

Las falsas ideaciones en demencia: contenido y características de los fenómenos delusionales

Ángel Moreno Toledo

*¿Cual es el único ser que genera una necesidad de evadirse de la realidad inventando mentiras? Aquel al que la realidad le produce sufrimiento.
(Friedrich Nietzsche)*

Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, vol. 15, N° 4, julio de 2009, págs. 288 a 295.

Resumen

El inicio y gravedad de la demencia, perpetúa en el afectado marcados episodios delusivos disfuncionales - alucinaciones, delirios, alteraciones del comportamiento - que son producto de un disturbio orgánico cerebral. El componente neuropsicopatológico junto con cuadros de manifestaciones varias basa su origen en el advenimiento de la enfermedad y a un daño del denominado cerebro emocional. Las alucinaciones, las falsas identificaciones y los diferentes episodios delusivos ilustran la naturaleza disruptiva de este daño neuronal.

Palabras clave

Falsa identificación, Síndrome de Capgras, Síndrome de Fregoli, alucinaciones, demencia.

Abstract

The onset and severity of dementia, perpetuated in the affected episodes marked delusional dysfunctional - hallucinations, delusio-

ns, behavioral changes - that are the product of an organic brain disorder. The component neuropsychopathological along with several demonstrations of their origin based on the advent of the disease and a brain injury called emotional. Hallucinations, false IDs and different episodes delusional illustrate the disruptive nature of this neuronal damage.

Key words

False identification, Capgras syndrome, Fregoli syndrome, hallucinations, dementia.

Introducción

El progresivo deterioro cognitivo que predomina en el enfermo de Alzheimer, permite que sea proclive a la manifestación de delirios y alucinaciones. La temática ofrece una variedad extensa de delirios sobre los que el individuo permite una conducta negativa, principalmente el trastorno con su población senil sucumbe a los delirios alucinatorios con una alta incidencia (aproximadamente 45% de los casos). Se han descrito comúnmente episodios relativos a ideas de robo, abandono, de perjuicio y de falsa identificación (Capgras, Fregoli, intermetamorfosis, autoscopia y los fenómenos reduplicativos entre otros).

Los episodios visuales o alucinaciones originarias son más comunes en el desarrollo de la enfermedad por cuerpos de Lewy, registrando su mayor presencia entre las variantes de demencia.

La declinación de funciones mnésicas y físicas, el deterioro de los órganos de los sentidos, condiciones personales como aislamiento o entornos desconocidos, la polifarmacia, las condiciones orgánicas o medicas graves y la pérdida del entorno familiar son claves para el origen de las manifestaciones.

En la etapa de la vejez, se enfatiza una etiología orgánica, déficits sensoriales e importantes lesiones a nivel cerebral (sean ACV, lesión traumática, aneurisma o epilepsia) centrándose su origen en bases neurológicas.

El drama de la falsa identificación dificulta la intervención a este trastorno, Capgras y Fregoli se extienden como dos entidades difusas (sean consideradas en la literatura de investigación o trastorno o bien síndrome) indistintas sea su naturaleza, son significado de amenaza para el paciente y una auténtico predicho de conducta agresiva frente a cuidadores o allegados al enfermo. Estas curiosas manifestaciones no son exclusivas y pueden ser agrupadas en un mismo trastorno junto a otros delirios similares aunque de diversa temática (temporal, localización, reconocimiento etcétera). Se postula un fallo o inconveniente de acceso y trámite de la información cerebral en el desarrollo de los síntomas, así como un importante daño a nivel emocional o cítese a nivel límbico.

La temática del delirio perturba al paciente en diferentes creencias, existe una falsa afirmación de lo vivido (fenómenos en vertiente dèjà) o las ilusiones referentes a la dualidad de enclaves o la denominada reduplicación temporal, el síndrome de Otelo, los aman-

tes fantasma - succubus e incubus - para mitigar el delirio pasional u amoroso, una dimensión suspicaz y difidente creada mediante ilusiones de robo o de perjuicio y daño clasificadas mediante Cotard, el delirio de abandono o la hipocondría manifiesta que definió Ekbon (delirio de parasitación). Siendo comunes también los de falsa identificación en todas sus manifestaciones. Muchos de estos trastornos conllevan comportamiento agresivo y suspicaz, son facilitadores de violencia y predoctores de institucionalización en dichos casos.

Alucinaciones

La percepción del objeto, figura o situación no existe en la alucinación, dichas formas no son reales aunque si son vivenciadas por el paciente de este modo, el enfermo puede ver cosas que no están ahí ("había un hombre de color pastando con ovejas en mi habitación"), ver y oír o escenificar una situación, una vivencia anterior en toda su veracidad. Estos estímulos pueden manifestarse de forma visual (figuras, personas, seres, etcétera), auditiva (voces), olfativa, gustativa e incluso táctil.

Las reacciones que provoca este evento es variada, puede estimular en el afectado reacciones de miedo, alegría, euforia, recelo, nerviosismo o inquietud, asombro, incertidumbre, ansiedad y reacciones de enfado. En otros casos el paciente puede encontrarse sumido en una conversación con una persona imaginada, ensimismado y ausente o del mismo modo oír hablar a gente de su entorno y comenzar a creer que conversan sobre él o que hay determinados objetos o ambientes que no existen.



Fig1. La realidad es la percepción material, corpórea de sucesos y objetos o del medio que habitamos, la alucinación en cambio es un fenómeno iniciado y elaborado sin la participación de algún estímulo externo.

De todas las demencias, la prevalencia más alta de aparición se registra en los casos de demencia por cuerpos de Lewy, siguiendo a Klatka, Louis y Schiffer (1996) la incidencia pasa por un alto porcentaje del 60-70%. Entre los enfermos de Alzheimer también se registra una significativa aparición de estos fenómenos (estimada en torno al 45% de los casos).

Las alucinaciones correlacionan habitualmente con un componente agresivo y acompañado de delirios. Prevalece la diferenciación teórica de la alucinación versus ilusión y percepción sin objeto, es sensorial en su naturaleza, la ilusión es una interpretación inadecuada fruto de una falsa creencia. Siguiendo esta línea la realidad tal y como organiza Jaspers (1996), es lo percibido corpóreamente, lo físico, consciente, lo regido por las leyes físicas o resistente. En los estadios moderados de demencia se producen la mayor inci-

dencia de estos fenómenos (Sveter, 1994), en las demencias la prevalencia de episodios va entre un 12% a 49% afirma Sweater (1994), en la demencia por cuerpos de Lewy, la tasa alcanza una incidencia significativamente mayor (80%) (McKeith y otros, 1992). Según su naturaleza Sweater (1994) proclama una incidencia mayoritaria de los fenómenos en su manifestación visual, siendo menos frecuentes los olfativos y táctiles y algo más comunes que los anteriores, las alucinaciones auditivas (10% de los casos). La conflictividad imperante en el tratamiento de estos casos, la negación del paciente, la ofuscación a su estado configura una situación difícil para el cuidador, la confusión del paciente ocasiona normalmente en el enfermo desasosiego, permite la aparición de conducta indeseable tales como gritos, voces, insultos, recurrentes llamadas al cuidador, enfados, estados agresivos e incremento de la intranquilidad y ansiedad.

La trayectoria histórica nutre al estudio de las alucinaciones de diferentes estudios enfocados, en puntos de vista crecientes en torno a una vertiente teórica. Fue Esquirol (1847) artífice de configurar el fenómeno como una percepción sin objeto, realizó así mismo una distinción entre alucinación e ilusión. Otra diferenciación conceptual nos emplaza a los estudios publicados en 1896 bajo la denominación *Memories de L'academie Royale de Medicine* siendo Baillager el que clasificó alucinaciones psicosenoriales y alucinaciones psíquicas. Mayor relevancia le refiere al lenguaje en la génesis de estos fenómenos, de parte de Séglas que postuló el origen en el lenguaje no en estímulos externos. Clerambault (1925) los explica mediante su modelo de automatismo mental. Autores psicoanalíti-

cos se suman a la consideración fenomenológica del lenguaje en este origen (cit. Lacan, 1981). Orientado por las conclusiones de Esquirol, Ey (1973) afirma que la alucinación ocurre sin objeto a percibir.

Otros autores han vinculado la trama alucinatoria con el onirismo y la estructura del sueño proporcionando al sujeto la realidad de las imágenes visuales generadas en el proceso onírico.

Contenido y clarificación del episodio delusional y de la falsa percepción

Durante el transcurso de las demencias, muchos son los delirios y conjuntos ideativos que acompañan al resto de las manifestaciones de la enfermedad. Las creencias falsamente elaboradas producen en el afectado una conducta de ansiedad, accesos agresivos e intranquilidad. Frecuentemente son negados y rechazan la ayuda que le pueden brindar otras personas.

Los delirios son falsas creencias, conclusiones incorrectas fundamentadas en un evento acaecido en la realidad y transmutado bajo un punto de vista heterogéneo. A pesar de existir evidencias contrarias, el sujeto se mantiene firme en la veracidad de su postulado.

En el anciano con demencia la posibilidad de variantes en el delirio alcanzan múltiples opciones, alcanzan las falsas identificaciones, las ideas, las ideas configuradas en torno a alucinaciones, los falsos recuerdos, confabulaciones. Diferentes autores (Clément, Paulin, Roth, Morrisey, 1999, 1952), destacan la particularidad del fenómeno en su aparición tardía y el componente paranoico del que se

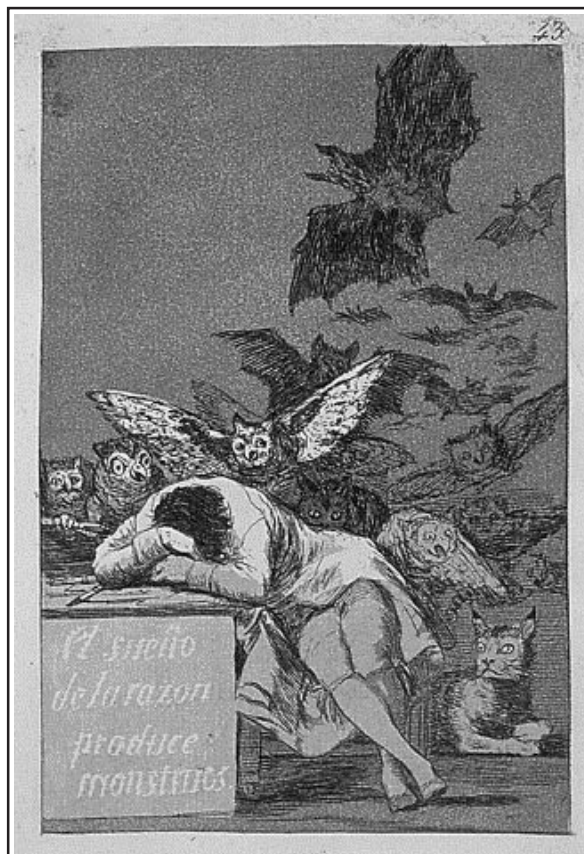


Fig 2. El sueño de la razón produce monstruos (Goya, 1799). La naturaleza del de lirio no puede ser alterada apelando a la razón o mediante evidencias opuestas.

barniza el fenómeno, siendo muy importante en la génesis el déficit sensorial que padecen unido al deterioro cognoscitivo.

Del mismo modo, la naturaleza somática, equilibra el compendio de falsas ideas para crear un nuevo subtipo, las hipocondríacas. Estas ideas delirantes tienen en algunos síndromes agrupados las manifestaciones en su mas pura condición, el Síndrome de Cotard lleva al límite un estado hipocondríaco severo que recrimina al sujeto la existencia, confortado bajo negatividad, un completo estado de pasividad y abandono vital absoluto. Otra entidad del subtipo hipocondríaco sería el sín-

drome de Ekbon o de parasitación (o parasitosis delirante), el sujeto cree sin duda que se encuentra infectado de pequeños parásitos, insectos, bichos que recorren su cuerpo. Habitualmente heridas de rascado y sangrado resultante son uno de los indicadores del síndrome.

Los delirios más frecuentes en demencia son los de robo, los trastornos de falsa identificación y el reconocimiento, los de abandono y celotípicos (Ballard y otros, 1995). Los delirios de persecución son frecuentes en la enfermedad de Alzheimer (desde un 15 a 50 %).

Delirios de falsa identificación: Se basan en la incapacidad para la identificación de personas, de lugares e incluso de partes del cuerpo. La convicción errónea se mantiene incluso bajo evidencias opuestas y prima la sustitución o reproducción del objeto al que subyace el episodio delirante. Fue en la segunda década del Siglo XX cuando se registraron las primeras conclusiones que documentarían los síndromes definidos bajo misidentification síndromes.

El Síndrome de Capgras, se define como una falsa ideación o contenido ideico delirante que perpetúa la sustitución de un individuo (un impostor) que reemplaza a un familiar / allegado o vinculado al enfermo. Esta alteración correlaciona frecuentemente con conductas de desconfianza, agresividad física, suspicacia o incluso con miedos relacionados con ideas de persecución (Christodolou, 1977). Se registra una mínima tendencia afectiva y emocional hacia el supuesto sosía, o incluso se informa de un distanciamiento manifiesto (Vogel, 1974).

Capgras o "ilusión de sosías" o "delirio de los dobles". El enfermo enfatiza el reemplazo de la persona por un doble o sosía, siendo consciente de que psicológicamente no es idéntico, de ahí correlaciona esa conducta de dis-

tanciamiento y enemistad manifiesta. El enfermo piensa que el impostor planea dañarle o que podría ocasionarle un perjuicio en cualquier momento.

Capgras tiene una prevalencia significativa en casos de demencia (Foorst y otros, 1994), según Ellis y DePauw (1994) es más frecuente en mujeres y no es exclusivo de ninguna cultura.

Siguiendo con los delirios de falsa identificación, el Síndrome de Fregoli se caracteriza por una profusa transformación de identidad



Fig 3. Intercambio de identidad, impostores, dobles, transformaciones, suplantación, encarnación de apariencia física, reemplazamientos, o familiares/ allegados disfrazados de, son algunas de las características delirantes de los Síndromes de Identificación errónea Capgras y Fregoli.

des, el sujeto cambia de apariencia física jugando con diferentes caracteres y formas físicas personales para amenazar al enfermo, perseguir y perjudicarlo fundamentalmente.

El delirio de identidad Fregoli, al igual que en Capgras pueden desencadenar en el afectado respuestas agresivas, de ansiedad y de miedo o inseguridad. En contraposición a Capgras, el sujeto-objeto del delirio es un desconocido u extraño pero la misma persona desde un punto de vista psicológico. En la autoscopia, una variante de Capgras en su postulado ideico, el sujeto tiene la convicción de que es impostor de sí mismo.

La ilusión de intermetamorfosis, el delirio del falso reconocimiento se extrapola a un cambio de apariencia en otras personas, la transformación no es solo física también psíquica. El delirio temporal o paramnesia reduplicativa temporal según constata Weinstein (1996) se vivencia una sensación de lo ya vivido o fenómeno de *dèjà vu*. Delirios de lo ya vivido en sus vertientes de suceso en sentimiento de ya visto (*dèjà veçu*), ya sentido (*dèjà senti*) o ya visitado (*dèjà visité*). En el extremo opuesto quedaría la ilusión de lo nunca visto o *jamais vu*.

Existen otros delirios relacionados con un proceso basado en ideas delusionales románticas y sexuales o ideas pasionales que huragan en un primitivo sentimiento cenotípico para desencadenar delirios o tramas de infidelidad inducida o convicciones amoratorias desarrolladas bajo amantes fantasma - incubus y succubus- o incluso el avance estructurado de un delirio erotomaniaco.

El Síndrome de Otelo (Crowe, 1988) proyecta en su pareja la convicción delirante cierta de que esta la engaña y que se halla en una romántica y apasionada aventura con otra persona, pueden darse así mismo ideas de sustitución del cónyuge por otra persona.

El delirio suspicaz / difidente, la desconfianza, la duda y el recelo que trasciende a este delirio, usual de la enfermedad de Alzheimer con aseveraciones como "vamos a hablar (...) ahora no nos oye nadie" ejemplifican a la par este fenómeno. El delirio de hurto y robo como la desaparición de un objeto o pertenencia explicada probablemente en un olvido (Olivera, 2003) o fallos de memoria potenciados por la enfermedad, es ubicado por el enfermo a causas externas, busca un culpable en su entorno más próximo afirma sin duda que alguien le ha robado o sustraído ese objeto que busca con impaciencia a la vez que manifiesta su enfado reiteradamente en forma de insultos y reacciones de enfado y agresividad. Del mismo modo expresa dicha suspicacia, cuando asegura haber gente en la casa, desconocidos que están viviendo en el hogar y que ocupan algunas dependencias del domicilio, quedando argumentado en un problema de identificación o reconocimiento, esta manifestación ha sido reportada en diversas acepciones como el entorno fantasma o de modo más ilustrativo, síndrome del fantasma a bordo.

El delirio de proyección o percepción de la televisión en 3 dimensiones, confluye la creencia del enfermo de que lo proyectado en televisión cruza o se traslada al exterior, a su entorno habitual.

Delirios de perjuicio o daño, ideas delirantes que pretendan causar en el enfermo un estado de amenaza, miedo, consumación de una agresión u daño, manifestando su temor o mostrando las secuelas de ese ataque o acto punitivo "límpiame la sangre de la espalda, me han dado una puñalada" - "Le echan polvos a la comida, para envenenarme" - "afloja el gas, que está muy fuerte".

El delirio de abandono también ha sido registrado ampliamente en la literatura de ca-

sos, afirman haber sido abandonados por sus familiares o seres queridos, se quejan de desatención, creyéndose desamparados en un lugar desconocido, solitarios y aislados. Esta concepción errónea puede ser perfectamente explicada mediante un equívoco reconocimiento espacial, el sentimiento de dependencia afectivo-emocional que tiene sobre su entorno familiar, correlaciona frecuentemente con seguimiento constante al cuidador habitual o familiar.

En un extremo del configurado delirio de daño se clasifica el delirio de Cotard, como un engaño despótico a las funciones vitales y a una desconexión factible del organismo y de sus funciones siendo además una convicción bestial llevando al enfermo a negar su cuerpo afirmando que está inerte, podredumbre y maloliente (Young y Leafhead, 1996). Ha sido asignado como una variante severa de Capgrás (Ramachandran y Blakeslee, 1998).

La negación de todas las partes que componen el cuerpo y de su propia existencia es la característica sintomática preferente de este delirio, las tendencias autolíticas, depresiones graves y de desconexión con el medio y la realidad son correlativas de este delirio nihilista.

Afrontamiento de los procesos delusionales

Es importante conocer, comprender y delimitar las características del episodio, brindar apoyo e interpretar el acontecimiento de un modo establecido y plausible sin caer en la tensión, en la desesperanza y la indefensión.

El asesoramiento médico en torno a los efectos secundarios de los fármacos o en el alcance de las lesiones neuronales o enfermedades mentales es crucial para llegar a un

entendimiento justo en la dinámica de dichas manifestaciones.

La valoración visual, auditiva o sensorial, revisiones periódicas de lentes, audífonos así como un ambiente idóneo, bien iluminado, ventilado y accesible, es relevante para sortear posibles indicios de brote del problema.

Las alucinaciones que muestra pueden ocasionar diferentes estados en el afectado desde ansiedad, miedo, inseguridad, angustia, inquietud o tan dispares como alegría, curiosidad y asombro. El cuidador debe responder con tranquilidad y calma, no debe dejarse llevar por la reacción del enfermo ni recriminarle por su acto, debe mostrarle confianza en todo momento, ser agradable y comprensivo, usar la distracción y responder de forma honesta a las preguntas que hace el afectado que pueden ir encaminadas a reconstruir un nuevo estado de tranquilidad y placidez.

El establecimiento de una comunicación eficaz, hablar de forma clara, suave y audible procurando el contacto ocular mirándole de frente y presentando a los desconocidos en casos de visita al hogar. Configurar un estado de calma y tranquilidad, una atmósfera de seguridad libre de ambigüedad o estímulos que lleven a falsas interpretaciones, escuche la inquietud que le muestra, haga que el enfermo confíe en que esté seguro y que va a comprobar que todo marcha bien. Nunca debe discutir el contenido del delirio, manténgase en una posición neutral proporcione una respuesta no comprometedoras y desvíe la atención con algún tema o una actividad satisfactoria. Muestre afecto, comprensión y cariño en esta situación, transmitirá protección y calma.

Conclusión

El estudio de estos fenómenos ha primado en la importancia y representatividad de las investigaciones en muchos campos de monografía de la demencia y sus manifestaciones conductuales.

La temática singular de cada delirio o alucinación permite configurar una gama de conductas que crean la naturaleza del delirio convincente en condición de demencia. Los delirios son clasificados en sus argumentos: romántico, amoroso o pasional, identificativos, temporales, susceptibles o difidentes y los relativos a perjuicio, daño o hipocondríacos.

Las alucinaciones o fenómenos de percepción sin objeto son habituales y se nutren de déficits o lesiones neuronales o incluso de un medio mal establecido o desordenado para una estancia pacífica.

Bibliografía

- McKeith, I. G., Fairbairn, A., Perry, R. H., Thompson, P., Perry, E. K., 1992. Neuroleptic sensitivity in patients with senile dementia of Lewy body type. *British Medical Journal*, 305:673-8.
- Klatka, L. A., Louis, E. D., Schiffer, R. B., 1996. Psychiatric features in diffuse Lewy body disease: a clinicopathological study using Alzheimer's disease and Parkinson's disease. *Neurology*, 47:1148-52.
- Jaspers K. *Psicopatología General*. México, Fondo de Cultura Económica, 1996
- H. Ey, *Traité des hallucinations*, París, Masson, 1973, Tome Premier. Troisième partie: "Les deux grandes catégories de phénomènes hallucinatoires"
- Lacan J. *Le Séminaire III les Psychoses*, Editions du Seuil. París, 1981
- Ramachandran V. S. & Blakeslee S. (1998) *Phantoms in the Brain: Probing the Mysteries of the Human Mind*. New York: Morrow & Co
- Young, A. W., & Leafhead, K. M. (1996). In P. W. Halligan & J. C. Marshall (Eds.), *Method in madness: Case studies in cognitive neuropsychiatry* (pp. 147-171). East Sussex, UK: Psychology Press.
- Roth, M., Morrisey. J. (1952). Problems in the diagnosis and classification of mental disorders in old age. *Journal of Mental Science*, 98, 66-80p.
- Clément, J P, Paulin, S., Léger J.M. Cit en Léger J.m., Clément, J P, Wertheimer J. *Psychiatrie du sujet âgé*. Paris. Médecine-Sciences Flammarion. 1999: 202 - 215
- Olivera, F.J. Síntomas psicóticos en pacientes con demencia. *Revista de Actualidad Sociosanitaria*. 2003. 4: 23-27.
- Moreno, A. Amor, paranoia y convicción patológica. Delirios de erotomanía en vejez: a propósito de un caso. Alcmeón. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*. 2007; 14: 3, 11-15.
- Ellis, H. D, de Pauw KW, Christodoulou GN, Papa-georgiou L, Milne AB, Joseph AB. Responses to facial and non-facial stimuli presented tachistoscopically in either or both visual fields by patients with the Capgras delusion and paranoid schizophrenics. *J Neurol. Neurosurg Psychiatry* 1993;56:215-9.
- Ballard C, Oyebode F. Psychotic symptoms in patients with dementia. *Int J Geriatr Psychiatr* 1995;10:743-752.
- Mentis MJ, Weinstein EA, Horwitz B et al. Abnormal brain glucose metabolism in the delusional misidentification syndromes: A positron emission tomography study in Alzheimer's disease. *Biol Psychiatry* 1995;38:438-449.
- Tanner, C. M, Vogel, C, Gotees, C.G. & Klawans, H.L. Hallucinations in Parkinson's Disease: A popular Study. *Annual of Neurology* 1983. 14: 136.
- Esquirol JE. *Des maladies mentales*. Paris: Baillière; 1838.
- Weinstein EA. The classification of delusional misidentification syndromes. *Psychopathology* 1994; 27:130-5.
- Christodoulou, GN: The syndrome of Capgras. *Br. J. Psychiatry*, 130, 556-564, 1977
- Smith TW, Swearer JM Alzheimer's disease and Lewy body disease. *Ann Neurol* 1994; 35: 81-88. [Medline]
- Martínez Gallardo R, Sarasua JM, Prego R. Los delirios de infestación parasitaria (Síndrome de Ekbohm). *Actas Dermo-Sif* 1991; 82: 605-607
- Cobb, J. Morbid Jealousy. *British Journal of Hospital Medicine* 1979;21(5):511-8