

A PROPÓSITO DE UN CASO: DELIRIO DE CAPGRAS EN LA ADOLESCENCIA. PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS

RAQUEL PORCAR SERRADOR, IRENE ZANÓN MONTESINOS
E YVÁN VIDAL MATEU

Departamento de Salud de Valencia Doctor-Peset.
Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia.

RESUMEN DEL CASO

El síndrome de Capgras es un trastorno delirante incluido dentro de los síndromes de identificación errónea, caracterizado por la creencia de que una persona cercana ha sido sustituida por un impostor físicamente idéntico. Aunque su prevalencia general es baja, su diagnóstico en la población infantojuvenil representa un desafío clínico, especialmente, cuando coexisten factores como consumo de sustancias, disfunción familiar o situaciones migratorias. Este artículo presenta el caso clínico de un adolescente de 16 años con síntomas psicóticos agudos compatibles con delirio de Capgras, con antecedentes de consumo de cannabis y dinámica familiar disfuncional. El ingreso en la unidad de hospitalización infantojuvenil permitió una intervención integral. Se realizó una valoración sistemática según el modelo de Virginia Henderson y se elaboró un plan de cuidados individualizado utilizando las taxonomías de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) de diagnósticos enfermeros, de la Nursing Outcomes Classification (NOC) de resultados de enfermería y de la Nursing Interventions Classification (NIC) de intervenciones de enfermería. Entre los principales diagnósticos de enfermería identificados, destacan: **trastorno del pensamiento, ansiedad, afrontamiento ineficaz y afrontamiento familiar comprometido**. El caso pone de manifiesto la relevancia del abordaje multidisciplinario y la importancia del papel de la enfermería en la detección, la monitorización, el seguimiento y el cuidado de pacientes adolescentes con sintomatología psicótica poco habitual. La estandarización de cuidados basada en la evidencia, junto con una mirada centrada en el paciente y su contexto, resulta fundamental para lograr intervenciones eficaces y humanizadas en salud mental.

Palabras clave: síndrome de Capgras; adolescente; trastornos psicóticos; enfermería psiquiátrica.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Capgras es un trastorno psiquiátrico incluido dentro de los síndromes de identificación errónea delirante, donde el individuo cree que personas significativas en su entorno han sido reemplazadas por impostores físicamente idénticos. Fue descrito por primera vez en 1923 por los psiquiatras franceses Joseph Capgras y Jean Reboul-Lachaux, quienes observaron este fenómeno en una paciente que afirmaba que su marido había sido sustituido por un doble exacto¹.

Desde entonces, el síndrome de Capgras ha sido estudiado, principalmente, en el contexto de la esquizofrenia paranoide, aunque también se ha descrito en pacientes con demencia de tipo Alzheimer, traumatismos craneoencefálicos, epilepsia del lóbulo temporal y trastornos afectivos. Se ha asociado, además, al uso de sustancias psicoactivas como el cánnabis, que puede actuar como desencadenante de síntomas psicóticos, especialmente, en poblaciones vulnerables^{2,3}.

La prevalencia exacta del síndrome de Capgras es difícil de establecer debido a su baja frecuencia. Se estima que puede aparecer entre el 1,3 y el 4,1 % de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia, aunque estas cifras varían según los criterios diagnósticos y la población estudiada⁴. En adolescentes, la aparición del delirio de Capgras es excepcional. En la mayoría de estos casos, el síndrome se presenta en el contexto de trastornos psicóticos de inicio temprano, como la esquizofrenia infantil, o en episodios agudos inducidos por tóxicos².

Dada su baja prevalencia en la población infantojuvenil, este síndrome puede pasar desapercibido o confundirse con otros trastornos mentales. En la

clínica psicótica, se registran síntomas como delirios de persecución centrados en figuras familiares, aislamiento social marcado y alteraciones conductuales abruptas⁴. Asimismo, es fundamental tener en cuenta la coexistencia de factores como un entorno familiar disfuncional, antecedentes de trauma o migración reciente, y consumo de sustancias.

La detección temprana del síndrome, junto con una intervención adaptada a las características psicosociales del adolescente, es fundamental para evitar consecuencias graves como la cronificación del cuadro, conductas de riesgo o la ruptura de vínculos familiares.

Por ello, el objetivo de este artículo es describir el abordaje enfermero de un caso de delirio de Capgras en la adolescencia, mediante una valoración estructurada con el modelo de Virginia Henderson y un plan de cuidados basado en las taxonomías de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) de diagnósticos enfermeros, de la Nursing Outcomes Classification (NOC) de resultados de enfermería y de la Nursing Interventions Classification (NIC) de intervenciones de enfermería.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un varón de 16 años, que ingresó en la unidad de hospitalización infantojuvenil a través del servicio de urgencias por agravamiento de síntomas psicóticos agudos. En el momento del ingreso, el paciente presentaba alucinaciones visuales, ideación delirante de perjuicio, desorganización conductual, bradipsiquia, afecto plano, mutismo y angustia intensa. No constaba seguimiento previo por parte de la unidad de salud mental infantojuvenil.

El paciente era natural de Colombia y residía en España desde hacía dos años. Estudiaba 4.º de Edu-

Correspondencia: Raquel Porcar Serrador
Correo electrónico: raquelporcar17@gmail.com

cación Secundaria Obligatoria. No presentaba antecedentes médicos de interés ni alergias conocidas. Convivía con su padre, dos hermanas, la pareja de una de ellas y sus hijos. Refería contacto escaso con su madre y no disponía de una red de apoyo social más allá del ámbito familiar.

Respecto al historial toxicológico, había iniciado el consumo de sustancias psicoactivas —principalmente, cánnabis y cocaína rosa (2C-B)— a los 13 años, durante su estancia en Colombia. Tras mudarse a España a los 14 años, retomó el consumo de cánnabis. En el momento del ingreso, llevaba, aproximadamente, un mes en abstinencia, confirmado mediante prueba de tóxicos en orina con resultado negativo.

Durante la exploración del estado mental, mostraba un discurso muy limitado, contestaba con monosílabos y solicitaba ser «desconectado». Mantenía una actitud de mutismo selectivo, con mirada perpleja, aislamiento conductual, rechazo al contacto social y desconfianza hacia el entorno. Durante la entrevista, se observaba hipervigilancia, evitaba el contacto visual y adoptaba una actitud defensiva.

Los familiares refirieron un empeoramiento progresivo durante el último mes, con tendencia al aislamiento, pensamiento mágico y conductas ritualistas

con posible contenido delirante (como guardar leche para evitar envenenamientos). Además, señalaron ideación delirante de perjuicio centrada en figuras familiares, concretamente, su padre y su hermana, a quienes el paciente decía no reconocer como auténticos. Esta profunda desconfianza hacia su entorno inmediato, junto con la firme creencia de que dichas figuras habían sido reemplazadas por impostores físicamente idénticos, resultaba compatible con un cuadro de síndrome de Capgras.

A nivel conductual, el paciente se negaba a colaborar en tareas básicas o escolares y permanecía aislado en su habitación. Los familiares referían episodios de heteroagresividad verbal leve y bloqueo psicomotor en fases agudas.

Se realizaron exploraciones complementarias: tomografía axial computarizada, electroencefalograma, analítica general, serologías y tóxicos en orina; sin alteraciones significativas.

VALORACIÓN GENERAL

A su ingreso, se realizó la valoración de enfermería siguiendo las necesidades fundamentales de Virginia Henderson (tabla 1).

Tabla 1. Valoración enfermera a través de las necesidades de Virginia Henderson

Necesidad de Henderson	Estado del paciente
1. Respirar normalmente	No se observaron alteraciones respiratorias.
2. Comer y beber adecuadamente	Mantuvo una ingesta conservada y toleró la medicación.
3. Eliminar por todas las vías	No se registraron incidencias en la eliminación.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas	Presentó lentitud psicomotriz y episodios de bloqueo motor.
5. Dormir y descansar	Conservó el descanso nocturno sin interrupciones relevantes.

Continúa

Tabla 1. Valoración enfermera a través de las necesidades de Virginia Henderson (continuación)

Necesidad de Henderson	Estado del paciente
6. Vestirse y desvestirse	Se mostró autónomo para vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal	No se detectaron alteraciones térmicas.
8. Mantener higiene y protección de la piel	Realizó el aseo personal de forma autónoma.
9. Evitar peligros ambientales	Mostró ideación delirante y conductas desorganizadas que comprometían su seguridad.
10. Comunicarse con los demás	Se comunicó con discurso parco, mutismo selectivo y afecto plano.
11. Vivir según sus valores y creencias	Expresó pensamientos religiosos de carácter protector.
12. Trabajar y sentirse realizado	Estaba escolarizado, pero había abandonado sus actividades académicas.
13. Participar en actividades recreativas	Mantuvo una marcada tendencia al aislamiento y escasa participación recreativa.
14. Aprender, descubrir o satisfacer curiosidad	Presentó disminución de la concentración y de la memoria reciente.

PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS CUIDADOS

Los diagnósticos enfermeros se formularon utilizando la taxonomía NANDA⁵. Se estructuró un plan

de cuidados integral individualizado, definiendo resultados esperados mediante la clasificación NOC⁶ y se utilizó una escala de tipo Likert e intervenciones apropiadas según la NIC⁷ (tabla 2).

Tabla 2. Plan de cuidados individualizados

NANDA	NOC		NIC
00126: Trastorno del pensamiento r/c alteraciones psicóticas m/p ideas delirantes.	0907: Orientación cognitiva.	PI: 1; PD: 5; PA: 3	4820: Orientación de la realidad.
	0911: Orientación de la realidad.	PI: 1; PD: 5; PA: 3	6450: Manejo de las ideas delirantes. 4920: Mejorar los procesos del pensamiento.
00146: Ansiedad r/c percepción de amenaza m/p bloqueo conductual.	1211: Nivel de ansiedad.	PI: 1; PD: 5; PA: 4	5820: Disminución de la ansiedad.
	1402: Control del miedo.	PI: 1; PD: 5; PA: 4	5380: Apoyo emocional. 6040: Terapia de relajación.

Continúa

Tabla 2. Plan de cuidados individualizados (continuación)

NANDA	NOC		NIC
00152: Afrontamiento ineficaz r/c angustia intrapsíquica m/p aislamiento y evitación.	1302: Afrontamiento personal.	PI: 2; PD: 5; PA: 4	5230: Mejorar el afrontamiento.
	1201: Nivel de estrés.	PI: 2; PD: 5; PA: 4	5440: Asesoramiento psicológico.
00069: Afrontamiento familiar comprometido r/c dinámica familiar disfuncional.	2608: Apoyo familiar percibido.	PI: 2; PD: 5; PA: 3	4360: Apoyo en la toma de decisiones.
	2000: Bienestar psicológico.	PI: 1; PD: 5; PA: 3	7120: Apoyo al cuidador principal.
			5440: Asesoramiento psicológico.

Escala de Likert: puntuación de 5 = la mejor posible; 1 = la peor posible.

m/p: manifestado por; NANDA: North American Nursing Diagnosis Association; NIC: Nursing Interventions Classification; NOC: Nursing Outcomes Classification; PA: puntuación alcanzada; PD: puntuación deseada; PI: puntuación inicial; r/c: relacionado con.

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS Y SEGUIMIENTO

Durante la estancia hospitalaria de tres semanas, se llevaron a cabo los objetivos e intervenciones anteriormente descritos. Al comparar la puntuación inicial con la del primer permiso terapéutico a su domicilio (48 horas en el domicilio familiar), con una escala de tipo Likert, se observó una evolución favorable, ya que todos los indicadores mostraron una mejora.

Las primeras semanas, el equipo de enfermería llevó a cabo una observación continua y un registro del estado mental. Se observaron episodios de bloqueo psicomotor, aislamiento social, bradipsiquia, así como ideación delirante de perjuicio persistente centrada en la identidad de sus familiares. El paciente se mostró hipervigilante, con nula reactividad emocional y con conductas de evitación ante el personal y otros pacientes.

Por parte de psiquiatría, se ajustó el tratamiento farmacológico. En fases intermedias del ingreso, se

inició transición farmacológica al observarse inefectividad de los antipsicóticos utilizados. Se inició el tratamiento con clozapina en dosis de 12,5 mg/día, con buena tolerancia y aumento progresivo hasta 25 mg. Se monitorizaron los niveles de clozapina y se observó al paciente exhaustivamente ante posibles efectos adversos de la medicación pautaada. Asimismo, se introdujo sertralina en dosis de 50 mg/día, aumentada a 100 mg por la presencia de síntomas depresivos (apatía, embotamiento emocional y empobrecimiento del pensamiento).

Posteriormente, se apreció ligera mejoría: aumento del contacto visual, ligera iniciativa para actividades recreativas como jugar al dominó con el personal, ver películas con los demás pacientes y escuchar música, además de una interacción verbal parcial con el entorno y saludos espontáneos. El paciente comenzó a reconocer los nombres de los profesionales y presentó un discurso estructurado, aunque aún con pobre contenido. Negó ideación autolítica y alucinaciones auditivas, aunque persistió el pensamiento mágico/religioso.

DISCUSIÓN E IMPLICACIÓN PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

Este caso resalta la complejidad del manejo de pacientes adolescentes con trastornos psicóticos. La utilización del modelo de Virginia Henderson permitió realizar una valoración integral, identificando alteraciones significativas en necesidades como la comunicación, la interacción social, el afrontamiento emocional y la seguridad. La planificación de cuidados basada en las taxonomías NANDA, NOC y NIC facilitó una evaluación objetiva de la evolución del paciente. Esta sistematización de cuidados está alineada con las buenas prácticas en salud mental infantojuvenil, donde el rol de enfermería es clave para el acompañamiento terapéutico.

A pesar de la complejidad del cuadro inicial, marcado por síntomas psicóticos graves, antecedentes de consumo de sustancias y una red familiar limitada, la evolución del paciente fue favorable. La combinación de intervenciones farmacológicas ajustadas, la contención emocional, la participación familiar supervisada y el seguimiento estructurado permitió alcanzar los objetivos terapéuticos propuestos, especialmente, en cuanto a funcionalidad, vinculación social y reducción de riesgo.

En comparación con otros casos descritos en la literatura, como el de Gürbüz *et al.*⁸, donde se documentó un síndrome de Capgras en un niño con trastorno obsesivo-compulsivo, o el de Herrera y Llor⁴, en un adolescente con esquizofrenia de inicio precoz, se observa que los factores contextuales como el consumo de cannabis, la migración reciente y la disfunción familiar son elementos frecuentes que agravan la expresión clínica del delirio de Capgras en población joven. Al igual que en estos casos, en

nuestro paciente, se evidenció una ideación delirante centrada en figuras familiares cercanas, con un fuerte componente de desconfianza y ruptura vincular.

Este caso refuerza la necesidad de contemplar síndromes delirantes atípicos, como el de Capgras, dentro del espectro psicótico adolescente, especialmente, en contextos de migración, trauma o consumo de sustancias. La experiencia clínica y la literatura coinciden en que su abordaje requiere una mirada interdisciplinaria, culturalmente sensible y centrada en el paciente. En este sentido, el papel de enfermería como figura de referencia, observadora y facilitadora de un entorno seguro y estructurado, se vuelve especialmente relevante.

BIBLIOGRAFÍA

1. Capgras J, Reboul-Lachaux J. L'illusion des «sosies» dans un délire systématisé chronique. Bull Soc Clin Med Ment. 1923;11:6-16.
2. González-Álvarez M, Pérez-Mata C. Tratamiento farmacológico del síndrome de Capgras: revisión narrativa. Rev Neurol. 2022;75(3):141-7.
3. Lima J, Almeida J, Fonseca-Pedrero E. Psicosis inducida por cannabis: revisión clínica y neurobiológica. Adicciones. 2021;33(3):237-47.
4. Herrera Giménez M, Llor Moreno C. Síndrome de Capgras: a propósito de un caso. Norte Salud Ment. 2019;16(60): 63-6.
5. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2024-2026. 13.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2024.
6. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 7.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2022.
7. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 8.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2023.
8. Gürbüz B, Kayılıoğlu H, Sevinçok L. Capgras syndrome in a child with obsessive compulsive disorder: a case report. Turk J Child Adolesc Ment Health. 2023;30(1):89-92.