

Un 'raro' caso de identificación errónea en la enfermedad de Alzheimer: el 'delirio de compañeros'

R.M. Osorio, N. Gil-Ruiz, L.F. Agüera-Ortiz, J.L. Dobato,
J. Olazarán-Rodríguez, B. León, P. Martínez-Martín

Introducción. Los trastornos de identificación errónea (TIE) son aquellas situaciones en las que el paciente identifica incorrectamente, duplica a personas, objetos, acontecimientos, lugares o cosas. Su presentación en la enfermedad de Alzheimer (EA) es polimorfa y de etiología compleja, probablemente en relación con la propia enfermedad neurodegenerativa, así como déficit en áreas atencionales, mnésicas o perceptivo-gnósticas. El 'delirio de compañeros' es un tipo de TIE común en pacientes con EA, en el cual objetos inanimados como muñecos u otros juguetes son percibidos como seres vivos con atributos humanos desencadenando conductas de atención y cuidados por parte del anciano. Dicho trastorno ha recibido poco interés como entidad nosológica por la comunidad científica. **Caso clínico.** Mujer de 89 años, diagnosticada de EA, con dicho síntoma en el contexto de un abigarrado cuadro de errores de identificación múltiples. **Conclusiones.** Dada la estrecha relación que existe entre ideas delirantes y desintegración cognitiva global que predispone a los sujetos con EA a sufrir psicosis, dicho síntoma podría interpretarse como fruto de un deterioro cognitivo grave junto con necesidades psicológicas y afectivas no resueltas de la paciente en un contexto de institucionalización.

Palabras clave. Alzheimer. Ancianos. Caso clínico. Delirio de compañeros. Muñecos. Psicosis. Trastornos de identificación errónea.

A 'rare' case of misidentification in Alzheimer's disease: the 'delusional companion'

Introduction. Delusional misidentification syndromes (DMS) are situations in which the patient mistakenly identifies or duplicates people, objects, events, places or things. The signs and symptoms in Alzheimer's disease (AD) are polymorphic and they have a complex aetiology, probably related to

the neurodegenerative disease itself, as well as deficits in the attentional, mnemonic or perceptive-gnostic areas. The 'delusional companion' is a type of DMS that is common in AD, where inanimate objects such as dolls or other toys are perceived as living beings with human attributes and trigger attentional and caring behaviour in the elderly person. This disorder has received little attention as a nosological entity from the scientific community. **Case report.** An 89-year-old female, diagnosed with AD, who displayed this symptom within the context of a colourful clinical picture of multiple misidentifications. **Conclusions.** Given the close relationship that exists between delirious ideas and overall cognitive disintegration that makes AD patients prone to suffer from psychosis, this symptom could be interpreted as the result of a severe cognitive impairment together with the unsatisfied affective and psychological needs of an elderly institutionalised woman.

Key words. Alzheimer. Case report. Delusional companion. Dolls. Elderly. Delusional misidentification syndromes. Psychosis.

Introducción

Los trastornos de identificación errónea (TIE) son aquellas situaciones en las que el paciente identifica incorrectamente, duplica o siente a personas, objetos, acontecimientos, lugares o cosas. Aparecen tanto en pacientes con lesiones cerebrales (demencia, daño cerebral, epilepsia, esclerosis múltiple, enfermedad cerebrovascular) [1] como en la esquizofrenia o trastornos afectivos graves [2], donde fueron originalmente descritos [3]. Los cuadros psicóticos de las personas con esquizofrenia son completos y de amplio espectro

Unidad Multidisciplinar de Apoyo. Unidad de Investigación Proyecto Alzheimer. Centro Alzheimer Fundación Reina Sofía. Madrid, España.

Correspondencia

Dr. Ricardo M. Osorio Suárez. Unidad Multidisciplinar de Apoyo. Unidad de Investigación Proyecto Alzheimer. Centro Alzheimer Fundación Reina Sofía. Valderrebollo, 5. E-28031 Madrid.

E-mail

rosorio@fundacioncien.es

(viven *de facto* en un mundo delirante), mientras que los delirios de los pacientes con demencias suelen ser monotemáticos y circunscritos, en los que el paciente, al margen del delirio, vive con un adecuado contacto con la realidad. Su psicopatología y fenomenología son, por tanto, más difusas y su etiología multifactorial, en probable relación con la propia enfermedad neurodegenerativa, así como déficit en áreas atencionales, mnésicas o perceptivo-gnósticas. No obstante, para ser concebidos como delirios deben ser estables, persistentes en el tiempo y resistentes a la confrontación.

Han sido descritos TIE en la EA, demencia por cuerpos de Lewy, complejo demencia-Parkinson, demencia vascular y enfermedad de Huntington. La incidencia descrita en la EA es de un 29-32% [4], con cifras de prevalencia de hasta un 82% [5,6], en función de los tipos de estudio, criterios diagnósticos utilizados, inclusión de errores de identificación sin temática delirante asociada, etc. Burns [7] clasifica los TIE de los pacientes con demencia en cuatro tipos de trastornos: el fenómeno del 'huésped fantasma', el fenómeno de la 'pantalla de televisión', el 'síndrome del espejo' y los falsos reconocimientos de familiares.

El 'delirio de compañeros' es un tipo de TIE común en pacientes con EA, en el cual objetos inanimados como muñecos u otros juguetes son percibidos como seres vivos con atributos humanos que desencadenan conductas de atención y cuidados por parte del anciano. Los objetos se perciben como familiares y no amenazantes. Dicho trastorno ha sido publicado como un hallazgo muy frecuente en algunos ensayos de terapias no farmacológicas con muñecos y peluches en medios residenciales [8], pero ha recibido poco interés como entidad nosológica por la comunidad científica. Tan sólo un autor, Shanks [9], ha descrito hasta la fecha dicho trastorno en una pequeña serie donde describe a tres pacientes con EA en estadio moderado-grave, en la que justifica la aparición de estos síntomas en función de múltiples déficit visuoperceptivos, visuconstructivos, atencionales y de monitorización de la realidad, asociados a una disfunción en las regiones frontoparietales y temporales derechas medidos a través de tomografía computarizada por emisión de fotón único (SPECT) [9]. A continuación describiremos el caso clínico de una paciente con dicho síntoma en el contexto de un abigarrado cuadro de errores de identificación múltiples.

Caso clínico

Mujer de 89 años, viuda desde hace 10 años, dos hijos, analfabeta funcional. Convivió con una hija durante los cuatro años previos a su ingreso en una residencia de ancianos en la que vive desde hace 14 meses, y desde donde se solicita una valoración psiquiátrica por un cuadro de alteraciones de conducta y dificultades de manejo.

Entre los antecedentes personales médicos destacan varios factores de riesgo vascular (diabetes mellitus tipo II en tratamiento con antidiabéticos orales, hipertensión arterial), así como una maculopatía diabética con leve disminución de la agudeza visual. Entre los antecedentes personales psiquiátricos destaca un cuadro de depresión mayor recurrente de inicio a los 45 años con al menos tres recaídas depresivas en las que precisó tratamiento con antidepresivos tricíclicos. Al enviudar, aparece un cuadro de duelo complicado con sintomatología distímica resistente al tratamiento que produce un progresivo abandono por parte de la paciente de sus actividades habituales y un cierto confinamiento en su domicilio. A los dos años de fallecer su esposo inicia un cuadro de deterioro cognitivo de inicio insidioso y perfil progresivo, cuyos síntomas iniciales fueron episodios aislados de desorientación en la calle y errores en tareas instrumentales (dificultad para cocinar alimentos, nutrición inadecuada). Durante los dos años siguientes se sumaron olvidos frecuentes, déficit de memoria, así como numerosos accidentes domésticos que finalmente obligan a la paciente a trasladarse a vivir con su hija. Con el cambio de domicilio aparecen graves episodios de desorientación, así como ideas delirantes de perjuicio y de robo centrados en su hija. Por este motivo acuden a su neurólogo de zona que, con diagnóstico de presunción de enfermedad de Alzheimer (GDS 4), inicia un tratamiento con inhibidores de la acetilcolinesterasa y antipsicóticos con progresiva adecuación conductual. Todas las pruebas complementarias solicitadas (tomografía computarizada, hemograma, bioquímica y serología) fueron normales.

La evolución de la paciente durante los meses siguientes fue de cierta estabilización de la conducta y del deterioro cognitivo, si bien se cronifican los graves problemas de desorientación espacial y aparecen errores de identificación nuevos: imposibilidad para reconocer el domicilio de su hija como el suyo propio, mala identificación de

Tabla. Relación de pruebas neuropsicológicas administradas.

Prueba	Subtest
Láminas fotográficas	Objetos de la casa
	Alimentos
	Animales
Láminas CAMDEX-R	Personajes famosos
	Perspectivas inusuales
Test de superposición de imágenes (Poppelreuter)	
Test de bisección de líneas	
Test de cancelación	
TB-R	Subtest de orientación derecha-izquierda
Test de reconocimiento y denominación de colores	
<i>Severe Mini Mental State Examination</i>	
Minixamen cognitivo	
Prueba visuoconstructiva (rompecabezas en dos dimensiones)	
VOSP (<i>Visual Object and Space Perception</i>)	Siluetas
	Cribado, detección de formas
	Letras incompletas
	Discriminación de la posición
	Contar puntos
Test de lateralidad manual (Auzias, 1975)	Preferencia
	Eficiencia comparada

los vínculos con sus hijos, que reconoce falsamente como hermanos o 'familiares', y aparición de modo intermitente del 'signo de la televisión', con la que conversa de modo fluido, acto que repite con fotografías y revistas que a menudo son encontradas dentro de su cama, ropa o cajones. A los 7 años de iniciarse el proceso, debido a la necesidad de supervisión durante las 24 horas, ingresa en una residencia.

A los seis meses de la institucionalización inicia un cuadro de alteraciones de conducta consistentes en relacionarse con dos muñecas a las que comienza a cuidar como si fueran niños a su cargo. Asimismo, confabula acerca de su relación con ellas y se refiere a las mismas como 'sus hijas', 'sus nietas' o 'las hijas de una amiga'. Dicha confabulación puede a su vez aludir a su deber hacia ellas: 'trabajo en esta casa, debo atender

a las niñas', 'son mis hijas que acaban de nacer, he de cuidarlas'. Manifiesta cierto desinterés por las actividades de ocio de la residencia y dedica todas sus energías al cuidado continuo de las muñecas a las que vigila, besa, cambia de ropa e incluso intenta alimentar. Al preguntarle por la imposibilidad de esto último, responde con frases del tipo 'ya han comido' o 'tiene la boca muy pequeña pero claro que bebe, ¿no lo ve?'. Dichos relatos coinciden parcialmente con aspectos biográficos de la paciente. De igual modo, reacciona con sumo interés ante otros muñecos de aspecto humano y fisonomía bien definida, así como con fotografías de niños pequeños, con los que repite las mismas conductas de cuidados y alimentación. De modo llamativo, muestra enfado e irritabilidad ante osos de peluche, muñecos humanos más rudimentarios o fotografías de

adultos, como si fuera víctima de un engaño. En todo momento la paciente vive estas emociones como placenteras, incluso resultan beneficiosas en el nivel de motivación y apatía de la paciente, así como en la comunicación espontánea con el resto de usuarios y cuidadores de la residencia, aunque impiden que la paciente coma o duerma con normalidad debido a la excesiva atención que presta a los muñecos.

Examen general y neurológico

La exploración general y neurológica es poco relevante: peso 50 kg, talla 1,60 m, fondo de ojo y pares craneales normales, ausencia de déficit sensitivomotores, reflejos de estiramiento muscular simétricos, reflejos cutaneoplantares flexores, sin disimetrías, tono normal, ausencia de movimientos involuntarios, marcha algo inestable con aumento de la base de sustentación, tonos cardíacos rítmicos, sin soplos, murmullo vesicular conservado, abdomen blando, depresible, no doloroso, sin masas ni visceromegalias y ausencia de adenopatías. Nivel funcional: Katz G, FAST 6A.

Exámenes complementarios

Hemograma, glucosa, creatinina, iones, vitamina B₁₂, ácido fólico, hormonas tiroideas, serologías, todo negativo. Se intentó realizar una resonancia magnética de 3 T, pero la paciente no toleró las condiciones de la prueba.

Examen neuropsicológico

El deterioro cognitivo de la paciente (miniexamen cognitivo 9/30, *Severe Mini-Mental* 19/30) obligó a seleccionar una serie de pruebas cuyas instrucciones fueran comprensibles, de dificultad moderada y extensión media. Por ello, la mayoría de los tests neuropsicológicos no pudieron ser utilizados en su totalidad (Tabla). Tras un análisis cualitativo de los resultados se evidenció un buen nivel atencional general, desorientación completa en persona y tiempo, moderada desorientación espacial, déficit mnésicos evidentes (conservada la memoria de fijación, pero con fallos en la fase de almacenamiento de la información), nivel óptimo en comprensión y expresión orales (fluidez, denominación y repetición óptimas), ligera apraxia constructiva y deterioro

grave en funciones ejecutivas y de razonamiento abstracto. Por tanto, no se pudo concluir la existencia de déficit atencionales, visuoperceptivos, visuoespaciales o visuconstructivos relevantes. Sin embargo, sí se pudieron apreciar déficit significativos en pruebas de razonamiento abstracto, funciones ejecutivas y monitorización de la realidad. Los resultados de las pruebas de lateralidad manual hacen sospechar una zurdera patológica o contrariada.

Discusión

En ausencia de pruebas de neuroimagen, los resultados obtenidos de la evaluación neuropsicológica (déficit de monitorización, *insight* y razonamiento abstracto) no parecen refrendar la hipótesis inicial compartida por los tres casos clínicos descritos hasta el momento [9], y obliga a enfatizar los aspectos emocionales, es decir, las necesidades psicológicas y afectivas de la paciente como estímulo motivacional desencadenante del trastorno que padece. Es posible que la infantilización y las conductas regresivas de la paciente no hagan sino estimular recuerdos y papeles vitales pasados gratificantes en un contexto de institucionalización y probables sentimientos de abandono. Tampoco hay que olvidar la estrecha relación que existe entre síntomas delirantes y desintegración cognitiva global, que predispone a los sujetos con EA a sufrir psicosis, especialmente en las fases más avanzadas de la enfermedad.

Bibliografía

1. Edelstyn N, Oyebo F. A review of the phenomenology and cognitive neuropsychological origins of the Capgras syndrome. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999; 14: 48-59.
2. Agüera-Ortiz LF. Capgras syndrome or delirium of doubles. Presentation of a new case. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 1990; 18: 349-53.
3. Capgras J, Reboul-Lachaux J. L'illusion de sosies dans un délire systématisé chronique. *Bull Soc Clin Méd Ment* 1923; 2: 6-16.
4. Forstl H, Burns A, Jacoby R, Levy R. Neuroanatomical correlates of clinical misidentification and mispercep-

- tion in senile dementia of the Alzheimer type. *J Clin Psychiatry* 1991; 52: 268-71.
5. Harciarek M. The prevalence of misidentification syndromes in neurodegenerative diseases. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2008; 22: 163-9.
 6. Nedelec-Ciceri J, Chaumie A. Troubles de l'identification et délires d'identité dans la maladie d'Alzheimer: une enquête régionale. *Rev Neurol (Paris)* 2006; 162: 628-36.
 7. Burns A, Jacoby R, Levy R. Psychotic phenomena in Alzheimer's disease. *Br J Psychiatry* 1990; 157: 72-90.
 8. James IA. Doll use in care homes for people with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006; 21: 1093-8.
 9. Shanks MF, Venneri A. The emergence of delusional companions in Alzheimer's disease: an unusual misidentification syndrome. *Cognit Neuropsychiatry* 2002; 7: 317-28.