% en pacientes en hospitales psiquiátricos y del 4% si solo tenemos en cuenta a los pacientes psicóticos hospitalizados (2).

En estudio hecho en 517 personas hospitalizadas por un primer episodio psicótico asociado a Síndrome de Capgras se observó que este fenómeno era más recurrente entre pacientes con

trastorno esquizofreniforme (50%), trastorno psicótico breve (35%), psicosis inespecífica (24%), episodio depresivo mayor (15%), esquizofrenia (11%) y trastorno delirante (11%) (5).

Se han encontrado casos de DMS en pacientes con trastorno obsesivo compulsivo (OCD), donde se ha reportado un posible continuum entre obsesiones y delirios (6).

3.3 DMS EN TRASTORNOS ORGÁNICOS

Son una patología frecuente entre pacientes con enfermedades neurodegenerativas (2,3,7). Las demencias neurodegenerativas representan el 81% de los pacientes con Síndrome de Capgras (4). La prevalencia del Síndrome de Capgras (CS) es del 25% en demencia de los cuerpos de Lewy (DLB), 10% en la enfermedad de Alzheimer (AD) y en un porcentaje menor en pacientes con demencia semántica. (2,8). También se ha encontrado su aparición, aunque de forma menos llamativa, en pacientes con enfermedad de Parkinson (2,4,8–10). Con todo, no podemos estar seguros de que esta asociación sea menos frecuente, ya que es imposible precisar si la escasez de casos en la literatura se debe a la verdadera singularidad del desarrollo de este tipo de trastornos en la enfermedad de Parkinson o a un bajo reconocimiento por parte de los clínicos. (9)

El Síndrome de Capgras es bastante frecuente en pacientes con enfermedad de Alzheimer, donde los delirios de identificación constatan el 25 al 47% de los delirios que padecen estos pacientes. Además, el 27% de los pacientes con demencia tipo Alzheimer desarrollan algún tipo de trastorno delirante de identificación el primer año de enfermedad (3).

CS también ha sido identificado en pacientes con epilepsia, lesiones cerebrales, lesiones vasculares, hipotiroidismo y migrañas (8).

3.4 CLASIFICACIÓN DE DMS

Existen 4 subtipos principales de DSM: Síndrome de Capgras (CS), Síndrome de Fregoli, Síndrome de Intermetamorfosis y Síndrome de los Dobles Subjetivo (2). El más frecuente de todos es el Síndrome de Capgras. Pueden ser divididos en hipoidentificaciones (CS) e hiperidentificaciones (los otros síndromes) (2,7).

3.4.1 Síndrome de Capgras

El Síndrome de Capgras (CS) es el subtipo más prevalente y mejor estudiado de todos los DMS. Este síndrome fue descrito por primera vez en 1923 por el psiquiatra Joseph Capgras en su libro *'L'illusion des sosies dans un délire systématisé chronique'* en colaboración con Jean Rebould-Lachaux. Estos autores describieron un trastorno donde existe una fuerte convicción de que un amigo, pareja, familiar o cualquier persona del entorno ha sido sustituida por un impostor (3,7,11). El impostor es físicamente similar, pero psicológicamente diferente, por ello los pacientes son capaces de hacer reconocer físicamente a la persona, pero no conectan psicológicamente con ella (3).

Este trastorno no se encuentra únicamente limitado a humanos, sino que también se puede extender a animales u objetos. Sin embargo, los dobles más frecuentes suelen ser la pareja (en caso de que la persona esté en una relación amorosa o lo haya estado, como en situaciones de divorcio o separación) o los hermanos (en caso de que la persona se encuentre soltera) (3).

Capgras Syndrome

"In short, everywhere Mme de Rio Branco perceives resemblance and everywhere she fails to recognize true identities of the people"*

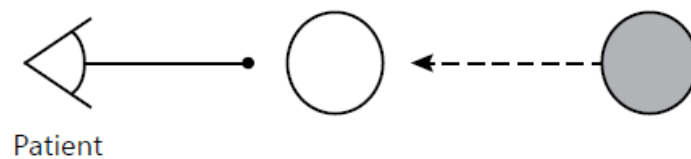


Fig.1 – Síndrome de Capgras. Figurada tomada de “Capgras Syndrome and Other Delusional Misidentification Syndromes” (Alain Barrelle & J.P. Luauté, 2017) (2)

3.4.2 Síndrome de Fregoli

El Síndrome de Fregoli adquiere su nombre en honor a Leopoldo Fregoli, un reconocido artista de finales del siglo XIX, quien era bien conocido en su época por su capacidad para

hacer ágiles cambios de vestuario y personajes durante su espectáculo. De hecho, era tan rápido haciendo estos cambios, que su público llegaba a pensar que debían existir distintos Fregolis en la actuación para que dichos cambios fueran posibles (7,11).

Este síndrome fue propuesto por primera vez en 1927 por Courbon and Fail en su libro titulado '*Syndrome d'illusion de Frégoli et Schizophrenie*', donde describen el caso de una mujer de 27 años que se encontraba plenamente convencida de que dos actrices famosas de teatro la estaban persiguiendo, disfrazadas de personas que ella conocía.

El Síndrome de Fregoli es una hiperidentificación que consiste en un trastorno en el cual existe una fuerte convicción de que varias personas diferentes son en realidad la misma persona que se encuentra disfrazada (11).

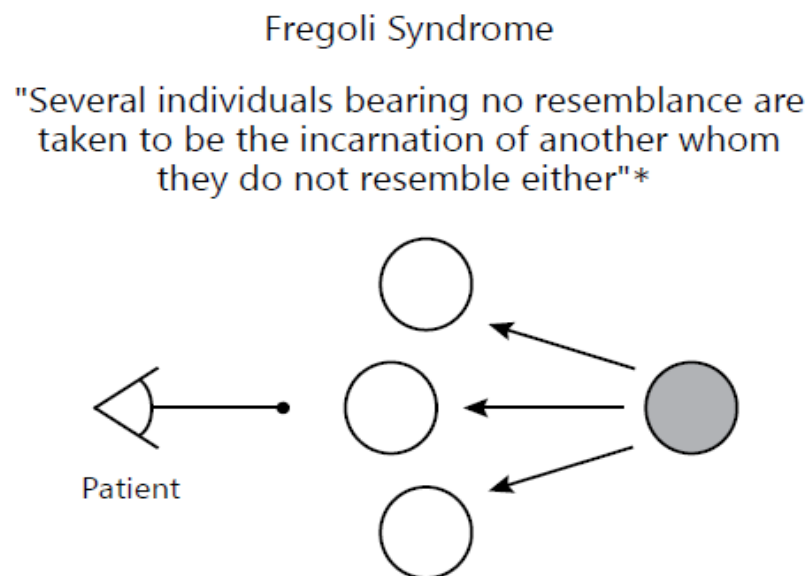


Fig.2 – Síndrome de Fregoli. Figurada tomada de “Capgras Syndrome and Other Delusional Misidentification Syndromes” (Alain Barrelle & J.P. Luauté, 2017) (2)

3.4.3 Síndrome de Intermetamorfosis

El Síndrome de Intermetamorfosis fue descrito por primera vez por Courbon and Tusques en 1932. (3,12) Se trata de una hiperidentificación y se fundamenta en una fuerte convicción de que personas conocidas o desconocidas por el paciente tienen la capacidad de intercambiar sus identidades, tanto en el plano físico como psicológico. (3,7,12). Hay una gran falta de literatura sobre este síndrome y la mayoría se basa en casos individuales.

Ocurre de forma esporádica y muchas de esas veces coexiste en pacientes con esquizofrenia (12).

Existe otro tipo de intermetamorfosis, llamada intermetamorfosis reversa, en donde los síntomas se centran específicamente en el propio paciente y no en su entorno (12).

Metamorphosis Syndrome
"A delusion whereby different individuals
embody themselves, physically and psycho-
logically, into the body of the same individual"*

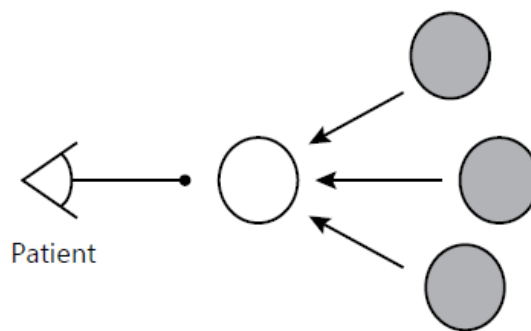


Fig.3 – Síndrome de Intermetamorfosis. Figurada tomada de “Capgras Syndrome and Other Delusional Misidentification Syndromes” (Alain Barrelle & J.P. Luauté, 2017) (2)

3.4.4 Síndromes de Dobles Subjetivos

En este síndrome, las personas afectadas creen que existen otras personas que son físicamente idénticas a ellos mismos. Se trata, al igual que en Síndrome de Fregoli y en Síndrome de Intermetamorfosis, de una hiperidentificación (7).

Subjective Doubles Syndrome

"An 18-year-old female suffering who believed that her next door neighbor had transformed her physical self into the patient's double" **

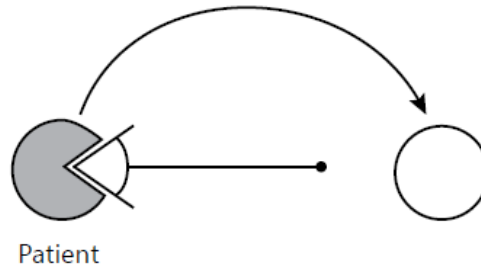


Fig.4 – Síndrome de Dobles Subjetivos. Figurada tomada de “Capgras Syndrome and Other Delusional Misidentification Syndromes” (Alain Barrelle & J.P. Luauté, 2017) (2)

3.4.5 Síndrome de Paramnesia Reduplicativa

El síndrome de Paramnesia Reduplicativa fue descrito por primera vez por el neurólogo Arnold Pick en 1903 (13), quien detalló un caso de una mujer de 67 años que había sido previamente diagnosticada con demencia senil que pensaba que existía la misma clínica duplicada en Praga y en su lugar de origen, ambas dirigidas por el Dr. Pick. (7). Se trata, por tanto, de la creencia delirante por parte del paciente de que un sitio o lugar ha sido duplicado, existiendo ambos espacios de forma simultánea, o trasladado a otra localización (7,14).

3.4.6 Síndrome de Pluralización Clonal

Este síndrome se basa en la creencia de que alguien conocido tiene múltiples copias, a quienes denomina clones (7).

3.4.7 Trastorno de Autoidentificación

Este trastorno fue descrito por primera vez por Ramachandran en 1997 (10). Se conoce también como signo del espejo o trastorno delirante de identificación de la imagen del espejo. El signo del espejo es común en pacientes con demencia, no obstante, existen casos

donde pacientes con un deterioro cognitivo leve sufren un trastorno de autoidentificación grave que se encuentra limitado a la imposibilidad de autoidentificación. Estos pacientes no son capaces de reconocerse a sí mismos en el espejo pero sí tienen conservada la capacidad de reconocer a otras personas en el espejo, por lo que no tienen ningún impedimento para el reconocimiento de caras familiares (15). Es un trastorno que se vincula de manera habitual a la demencia y de forma particular a la enfermedad de Alzheimer (10).

3.5 EXPLORACIÓN NEUROPSICOLÓGICA

Desde un punto de vista funcional, el hemisferio izquierdo se encarga del procesamiento *lineal* de estímulos presentados de una manera secuencial, mientras que el derecho se encarga de un procesamiento *configuracional*, de vital importancia a la hora de administrar y procesar todo aquello que no puede ser adecuadamente nominado o explicado con palabras o símbolos, como podría ser el reconocimiento facial de un familiar o amigo o relaciones espaciales tridimensionales (16).

Con respecto a la exploración neuropsicológica, podemos afirmar que existe una disfunción ejecutiva frontal predominante y déficits visuales, espaciales y visoconstructivos de localización en el hemisferio derecho. Además de dicha disfunción cerebral del hemisferio derecho, se considera necesaria la existencia de un hemisferio izquierdo preservado (16).

Por lo anteriormente comentado, podríamos precisar que estos pacientes, al tener una disfunción del hemisferio derecho, presentarán deterioro en su capacidad visoperceptiva y visoespacial, así como de la organización perceptiva o conceptual. En una exploración neuropsicológica, esto se traducirá en imposibilidad para repetir figuras, realizar construcciones, así como para la identificación de caras conocidas. Otras funciones del hemisferio derecho están relacionadas con la memoria, pudiendo existir una carencia a la hora de reconocer patrones de índole visual, táctil y auditiva. Por último, señalar el papel del hemisferio derecho en el procesamiento emocional no verbal, que controla estímulos no verbales como el tono y cualidades que le aportamos a nuestra voz o las expresiones faciales (16).

	Preservación	Déficit
Capgras	Lenguaje Memoria verbal CI premórbido Velocidad de procesamiento Atención/concentración Razonamiento	Memoria no verbal Praxias visoconstructivas Funciones ejecutivas Reconocimiento facial
Demencias		Praxias en general Gnosias Lenguaje expresivo y receptivo Memoria verbal y no verbal Funciones ejecutivas Orientación espacio temporal Velocidad procesamiento Atención/concentración Razonamiento

Tabla 1 – Tabla adaptada comparativa de la exploración neuropsicológica en el Delirio de Capgras y en demencias.

(16)

3.6 EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

Aspectos destacables en la exploración psicopatológica de las personas afectadas por un DMS suelen ser personas fuertemente paranoicas, cargadas de hostilidad y desconfianza. Son comunes en estas personas sentimientos de despersonalización, desrealización y vacío. En algunas ocasiones también se pueden añadir fenómenos de autoscopia (experiencia en la que el individuo se ve fuera de su propio cuerpo) y heautoscopia (experiencia en la que el individuo se percibe a sí mismo como un doble, normalmente desde la distancia) (5).

En aquellos pacientes con Síndrome de Capgras (CS) pueden aparecer algunas características propias de delirios nihilistas, características del Síndrome de Cotard, como podrían ser la percepción delirante de transformación física o incluso de no estar vivos. Otras posibles asociaciones serían los delirios erotomaníacos o delirios sobre la infidelidad. (5).

Los pacientes considerados peligrosos con delirios de falsa identificación están más predispuestos a experimentar delirios de grandeza, desórdenes del pensamiento, hostilidad generalizada y psicopatología general. La hostilidad no implica necesariamente agresiones físicas. Asimismo, estos pacientes presentarán de manera frecuente un historial de violencia previo independiente de las situaciones violentas derivadas de sus delirios (17).

3.7 VIOLENCIA ASOCIADA A DMS

La relación entre la violencia y los MDS ha sido descrita en numerosos artículos (3,7,9,17,18). La causa de la misma es de tipo multifactorial y todavía no se encuentra esclarecida (7,19).

Las personas con Síndrome de Capgras están más predispuestos a desarrollar conductas agresivas, ya que no son capaces de reconocer a sus personas cercanas, llegando a verlas como impostores y a sentirlas como una amenaza. Las víctimas más habituales suelen ser los familiares del afectado (19,20).

Las personas afectadas suelen tener un historial de agresiones físicas independiente de sus delirios (3,7). Existen algunos factores relacionados con este incremento de la agresividad: lesiones metabólicas o de la estructura cerebral, eventos vitales asociados a emociones negativas, bajo nivel intelectual, pobreza de destreza social y laboral, patología psiquiátrica previa y ciertos tipos de personalidad (7). Dos factores muy importantes y determinantes son el grado de amenaza percibida por el paciente y la coexistencia del episodio con el abuso de sustancias (19).

Este tipo de conductas se suelen encontrar en un mayor porcentaje (70%) en el sexo masculino (7). También debemos destacar el creciente interés en el estudio del nexo entre agresividad y pensamientos delirantes en pacientes con demencia (3) y Parkinson (9,19).

Una evaluación exhaustiva de los mecanismos que llevan a estos enfermos a estas expresiones de agresividad, el reconocimiento precoz de los síntomas de los trastornos delirantes de falsa identificación y una mejor comprensión de las bases neurobiológicas de dichos trastornos, podría ser crucial a la hora de conseguir un correcto manejo y tratamiento adecuado de estos estados de violencia (19).

3.8 PATOGÉNESIS

3.8.1 Modelos Cognitivos

Bruce y Young propusieron un modelo basado en dos elementos: las unidades de reconocimiento facial (FRU), que actúan almacenando la memoria referente a caras previamente conocidas, y los nodos de identidad personal (PIN), donde surge la sensación de familiaridad, ya que en ellos se concentra la información procedente de distintas unidades de reconocimiento. Un fallo en los PIN es lo que produce la hipofamiliaridad en el Síndrome de Capgras. Posteriormente, Lewis introduce un módulo específico de reconocimiento de la voz (VRU) para completar el modelo y, junto con Ellis, proponen como complemento al PIN el “aparato de integración”, que recibe información de las emociones que genera una persona (21).

3.8.2 Modelos Neuropsiquiátricos

Modelos de desconexión

Uno de los modelos de desconexión más conocidos sería el visuoanatómico de Ellis y Young (2,15,21). Ellis y Young intentaron explicar este trastorno como una desviación de la respuesta afectiva normal que ocurre al reconocer una cara familiar (2). La disociación entre la respuesta emocional deteriorada y el reconocimiento se integran en un modelo de doble corriente: la vía ventral conecta la corteza visual con estructuras relacionadas con el reconocimiento de objetos en general, mientras que la vía dorsal conecta el sistema visual con estructuras límbicas, principalmente la amígdala (21). El Síndrome de Capgras sería el resultado de una desconexión de la vía dorsal. Esta hipótesis fue comprobada de manera experimental al realizar mediciones sobre la respuesta cutánea a estos estímulos, demostrando que los pacientes que padecían CS tenían una menor respuesta al observar una cara conocida en relación a personas sanas (2,21).

Modelos de lateralización

Existe un amplio consenso a la hora de afirmar que el origen de los DMS se halla en la disfunción del lóbulo derecho (3,5,21–23).

Gainotti trata de unificar los modelos neuroanatómicos con propuestas cognitivas. Critica el doble modelo de Ellis y Young y propone un modelo alternativo con dos vías: una cortical y una subcortical. Esta última se encontraría lateralizada hacia el lado

derecho, siendo la encargada de la sensación de familiaridad. Para este neurólogo, la sensación de familiaridad está compuesta por tres componentes: uno objetivo, que tiene en cuenta el número de ocasiones que hemos visto a una persona; uno subjetivo, que se refiere a la valencia afectiva y un último componente que sirve como control, que permite comprobar que dicha persona es realmente quien debe ser (21).

Aportaciones frontotemporales

Un factor esencial a la hora de explorar la génesis de estos síndromes será el daño combinado del lóbulo frontal y temporal. Ganiotti propone que el área frontal derecha como localización vital para la ratificación de la sensación de familiaridad. Un deterioro de esta localización podría tener como resultado una falsa sensación de familiaridad (21).

Modelos Psicológicos

Destaca el estado anímico para marcar el contenido emocional del delirio. Factores psicológicos, cognitivos y motivacionales marcan la composición de los delirios en estos síndromes (21).

3.8 TRATAMIENTO

No se encuentran guías clínicas de referencia para ayudar a los clínicos a establecer el tratamiento de los DMS (2,11). En caso de que los DMS se den de manera combinada con otros trastornos psiquiátricos, el tratamiento consistirá principalmente la resolución o tratamiento del trastorno de base (7). No existen estudios prospectivos sobre la eficacia del tratamiento en CS, ni en el episodio agudo ni durante las recaídas (2). El tratamiento de referencia en el CS es el tratamiento con neurolépticos (2,7). Los neurolépticos atípicos son uno de los fármacos más utilizados por su buen perfil de tolerancia, sin embargo, no existen estudios que contrasten cuál de estos fármacos resulta más eficaz (2). Existen estudios de casos donde la olanzapina, el sulpiride, la trifluoperazina, el clorazepato y la primozide han sido usado con buenos resultados (7). En casos aislados, se han llegado a usar tratamientos diferentes a los neurolépticos, resultando eficaces, como la mirtazapina (2). Se ha utilizado TEC en casos aislados, con adecuada respuesta (24).

4. OBJETIVOS

El motivo de este trabajo es intentar resumir toda la información actualizada sobre un tipo de trastornos delirantes muy poco estudiados: los Síndromes de Falsa Identificación Delirante.

El interés por los trastornos de identificación ha aumentado en las últimas décadas, pero sigue siendo un tema bastante desconocido.

El objetivo principal del trabajo es:

- Actualizar el estado del concepto.

Como objetivos secundarios estarían:

- Establecer la tipología del trastorno.
- Establecer la frecuencia del trastorno.

5. METODOLOGÍA

Diseño del estudio: La revisión de la literatura se realizó de acuerdo con las directrices PRISMA para revisiones sistemáticas y metaanálisis, siguiendo un enfoque estructurado y sistemático (25).

Estrategia de búsqueda: La documentación inicial tuvo lugar mediante la consulta de páginas web y la lectura del libro “*Temas Delirantes*” de Manuel Serrano Vázquez, para conseguir un conocimiento previo del tema y poder realizar una búsqueda más guiada.

Se realizó una búsqueda en las bases de datos PubMed, PsycInfo, Embase y Google Académico.

Debido a la especificidad del tema, se comenzó con una búsqueda abierta con las palabras “*Delusional Misidentification*”. Posteriormente, se hizo una búsqueda más detallada con las palabras “*Delusional Misidentification Syndrome*”, y se optó por continuar con la primera opción por observar que los hallazgos se reducían y correr el riesgo de perder información relevante.

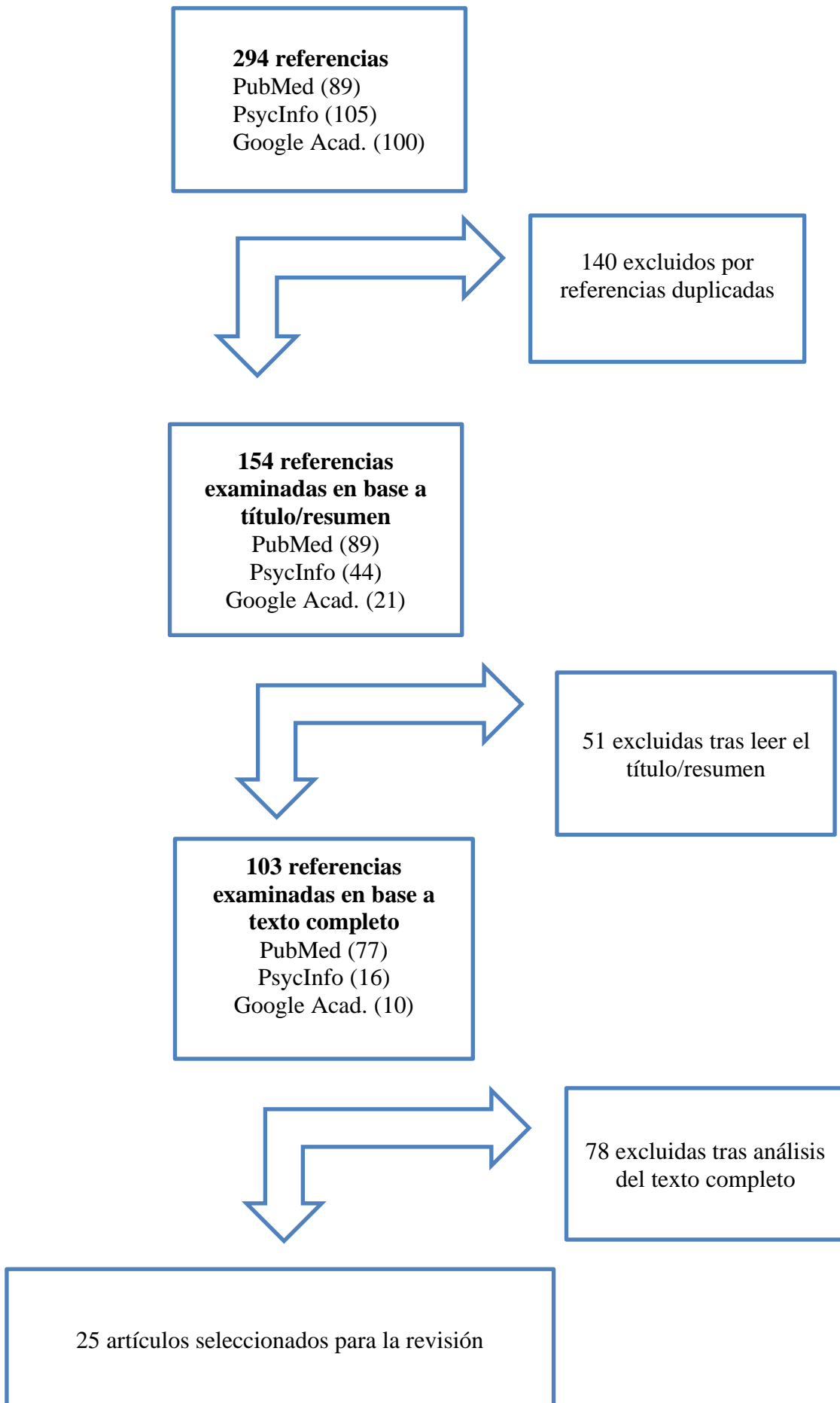
Así, la búsqueda con el término “*Delusional Misidentification*”, arrojó la siguiente cantidad de artículos en las bases citadas: PubMed (289), PsycInfo (339) y Google Académico (2480).

Se limitó la búsqueda a los 10 últimos años y a lengua inglesa, quedando reducido a PubMed (89), PsycInfo (105) y Google Académico (1110). La revisión en Google académico se limitó a las 10 primeras páginas (100).

Se incluyeron en la revisión los artículos más relevantes publicados en los diez últimos años sobre los trastornos de identificación delirante.

Criterios de inclusión y exclusión: se incluyeron en la revisión los artículos más relevantes publicados en los 10 últimos años en castellano o inglés. Se aceptaron todo tipo de artículos, debido a la poca literatura existente. Se descartaron todos aquellos que no tuvieran resumen accesible mediante las bases de datos, que no estuviesen publicados en castellano o inglés y cuya fecha de publicación fuese anterior a 2010. Finalmente, 25 artículos fueron incluidos en este trabajo.

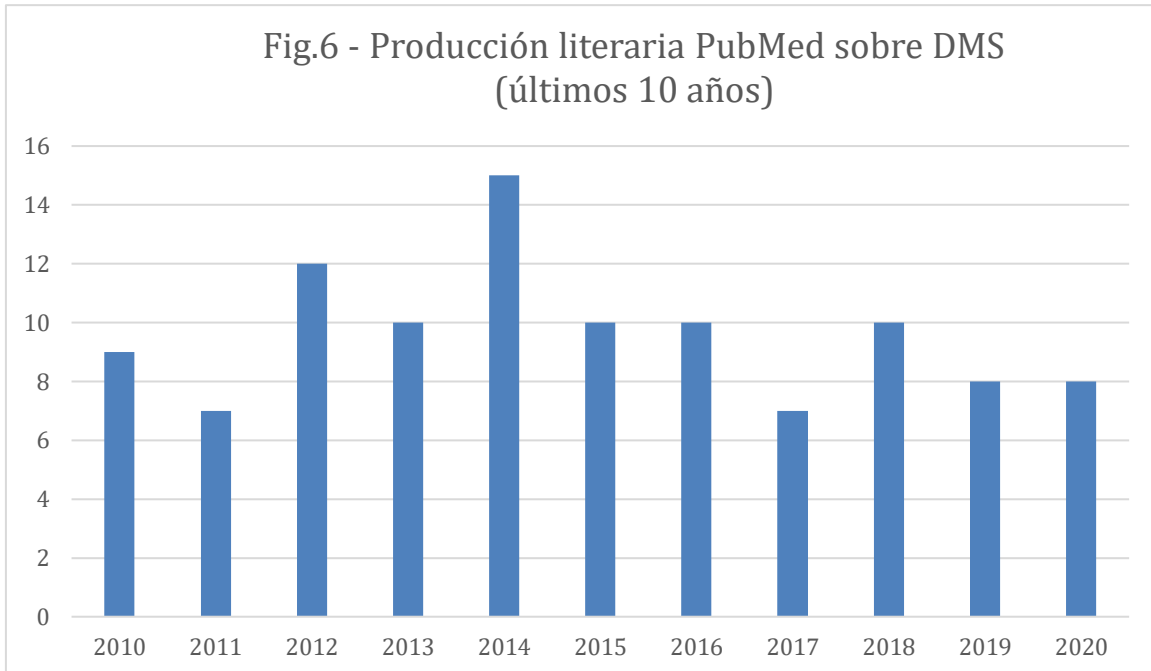
Figura 5 – Diagrama de flujo de la estrategia de búsqueda y selección

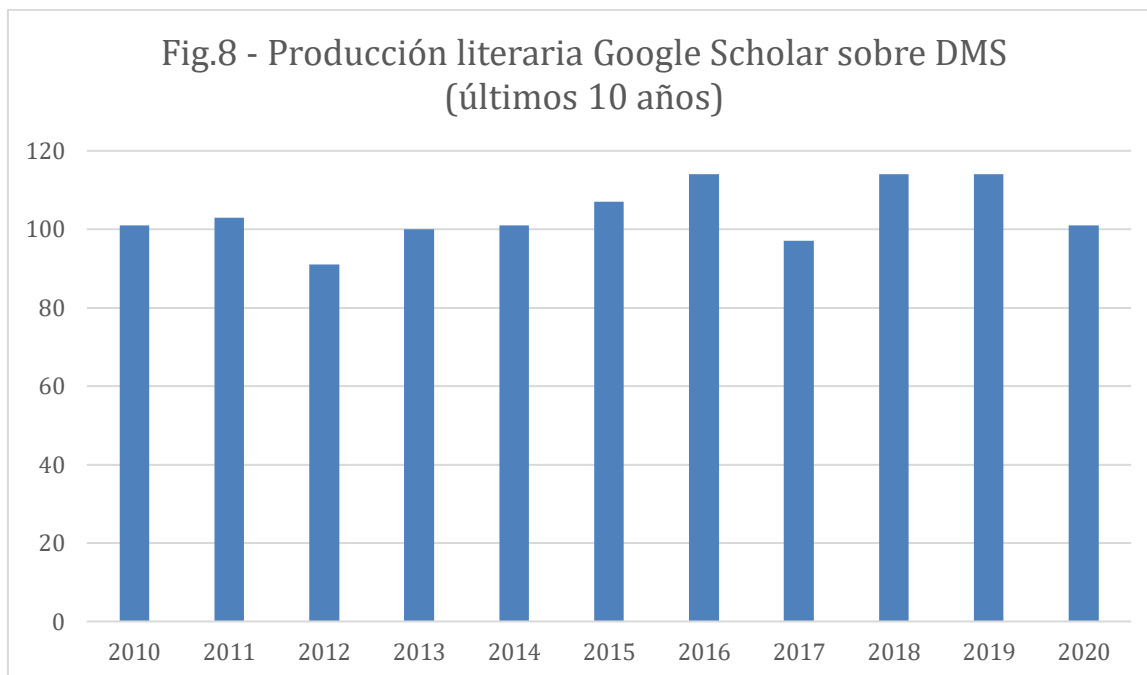


6. RESULTADOS

6.1 ESTADO ACTUAL DE LOS DMS

En el proceso detallado de la recopilación de datos llama la atención la escasa producción literaria en los últimos años.





Como se puede observar en las tres figuras gráficas anteriores, donde se pretende exponer la producción literaria existente en cada una de las bases de datos consultadas en los últimos diez años, el número de artículos publicados sobre el tema se ha mantenido relativamente constante. Por otra parte, llama la atención la gran cantidad de artículos excluidos por referencias duplicadas, haciendo todavía más tangible la escasez de publicaciones sobre esta cuestión.

La mayoría de los artículos publicados son reportes de casos, siendo también numerosas las revisiones bibliográficas. Sin embargo, encontramos una gran falta de ensayos clínicos, metaanálisis o revisiones sistemáticas. Por ello, se han agrupado 18 reportes de casos en una tabla (Tabla 2), con el fin de esclarecer la evidencia clínica existente de los DMS.

Tabla 2 – Reportes de casos en relación con tipo de DMS y sintomatología clínica.

Autor y año	Caso Clínico	Antecedentes somáticos	Antecedentes psiquiátricos	DMS
Koda, 2020 (26).	Mujer de 51 años con enfermedad de Moyamoya que no reconoce a su madre.	Ictus isquémico por enfermedad de Moyamoya.	No se refieren.	Capgras.
Nuara, 2020 (27).	Hombre de 87 años que piensa que su hijo es un impostor.	Quiste aracnoideo de 6cm en lóbulo temporal derecho. Hipometabolismo en PET en lóbulo frontal y temporal derecho.	No se refieren.	Capgras.
Kumar, 2018 (28).	Mujer de 43 años que comienza a pensar que varias personas son en realidad la misma, de la que ella está enamorada.	No se refieren.	Depresión, esquizofrenia.	Fregoli.
Garcha, 2018 (29).	Mujer de 65 años que piensa que su marido es un impostor.	Trombosis de la ACM con territorios de isquemia: lóbulo frontal derecho.	No se refieren.	Capgras.

Autor y año	Caso Clínico	Antecedentes somáticos	Antecedentes psiquiátricos	DMS
Hermanowicz, 2018 (9).	Dos mujeres de 67 y 79 años con Parkinson que no identifican a sus maridos.	Enfermedad de Parkinson.	Ambas referían alucinaciones visuales.	Capgras.
Solla, 2017 (30).	Mujer con demencia de cuerpos de Lewy que piensa que una misma persona, su cuidadora, son dos personas diferentes.	Demencia de cuerpos de Lewy.	No se refieren.	Delirio de reduplicación.
Cannas, 2016 (8).	Dos hombres de 78 y 83 años con Parkinson que piensan que sus mujeres son impostoras.	Enfermedad de Parkinson.	No se refieren.	Capgras.
Peckins, 2016 (13).	Mujer de 88 años que piensa que su casa no es su verdadera casa, sino una réplica.	No se refieren.	No se refieren.	Paramnesia Reduplicativa .

Autor y año	Caso Clínico	Antecedentes somáticos	Antecedentes psiquiátricos	DMS
Soares, 2016 (31).	Hombre de 64 años con encefalitis límbica y linfoma que piensa que su mujer ha sido sustituida y que su casa es una copia.	Encefalitis límbica y linfoma. Absceso pulmonar, HTA, diabetes mellitus.	Depresión y abuso de tóxicos (alcohol y tabaco).	Capgras y Paramnesia Reduplicativa
Darby, 2016 (32).	Hombre de 71 años que piensa que su gato es un impostor y conspira en su contra.	SAOS, FA y colocación de marcapasos.	Trastorno bipolar.	Capgras.
Granstein, 2015 (33).	Mujer de 40 años. Hospitalizada, que confunde a la gente de la unidad con famosos y refiere estar casada con un cantante.	No se refieren.	Trastorno bipolar.	Fregoli.
Kyrtzos, 2015 (34).	Hombre con enfermedad de Parkinson que cree convivir con copias de su pareja.	Isquemia cerebral demostrada en resonancia magnética. Enfermedad de Parkinson.	Abuso de alcohol.	Capgras.

Autor y año	Caso Clínico	Antecedentes somáticos	Antecedentes psiquiátricos	DMS
Islam, 2015 (35).	Mujer de 53 años que refiere que las pinturas de su casa, sus perros y la vegetación han sido sustituidos.	Enfermedad de Parkinson.	No se refieren.	Capgras.
Sottile, 2015 (36).	Mujer de 30 años que padece una parálisis facioabraquial, derecha y afasia fluente que se muestra amenazada por su familia.	Ictus isquémico.	No se refieren.	Capgras.
Carabellese, 2014 (19).	Dos hombres de 31 y 21 años que asesinan a sus madres por considerar que no eran sus madres, sino demonios.	No se refieren.	Trastorno obsesivo compulsivo y depresión.	Capgras.
Melca, 2013 (6).	Mujer de 20 años con trastorno paranoide de la personalidad que cree que han sustituido a su hijo por un clon.	No se refieren.	No se refieren.	Capgras.

Autor y año	Caso Clínico	Antecedentes somáticos	Antecedentes psiquiátricos	DMS
Moro, 2013 (10).	Hombre de 78 años con enfermedad de Parkinson que piensa que su hermano no es verdaderamente su hermano.	Enfermedad de Parkinson.	No se refieren.	Capgras.
Moro, 2013 (10).	Hombre de 75 años con enfermedad de Parkinson que se va a someter a una atroplastia, Cree que el personal sanitario del hospital está duplicado en su casa.	Enfermedad de Parkinson.	Se refieren episodios intermitentes de alucinaciones visuales.	Capgras.
Salviati, 2013 (37).	Hombre de 18 años con infección urinaria que piensa que los humanos son robots con apariencia humana.	Infección del tracto urinario.	No se refieren.	Capgras.

El DMS más frecuente en los reportes de casos encontrados fue el Síndrome de Capgras (15 casos). Otros reportes de casos incluyeron el Síndrome de Fregoli (2 casos) y la Paramnesia Reduplicativa (2 casos).

Como antecedentes somáticos, llama la atención el número de pacientes con enfermedad de Parkinson (5 casos) y con episodios isquémicas cerebrales (4 casos). Otros antecedentes somáticos son la demencia de cuerpos de Lewy, otros procesos cerebrales y una infección del tracto urinario.

Como antecedentes psiquiátricos, no se han encontrado muchos reseñables. Los encontrados hacen referencia a la esquizofrenia y al trastorno bipolar.

Con respecto a las personas erróneamente identificadas en aquellos pacientes con síndrome de Capgras, nos encontramos a: 7 a su pareja, 4 a su madre/padre, 2 a su hijo, 1 a su hermano y 2 a animales/objetos.

6.2 TIPOLOGÍA DE LOS DMS

Tabla 3 – Tipología de los síndromes de falsa identificación delirante (7)

Síndrome de Capgras	Una persona conocida por el paciente ha sido reemplazada por un impostor que es físicamente idéntico.
Síndrome de Fregoli	Personas ajenas al paciente son en realidad personas conocidas disfrazadas.
Síndrome de Intermetamorfosis	El paciente cree que dos personas conocidas han intercambiado sus identidades.
Síndrome de dobles subjetivos	El paciente está convencido de existen otras personas que son físicamente iguales a él y se hacen pasar por él.
Pluralización clonal	El paciente está convencido de que existen múltiples copias de sí mismo.
Trastorno de la auto identificación	El paciente es incapaz de reconocerse a sí mismo en un espejo.
Paramnesia Reduplicativa	El paciente cree que existe un lugar duplicado.

6.3 FRECUENCIA DE LOS DMS

Los trastornos de falsa identificación delirante están relacionados con patologías orgánicas y psiquiátricas. Es muy difícil establecer la frecuencia del trastorno, por lo que se han incluido en este trabajo 5 revisiones sistemáticas evidencia científica cualitativa.

Currel et al. (38) incluyen en su revisión sistemática 34 casos diagnosticados con Síndrome de Capgras. El 65% eran mujeres y la edad media era 50 años.

La persona percibida como impostora fue un miembro de la familia o alguien muy cercano en el 88% de los casos. En el resto de los casos, las personas mal identificadas fueron amigos (6%), vecinos (6%), cuidadores (6%), policía y población general (3%).

Otras ideas delirantes fueron encontradas en el 74% de estos pacientes. El 45% sufrieron alucinaciones, dentro de las cuales el 73% eran auditivas.

El impostor fue percibido como una figura amenazante en el 41% de los pacientes, hecho que llevó al 18% de ellos a llevar a cabo algún tipo de abuso o agresión verbal, sin reportar ningún caso de abuso o agresión física.

6.3.1 DMS asociados a patología psiquiátrica

Charalampos et al. (39) analizan en su revisión sistemática 258 casos de pacientes diagnosticados con Síndrome de Capgras, 144 de los cuales estaban asociados a otros trastornos psiquiátricos. El diagnóstico más frecuentemente asociado a estos pacientes fue la esquizofrenia paranoide (32%). En este grupo se encontró una mayor incidencia de delirios de otra índole, alucinaciones auditivas y violencia. La persona erróneamente identificada solía ser un padre o una persona desconocida. Se identificaron anormalidades en la neuroimagen solamente en el 27% de estos pacientes.

Salvatore et al. (5) estudian 517 pacientes ingresados por un primer episodio psicótico. 14% desarrollaron síndrome de Capgras. La prevalencia de este trastorno se demostró superior en aquellos pacientes con trastorno esquizofreniforme (50%), trastorno psicótico breve (35%), psicosis inespecífica (24%) episodio de depresión mayor (15%), esquizofrenia (11%) y trastorno delirante (11%).

6.3.2 DMS asociados a patología orgánica

Charalampos et all. (39) reportan 111 pacientes diagnosticados con síndrome de Capgras relacionados con trastornos orgánicos. Se describió psicosis orgánica en el 19% de ellos y demencia en el 15%. En su mayor parte esta demencia fue inespecífica, pero en un 6% se asoció a demencia de cuerpos de Lewy y enfermedad de Parkinson. En el caso de este grupo con trastornos orgánicos, se encontró una mala identificación de parejas u objetos inanimados y una mayor prevalencia de alucinaciones de tipo visual. En este grupo de pacientes, las alteraciones de la neuroimagen ascienden a un 67%, 80% en el hemisferio derecho.

Perini et al. (40) incluyeron a 190 pacientes con demencia en su revisión sistemática: 146 pacientes con enfermedad de Alzheimer, 21 con demencia de cuerpos de Lewy, 6 con demencia frontotemporal y 13 con demencia vascular. Dentro de estos pacientes, el 36% desarrollaron trastornos delirantes de identificación, identificándose estos en el 34% de los pacientes con enfermedad de Alzheimer y en el 52% de los pacientes con demencia de los cuerpos de Lewy. El delirio más frecuente entre aquellos pacientes diagnosticados con Alzheimer y demencia de cuerpos de Lewy fue la errónea identificación de su casa (28% y 47%, respectivamente). Otros delirios relevantes en la enfermedad de Alzheimer fueron la duplicación de personas (9%), paramnesia reduplicativa (8%), síndrome de Capgras en objetos o animales (4%), síndrome de Capgras en personas (3%) e intermetamorfosis (1%). Con respecto a la demencia de cuerpos de Lewy, otros delirios relevantes serían el síndrome de Capgras en personas (33%), paramnesia reduplicativa (24%) e intermetamorfosis (14%), síndrome de Capgras en objetos o animales y síndrome de Fregoli (10%).

Darby et al. (22) seleccionan en su revisión sistemática a 61 pacientes con diferentes patologías orgánicas, entre las que se incluyen: ictus isquémico, ictus hemorrágico, trauma, infecciones cerebrales y tumores cerebrales. Dentro de estos 61 pacientes: 28 tienen delirios de hipofamiliaridad, 27 tienen delirios de hiperfamiliaridad y se encuentran 6 pacientes que presentan ambos. 92% de estos pacientes presentaron lesiones en el hemisferio derecho.

7. DISCUSIÓN

La literatura disponible sobre este tema se encuentra condicionada por la escasez de revisiones sistemáticas, metaanálisis o ensayos clínicos. La mayor parte de la literatura está compuesta por revisiones bibliográficas y reportes de caso único que, si bien son importantes a la hora de dar a conocer el trastorno, tienen una reducida evidencia científica. Esto podría ser debido a la falta de reconocimiento y filiación del trastorno por parte de los clínicos o a una falta de interés por el mismo.

De otra manera, atendiendo a la cantidad de producción literaria, podemos decir que el concepto se ha mantenido estable y que no existe un aumento o un descenso importante en el número de publicaciones, por lo que el interés por el estudio de este tema se ha mantenido relativamente homogéneo a lo largo de los últimos diez años.

De los estudios de casos podemos extraer varias conclusiones relevantes. La primera sería que el trastorno delirante de identificación se encuentra relacionado y ha sido descrito en el contexto de otras patologías, tanto de índole orgánica como psiquiátrica. La segunda, que el síndrome delirante de falsa identificación más frecuente es el síndrome de Capgras. Ambas cosas son fácilmente contrastables con la bibliografía aportada.

Atendiendo a la tipología del trastorno, podemos reseñar 4 tipos principales de trastornos de falsa identificación: Síndrome de Capgras, síndrome de Fregoli, Síndrome de Intermetamorfosis y Síndrome de dobles subjetivos (7). No obstante, existen otros como la pluralización clonal, el trastorno de autoidentificación o la paramnesia reduplicativa.

Con respecto a la frecuencia del trastorno podemos afirmar que continúa siendo incierta. Se estima que pueda ser baja, pero la carencia de estudios limita su conocimiento. Se ha visto que puede afectar a mujeres y a hombres, pero es más frecuente en mujeres (2,38).

Los DMS se encuentran asociados a otros tipos de trastornos, tanto de carácter orgánico como de índole psiquiátrica, por lo que se puede presentar como una entidad nosológica independiente o como un síntoma en relación con otras patologías. El trastorno psiquiátrico más frecuentemente asociado a los pacientes con Síndrome de Capgras ha demostrado ser la esquizofrenia paranoide (39), aunque podemos encontrar otro tipo de trastornos psiquiátricos asociados.

Por otra parte, atendiendo a los trastornos orgánicos, se puede concluir que suelen aparecer en el contexto de demencias, como pueden ser la demencia de cuerpos de Lewy o la enfermedad

de Alzheimer (40). Además, se puede encontrar de forma más insólita en otros tipos de patologías orgánicas, como la enfermedad de Parkinson (9).

8. CONCLUSIONES

Como resultado de esta revisión sistemática, podemos concluir que los Síndromes Delirantes de Falsa Identificación son un fenómeno psicopatológico extraordinario y bastante inusual, que se pueden entender como una entidad nosológica independiente o como un síntoma en el contexto de otras patologías orgánicas o psiquiátricas. Con todo, sería necesario dedicar un mayor esfuerzo a su estudio y conocimiento, tanto para dilucidar las cuestiones pendientes, como para favorecer su diagnóstico en la práctica clínica diaria.

9. LIMITACIONES

Se han seleccionado artículos únicamente publicados en inglés y en castellano, pudiendo obviar datos relevantes que pudieran aparecer en otros idiomas. No obstante, la mayor limitación a la hora de llevar a cabo esta revisión sistemática ha sido la escasez de literatura existente.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Serrano M. Temas Delirantes. Asociación Gallega de Psiquiatría; 2004.
2. Barrelle A, Luauté JP. Capgras Syndrome and Other Delusional Misidentification Syndromes. *Front Neurol Neurosci*. 2017;42:35–43.
3. Cipriani G, Vedovello M, Ulivi M, Lucetti C, Di Fiorino A, Nuti A. Delusional misidentification syndromes and dementia: A border zone between neurology and psychiatry. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2013;28:671–8.
4. Iftikhar B, Baweja R, Tatugade A, Scarff JR, Lippmann S. What do we know about delusional misidentification disorders? A focus on Capgras syndrome. *Neuropsychiatry*. 2012;2:111–6.
5. Salvatore P, Bhuvaneshwar C, Tohen M, Khalsa HMK, Maggini C, Baldessarini RJ. Capgras' syndrome in first-episode psychotic disorders. *Psychopathology*. 2014;47:261–9.
6. Melca IA, Rodrigues CL, Serra-Pinheiro MA, Pantelis C, Velakoulis D, Mendlowicz M V., et al. Delusional misidentification syndromes in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Q*. 2013;84:175–81.
7. Klein CA, Hirachan S. The masks of identities: who's who? Delusional misidentification syndromes. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2014;42:369–78.
8. Cannas A, Meloni M, Mascia MM, Solla P, Cocco L, Muroli A, et al. Capgras syndrome in Parkinson's disease: two new cases and literature review. *Neurol Sci*. 2017;38:225–31.
9. Hermanowicz N. Delusional misidentification in Parkinson's disease: report of two cases and a review. *Postgrad Med*. 2018;130:280–3.
10. Moro A, Munhoz RP, Moscovich M, Arruda WO, Teive HAG. Delusional misidentification syndrome and other unusual delusions in advanced Parkinson's disease. *Park Relat Disord*. 2013;19:751–4.
11. Ventriglio A, Bhugra D, De Berardis D, Torales J, Castaldelli-Maia JM, Fiorillo A. Capgras and Fregoli syndromes: delusion and misidentification. *Int Rev Psychiatry*. 2020;32:391–5.
12. Leis K, Mazur E, Racinowski M, Jamrózek T, Gołębiewski J, Gałązka P, et al. Delusional misidentification syndrome: Dissociation between recognition and

- identification processes. *Acta Neuropsychol.* 2019;17:455–67.
13. Peckins CS, Khorashadi L, Wolpov ER. A case of reduplicative paramnesia for home. *Cogn Behav Neurol.* 2016;29:150–7.
 14. Politis M, Loane C. Reduplicative paramnesia: A review. *Psychopathology.* 2012;45:337–43.
 15. Roane DM, Feinberg TE, Liberta TA. Delusional Misidentification of the Mirror Image. *Curr Neurol Neurosci Rep.* 2019;19.
 16. Hillers Rodríguez R, Madoz-Gúrpide A, Tirapu Ustárruz J. Propuesta de una batería neuropsicológica para la exploración del síndrome de Capgras. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2011;46:275–80.
 17. Silva JA, Leong GB, Weinstock R, Klein RL. Psychiatric factors associated with dangerous misidentification delusions. *Bull Am Acad Psychiatry Law.* 1995;23:53–61.
 18. Trotta S, Mandarelli G, Ferorelli D, Solarino B. Patricide and overkill: a review of the literature and case report of a murder with Capgras delusion. *Forensic Sci Med Pathol.* 2020.
 19. 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.
 20. Greener M. New insights into delusional misidentification syndromes. *Prog Neurol Psychiatry.* 2017;21:33–5.
 21. Madoz Gúrpide A, Hillers Rodríguez R. Delirio de Capgras: una revisión de las teorías etiológicas. *Rev Neurol.* 2010;50:420-30.
 22. Darby R, Prasad S. Lesion-related delusional misidentification syndromes: A comprehensive review of reported cases. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2016;28:217–22.
 23. Perren F, Heydrich L, Blanke O, Landis T. “Crossed” somatoparaphrenia: an unusual new case and a review of the literature. *Exp Brain Res.* 2014;233:175–9.
 24. Rapinesi C, Kotzalidis GD, Del Casale A, Ferri VR, Di Pietro S, Scatena P, et al. Treatment-resistant, five-year long, postpartum-onset Capgras episode resolving after electroconvulsive therapy. *Int J Psychiatry Med.* 2015;49:227–34.
 25. Page MJ, Moher D. Evaluations of the uptake and impact of the Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA) Statement and extensions:

- A scoping review. *Syst Rev*. 2017;6:1–14.
26. Koda K, Otsuka Y, Yoneda Y, Tsukamoto R, Kageyama Y. A Rare Case of Capgras Syndrome in Moyamoya Disease. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2021;30.
 27. Nuara A, Nicolini Y, D’Orio P, Cardinale F, Rizzolatti G, Avanzini P, et al. Catching the imposter in the brain: The case of Capgras delusion. *Cortex*. 2020;131:295–304.
 28. Kumar PNS, Gopalakrishnan A, Williams M. A case of Fregoli syndrome in schizophrenia. *Asian J Psychiatr*. 2018;36:119–20.
 29. Garcha M, Sivakumar K, Leary M, Yacoub HA. Transient capgras syndrome secondary to bilateral ischemic stroke: A case report. *Cogn Behav Neurol*. 2018;31:96–8.
 30. Solla P, Mura G, Cannas A, Floris G, Fonti D, Orofino G, et al. An unusual delusion of duplication in a patient affected by Dementia with Lewy bodies. *BMC Neurol*. 2017;17:1–5.
 31. Neto HRS, Cavalcante WCP, Filho SNM, Smid J, Nitrini R. Capgras syndrome associated with limbic encephalitis in a patient with diffuse large B-cell lymphoma. *Dement e Neuropsychol*. 2016;10:63–9.
 32. Darby RR, Caplan D. “Cat-gras” delusion: a unique misidentification syndrome and a novel explanation. *Neurocase*. 2016;22:251–6.
 33. Granstein J, Strimbu K, Francois D, Kahn DA. Clinical case discussion: An unusual case of erotomania and delusional misidentification syndrome. *J Psychiatr Pract*. 2015;21:306–12.
 34. Kyrtos CR, Stahl MC, Eslinger P, Subramanian T, Lucassen EB. Capgras syndrome in a patient with Parkinson’s disease after bilateral subthalamic nucleus deep brain stimulation: A case report. *Case Rep Neurol*. 2015;7:127–33.
 35. Islam L, Piacentini S, Soliveri P, Scarone S, Gambini O. Capgras delusion for animals and inanimate objects in Parkinson’s Disease: A case report. *BMC Psychiatry*. 2015;15:1–5.
 36. Sottile F, Bonanno L, Finzi G, Ascenti G, Marino S, Bramanti P, et al. Cotard and Capgras syndrome after ischemic stroke. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2015;24:103–4.
 37. Salviati M, Bersani FS, Macrì F, Fojanesi M, Minichino A, Gallo M, et al. Capgras-like syndrome in a patient with an acute urinary tract infection. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2012;9:139–42.

38. 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.
39. Pandis C, Agrawal N, Poole N. Capgras' Delusion: A Systematic Review of 255 Published Cases. *Psychopathology*. 2019;52:161–73.
40. Perini G, Carlini A, Pomati S, Alberoni M, Mariani C, Nemni R, et al. Misidentification Delusions: Prevalence in Different Types of Dementia and Validation of a Structured Questionnaire. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2016;30:331–7.