

EL SINDROME DE CAPGRAS: Revisión General a propósito de tres casos clínicos

Hugo CHAVEZ*, Dante WARTHON** y María Elena DEMARINI***

PALABRAS CLAVE : Síndrome de Capgras-Psicopatología
KEY WORDS : Capgras Syndrome- Psychopathology

A propósito de tres casos, se revisa el Síndrome de Capgras de acuerdo con la literatura actual sobre el mismo y las características clínicas de los casos presentados. Se hace una breve discusión sobre las peculiaridades clínicas del cuadro así como sobre algunos aspectos psicopatológicos y etiopatológicos de este "síndrome delusional de suplantamiento de identidad"

CAPGRA'S SYNDROME: A general review upon three cases

Upon three clinical cases, Capgras' Syndrome is reviewed according to the up-to-date literature on the subject and the clinical characteristics of the case-histories presented. A brief discussion is made as to clinical traits as well as to some psychopathologic and etiopathogenic aspects of this «delusional misidentification syndrome».

- * Jefe del Departamento de Docencia. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi"
- ** Jefe del Departamento de Adultos y Geriátrica. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi"
- *** Residente de Psiquiatria. Universidad Peruana Cayetano Heredia

INTRODUCCION

Dentro de la patología psiquiátrica de tipo psicótico y, en particular, de los así llamados síndromes exóticos o atípicos, se encuentra el síndrome delusional de suplantamiento de identidad («delusional misidentification syndrome») descrito por Jean Marie Joseph Capgras (Capgras J. Reboul-Lachaux J., 1923) y que se ha constituido en su epónimo: el síndrome de Capgras. Dicho síndrome encuentra algunos precursores tales como Valentin Magnan en 1893 y Robert Bessiere en 1913. Se le ha llamado también «delusión de los dobles» e «ilusión de Sosias» pues la primera alusión a este problema de identidad se encuentra en la obra de Plautus «Anfitrión» en el cual Mercurio asume la apariencia de Sosias, el sirviente de Anfitrión, el que a su vez es suplantado por Zeus para seducir a Alcmena (Berson, 1983; Lehmann H., 1980). Desde entonces han aparecido una serie de publicaciones informando sobre casos clínicos del síndrome en mención (Berson, *ibid*). En vista de que en nuestro medio no se han descrito casos del mismo, los autores han creído conveniente publicar tres casos clínicos y efectuar una revisión del síndrome en algunos de sus aspectos clínicos. Lo fundamental de este trastorno delusional es el reemplazo de personas significativas para el paciente, y aún de objetos, lugares y animales, por dobles idénticos que asumen sus correspondientes roles en su vida. También esta creencia puede referirse a la propia persona en idénticas condiciones de suplantación. No existe compromiso de conciencia. Frecuentemente la desaparición de las verdaderas personas se explica mediante el secuestro, el asesinato o el encarcelamiento y a los impostores se les adjudica intenciones hostiles o sexuales persecutorias para con el paciente (Singer et al, 1987).

CASOS CLINICOS

1. MARCELINO:

Es un varón de 27 años, soltero, natural de Lima, procedente de San Juan de Lurigancho, católico, con secundaria completa, trabaja como vendedor de una tienda de la familia, vive con su madre y hermanos. Acudió, porque según la madre, hace 5 años empieza a cambiar, tornándose irritable, contestón, más callado y temeroso, al punto de no querer salir a la calle ni para hacer compras objetando temor a la gente; se le notó también triste; no podía dormir, tenía pesadillas; se volvió caprichoso y empezó a desconfiar de la gente advirtiendo que eran "malos". En Diciembre del 85, estando en la calle, se pierde y al acercarse a un guardia para pedir ayuda, éste lo detiene 24 horas por indocumentado; después de esto, quería fugarse de casa, peleaba con su madre, decía oír «voces», no dormía, no quería hablar, sólo hacía señas. En la evaluación realizada en esa ocasión refirió no saber nada de su verdadera familia y que, aquellos con quienes vivía eran unos impostores; de esto se dio cuenta cuando vio a su verdadero hermano pasar en una tanqueta, hicieron que ésta hiciera ruido a propósito para que él se fijara en la presencia de su hermano.

Hasta entonces él no había sospechado nada. Posteriormente se percató que su madre y hermana también habían sido sustituidas por «dobles», porque si bien son muy parecidas, actúan igual que ellas y saben toda su vida, sus voces son diferentes.

Pensaba que esto tenía que ser algo científico pensado por la policía, que ésta tenía a su familia secuestrada probablemente porque su hermano les ha faltado el respeto. El ha logrado corroborar que su familia

está detenida en algún lugar porque su madre y hermana se han comunicado mentalmente con él en algunas oportunidades; lo que no sabe es por qué han querido que se entere, hubiera sido, dice, tan fácil que él no se diera cuenta de nada. Ampliando la información agrega que un mes antes de la suplantación le empezaron a leer el pensamiento y así lograron averiguar toda su vida aunque en algún momento (posteriormente) sospechó que su verdadera madre podría estar involucrada en este complot, que ella lo había entregado a esta señora dándole información acerca de él. Asimismo, asevera que la casa está bajo vigilancia electrónica y que tal vez a él lo han estado vigilando desde chico. También ha notado que desde hace dos años algunos objetos de su casa desaparecían y volvían a aparecer; p.e. le cambiaron una galonera por otra idéntica que no era suya, se presentaban a su tienda hombres con cicatrices de plástico en el cuello que se las enseñaban a propósito y que probablemente eran policías. Desde esa fecha también le controlan el cuerpo, le provocan vibraciones en la mente, el brazo, a veces llega a sentir que se le hinchan las sienes y últimamente hacen que su brazo izquierdo salte y lo obligan a sonreír hasta que le duela la cara. También lo despiertan en la noche, lo llaman y escuchan pasos sin que haya nadie. Tal vez lo controlan para sacarlo de casa y obligarlo a hacer lo que hizo su padre (suicidarse). Actualmente se siente angustiado y preocupado por su familia, no sabe cómo están ni qué necesitan.

En su historia personal encontramos que al nacer, tuvieron que utilizar fórceps luego de cuatro días de trabajo de parto; a los cuatro meses de nacido se cae del camarote perdiendo el conocimiento y, aparentemente, en esa circunstancia convulsionó. A los cuatro años de edad,

viajando en un ómnibus con su tío, sufre un accidente automovilístico sin mayores consecuencias físicas pero fue hospitalizado durante dos días durante los cuales tuvo sentimientos de soledad y abandono que recuerda vívidamente.

Durante su adultez, antes de enfermarse, era tranquilo, reservado de pocos amigos, tímido, rígido, impaciente, serio. No ha tenido experiencias sexuales. Sufrió de tuberculosis pulmonar hace cinco años.

Su padre alcohólico, maltrataba a la madre. Se suicidó con un disparo en la sien días después que su esposa se separara de él cuando Marcelino tenía 10 años. Fue el único de los cuatro hijos que decidió vivir con su padre; éste le verbalizó sus intenciones de matarse.

La madre es trabajadora, «siempre le dio lo que necesitaba», la culpaba de la muerte de su padre; una de sus hermanas recibe tratamiento por cuadro psicótico no especificado y una prima hermana padece de esquizofrenia paranoide.

2. ROCIO:

Tiene 38 años, casada, nació en el Callao, es católica, con estudios superiores, profesora de Educación Inicial. Cuando la atendimos refirió dificultades desde 1975, año en que se casó. Progresivamente se torna exageradamente celosa, al punto de seguir y hacer vigilar a su esposo con familiares, acusándolo de infidelidad sin motivo aparente. En 1980 empezó a creer que la gente pretendía causarle daño y a verbalizar que su esposo no era tal, que cuando salía a trabajar era suplantado por dos señores quienes decían ser su esposo, uno de los cuales le daba a entender que ella era una prostituta; creía que ambos le querían hacer daño y que también la perseguían; veía gente caminando por el techo. Debido a esto comenzó a rechazar a su esposo en todo mo-

mento retrayéndose progresivamente y perdiendo el interés por las cosas. En 1983, durante su último embarazo, empeora, se ríe inmotivadamente, la ven hablando sola, descuida su aliño, quedándose a veces sentada sin hablar. Después del parto, se torna agresiva, irritable, decía escuchar voces y se negaba a comer carne por pensar que era de origen humano. Seis meses atrás su conducta se tornó más desorganizada, creía que «dentro del colchón había ratas», que había botones de Entel Perú en la pared de su casa por donde podían llamar por teléfono, desconocía a sus hijos y continuaba afirmando que su esposo no era tal sino un señor que se le parecía. Decía darse cuenta de que el que entraba a su casa no era su esposo, «porque éste era más fino, la trataba mejor, no era tacaño y sus manos eran más chicas». Los impostores eran dos, «probablemente hijos de su esposo porque eran idénticos». Pensaba que su esposo tenía otra mujer en la calle y, para no quedar mal, mandaba a sus hijos por las noches». No se explicaba como podían haber tres personas iguales.

Entre los antecedentes personales, cabe mencionar que desde los 15 años al escuchar ruidos por la noche gritaba de miedo; a los 17 años tenía crisis de llanto en el colegio, sin motivo aparente. Se casó a los 26 años. En la última entrevista refirió también que estaban planeando suplantarse a sus padres y que en algunos momentos sentía que ella misma no era la que había sido hospitalizada anteriormente, que tal vez se proponían suplantarse a ella también.

3. ANDRES:

24 años (al 14.05.80), soltero, nacido y residente en Lima, con secundaria incompleta. Es referido por el médico de la familia por parestesia parietal bilateral moderada, episódica,

de dos a tres veces por mes; dolores corporales varios, irritabilidad, impulsos irresistibles destructivos, monólogos y risas inusitadas, retraimiento, gastos dispendiosos, libaciones frecuentes, gestos agresivos con la madre, hiperestesia a los ruidos, sueño intranquilo y una sensación de «zumbido» en el corazón. Desde hace dos meses piensa que su menor hermana, Lucy no es su verdadera hermana sino una impostora muy parecida a ella físicamente pero algo distinta en el carácter; ésta es más seria y estudiosa que aquella quien se encuentra «secuestrada en Trujillo» y escucha su voz llamándolo, quejándose de torturas y pidiéndoles auxilio. Les ha manifestado esto a sus familiares e incluso ha hecho denuncias a la policía, «pero no le han hecho caso». El la trata con hostilidad y ella se ha distanciado de él; «él la nota desobediente, no lo respeta, no le hace caso». Por otro lado, más o menos simultáneamente, ha notado que su madre no es tal sino una señora que se ha disfrazado de ella a quien él nombra «la Sra. Mosquera» y está enojado con ella porque no le cree lo de su hermana Andrés es un paciente sintónico y con algunos rasgos compulsivos; picnoide, displásico hipoplásico; tuvo retardo motor y del lenguaje así como enuresis y encopresis prolongada; tuvo hepatitis a los ocho años; actualmente acné y presenta una macrogeni-tosomía. Algo bradipsíquico, cierta viscosidad y prolijidad, juicio débil, afecto aplinado, ausencia de conciencia de enfermedad y de autocrítica con respecto a su pensamiento delusional; colaborador pasivo. El padre es diabético; madre severa con él «hasta que comprendió el problema»; hermanos y colaterales sanos y de buen carácter. Luego de un tratamiento eficaz, aunque el mismo lo abandonó, reinicia el cuadro ocho meses después con las mismas manifesta-

ciones clínicas habiendo aumentado la hostilidad contra las «impostoras», rechaza las medicinas y acusa a alguien de haber matado a las «auténticas» y que le están haciendo daño a él. Escucha la voz de su hermana que le dice que está encinta y que le están malogrando su cuerpo. Poco después se observa una mayor estructuración de las delusiones: «Lucila, la impostora es Andrea de la Sota; su padre ya no le parece el mismo porque lo ve un poco raro; Carla es hija de la Sra. Mosquera. No sabe porqué Andrea y la Sra. Mosquera han suplantado a su hermana y madre (respectivamente)». El padre lo nota muy fantaseoso por entonces, en enero del 85; «su madre es ahora la Sra. Vizquerra, una secretaria, su verdadera madre está en Sullana (Piura); cada año se va disfrazando como si fuera su madre. Análogamente, hace siete meses que se ha dado cuenta que el señor que dice ser su papá, no es su papá; al igual que su hermano Pedro y su otra hermana Lili; el supuesto impostor de su padre es el Sr. Velic, padre o tío de la secretaria que hace los recibos en la caja; su hermano Pedro es, en realidad, el conuñado de la Sra. Irma, su secretaria. En cualquier momento teme que también le llegue a él, («teme ser suplantado por otro») y lo puedan mandar a otra parte». El resto de personas sí son ellos mismos; sus amigos y sus vecinos sí son los mismos; las delusiones acerca de la madre y la hermana se mantienen sin cambio. Una TAC revela atrofia cortical bilateral y una radiografía de craneo mantiene una duda sobre un quiste mastoideo. El examen neurológico pone de manifiesto dificultades en la dicción, conducta óculo-motriz anormal; hay reflejos de prehensión forzada, más evidente en la mano derecha; vicio de refracción y disminución de la agudeza visual; no hay otros signos focales.

DISCUSION

Capgras y Reboul-Lachaux en 1923 publicaron el caso de una paciente que presentaba lo que ellos dieron en llamar «l'illusion des sosies» (BERSON, 1983) y que hoy se conoce como el «Síndrome de Capgras» que tiene como sintoma fundamental el trastorno delusional en el que las personas significativas para el sujeto, tales como la madre y demás familiares nucleares del sujeto (casos 1 y 3) o el esposo (caso 2), las cosas (caso 1), lugares y aún animales han sido reemplazados por dobles idénticos y en algunos casos como el del caso príncipe de Capgras y Reboul-Lachaux, también ellos mismos lo han sido (insinuado en nuestros casos 2 y 3). Este trastorno delusional de identidad, como se le ha llamado, se da con conciencia lúcida. Frecuentemente, la desaparición de la persona verdadera se explica mediante el secuestro (casos 1 y 3), el asesinato (caso 3 en otro momento evolutivo) o el encarcelamiento y se le adjudican al impostor intenciones hostiles o sexuales persecutorias con relación al paciente (Singer, 1987). Inicialmente se pensó que este raro síndrome se presentaba solo en mujeres (sólo el caso 2 entre los nuestros) porque los primeros casos informados lo fueron entre ellas, al punto que algunos afirmaban que este síndrome no se presentaba en los varones y que sus mecanismos psicodinámicos involucraban peculiarmente a las mujeres (Coleman, 1934). Sin embargo, desde 1941 se han informado casos de varones sin tales mecanismos psicodinámicos y en una revisión reciente de 133 casos (la más extensa que conocemos) se encuentra que la incidencia de este síndrome es igual en ambos sexos, en un amplio rango de edades y en una variedad de estados patológicos (Berson, *ibid*). Se menciona a la esquizofrenia,

señaladamente la forma paranoide (casos 1 y 2) hasta en un 60% y trastornos orgánico-cerebrales (sugestivamente nuestro caso 3) en un 23%. Y, en lo que a la clínica del trastorno concierne, se concluyó que independientemente del diagnóstico domina siempre el componente paranoide (Christodoulou, 1977). Otro hecho significativo es que las personas transformadas en dobles son aquellas a quienes el paciente está ligado con lazos afectivos intensos, como ya se ha dicho. Pero, la diferencia con el ser auténtico se establece por pequeñas diferencias de orden físico (caso 1: «las voces de su madre y hermanos eran algo distintas»; caso 2: «las manos de su esposo auténtico eran más chicas») o personal (caso 2: «su esposo era más fino en el trato»; caso 3: «su hermana era menos seria y estudiosa» y «la impostora es más desobediente, irrespetuosa y desdeñosa»). Cuando el impostor no es miembro de la familia puede involucrar a personas que cuidan del paciente tales como médicos, enfermeras y personal del centro asistencial. En los casos en los que el paciente es suplantado por un doble de sí mismo puede darse también que el sujeto se crea el mismo su propio impostor. Menos frecuentemente se presenta la multiplicidad de dobles así como la extensión de los dobles a cosas (aisladamente en nuestro caso 1), animales y aún lugares (Chawla et al, 1987; Kiriakos et al, 1980; Thompson et al, 1980). Con respecto a esto último, cabe mencionar el caso en el que existía una persistente delusión de que la ciudad en la que vivía el paciente no era tal sino una duplicación de la misma y que, más aún, existían ocho «ciudades idénticas impostoras» estando duplicados en ellas todos los miembros de su familia engañados por un impostor de él que lo reemplazaba en cada una de ellas durante su ausencia

(Thompson, *ibid*).

DISQUISICIONES CLINICAS, PSICOPATOLOGICAS Y ETIOPATOGENICAS

a) CLINICAS

Existen tres variantes del síndrome que es necesario diferenciar:

1) El síndrome de Capgras propiamente dicho al que ya nos hemos referido.

2) El síndrome de la intermetamorfosis, en el que el paciente cree que una persona familiar a él ha sufrido metamorfosis o se ha transformado en otra que luce idéntica a ella física o psíquicamente. Los pocos casos presentados han sido asociados a probable trastorno epiléptico (Bick, 1984; Joseph, 1987).

3) El síndrome de Fregoli, en el que el paciente identifica a una persona familiar (generalmente perseguidor) en cualquier otra persona extraña con el conocimiento de que esta última no comparte con la primera ninguna semejanza física (hiperidentificación).

El paciente identifica al perseguidor sucesivamente en varias personas: el perseguidor cambia de rostro alternativamente, como lo hacía el célebre autor italiano Fregoli, epónimo del síndrome (Arietis y Bemporad, 1974; Bick, *ibid*).

b) PSICOPATOLOGICAS

La delusión de identidad se diferencia de la alucinación y de la ilusión y de cualquier otro fenómeno pseudoperceptivo en que no es un trastorno de la percepción sino del juicio: la persona percibida es reconocida como tal pero concebida como otra, un doble, que aunque con sutiles diferencias, cuando las hay, no anula su identidad sino que la duplica. Tampoco es un problema de

memoria puesto que los pacientes recuerdan perfectamente la identidad del suplantado a la que se superpone el doble sin desorientarse con respecto al tiempo, lugar ni en su relación con los demás en el contexto de una conciencia plenamente lúcida. Algunos autores creen que se trataría de falsos reconocimientos lo que implica una confusión, aunque selectiva, en la identidad de las personas implicadas; pero, no es así, pues hay un no tomar a una persona (el doble) por otra (el auténtico) sino que se trataría de un genuino **falso desconocimiento** en el más estricto sentido delusional en ausencia de todo compromiso de conciencia: «luces como él, pero no eres él sino su doble». Por otro lado, en la vertiente orgánica, la condición que más podría confundirse con el síndrome de Capgras es la aprosopognosia o incapacidad para reconocer rostros familiares, trastorno presente en lesiones que comprometen los lóbulos parietal, temporal y occipital no dominantes; sin embargo, en este trastorno, el paciente falla totalmente en reconocer un rostro ya conocido anteriormente; pero, cuando detalles como la voz, lo llevan a reconocer a esa persona, lo hace sin dudas, temores paranoides o alegatos de duplicidad no pudiendo descartarse la confabulación tan propia de estos enfermos orgánico-cerebrales (Lishman, 1980; Pelletier et al, 1985; Thompson et al, 1980). Del mismo modo, en esta misma vertiente, hay que distinguir el síndrome de Capgras del fenómeno de autoscopia («Doppelgänger Phenomenon») en el que hay la experiencia del doble de sí mismo el cual se puede presentar en una amplia variedad de condiciones frecuentemente de origen orgánico tales como la patología cerebral difusa y, episódicamente, en la epilepsia o la migraña (Lishman, *ibid*). El fenómeno autoscópico -creemos- merece

un mayor comentario. Algunos autores limitan la autoscopia a una mera alucinación visual de uno mismo (Arieti y Bemporad, 1974; Lukianowicz, 1958); otros, lo describen como un complejo fenómeno perceptual psicosensoorial, siempre alucinatorio, en el que uno proyecta su propia imagen corporal al espacio visual externo percibiéndose en cualquiera de todas las formas imaginables. Lukianowicz añade que puede involucrar otras experiencias perceptivas no visuales (auditivas, cenestésicas, etc.) distinguiendo dos formas: una sintomática (orgánica) y otra idiopática (con base psicodinámica), (Lishman, *ibid*). La forma de autoscopia que se asemejaría más al síndrome de Capgras sería la «autoscopia delusional» en la que el paciente «sabe» de la existencia de su doble, mas no lo ve (Berson, *ibid*). Finalmente, Christodoulou (*op.cit.*) sugiere que lo que él llama «síndrome de doble subjetivo» podría ser una elaboración delusional secundaria a experiencias autoscópicas.

c) ETIOPATOGENICAS

La etiología del síndrome ha sido muy discutida; unos afirman que es sólo funcional (Enoch et al, 1967), mientras que otros lo atribuyen a causas orgánicas (Berson, 1983; Joseph, 1987; Kiriakos et al, 1980; Kumar, 1987; Pallatior et al, 1985); en fin, unos terceros afirman que puede presentarse tanto en condiciones funcionales cuanto orgánicas. Capgras no encontró un patrón definido en cada caso que diferían en entidad nosológica como en explicaciones dinámicas; pero, llevado por el hecho de hasta entonces su presentación exclusivamente en el sexo femenino postuló una hipótesis causal edípica. Posteriormente, se plantearon varias hipótesis dinámicas que pueden agruparse en tres temas bá-

sicos: sentimientos de extrañeza, problemas de ambivalencia y escisión patológica de las representaciones objetales internalizadas. Pasaremos revista brevemente a cada una de ellas. Así, en cuanto a sentimientos de extrañeza, también fueron referidos por el propio Capgras en algunas de sus pacientes y luego por otros autores (Arieti et al, 1974; Berson, 1983). Esta hipótesis sugiere que el paciente, al advertir cambios sustanciales en su habitual afectividad hacia personas significativas para él, no los toleraría, defendiéndose de los mismos al atribuirlos a un «impostor». Esta alteración puede ser genuina en el otro o en el paciente: «Yo nunca me he sentido así con él, no puede ser él, debe ser un 'doble'». La pregunta aún incontestada que plantea esta hipótesis es que si bien el sentimiento de extrañeza no es raro, por qué la delusión de identidad, si lo es. En lo que se refiere a los problemas de ambivalencia, como evidente resolución psicótica, han sido propuestos por varios autores (Arieti, op.cit.; Chawla et al, 1987; O'Railly, 1987) y estarían en juego tres factores: regresión psicótica a pensamientos primitivos, incluyendo la creencia en el dualismo; estado paranoide y ambivalencia marcada. Dos imágenes opuestas de la misma persona estarían presentes y esta ambivalencia sería la condición psicopatológica básica y la delusión le permitiría a la paciente expresarse con hostilidad sin sentirse culpable por ello ante la persona afectivamente vinculada. El por qué la «solución» es la delusión de los dobles y no otra, aún no está resuelto. Por último, en esta corriente doctrinaria, la escisión patológica de las representaciones objetales internalizadas, es una de las hipótesis que mayor luz daría al Síndrome de Capgras y por la que se podría, asimismo, explicar las hipótesis de ambivalencia (Arieti et al, 1974;

Berson, 1983; Lehmann, 1980; O'Reilly, 1987). En este síndrome se presentaría una modalidad dramática y extrema de lo que Melanie KLEIN propuso como solución infantil a la ambivalencia, la escisión o «splitting» de los padres en imágenes buenas o malas. Este fenómeno de la escisión fue enunciado por Freud y luego bastante estudiado por Kernberg y Lichtenberg. Normalmente, durante el desarrollo se diferencian las representaciones del yo por objetos y se integran en «lo bueno» y «lo malo». En la escisión patológica no sucedería esto permaneciendo disociadas las representaciones como mecanismo de defensa evitando así la ansiedad y el temor a la destrucción: «el malo no puede ser asimismo bueno». En el síndrome de Capgras las representaciones objetales internalizadas se dividirían en una «buena», conocida y consciente, y una «mala» desconocida e inconsciente que emergería ante eventos interpersonales afectivos estresantes. Así, el paciente se sentiría aliviado al poder odiar a un extraño, «malo» más no al «bueno». En fin, Cargnello y Dula Biffa en 1955 publicaron un análisis existencial del fenómeno de identidad describiendo que la experiencia delusional del paciente involucraban a tres personas: el paciente; el otro, la persona que es bien conocida por el paciente y el «alius» (el doble o impostor) concluyendo que, en realidad, es el «alius» quien es vivido intensamente en la «Erlebnis» del paciente y, aunque más identificado es el más cercano al ego del paciente (Arieti et al, 1974).

De esta manera, hemos querido revisar desde un punto de vista muy general el Síndrome de Capgras, psicosis exótica que aún plantea muchas interrogantes y que, por tanto, deja aún el camino abierto a la investigación científica a más de medio siglo de existencia como entidad clínica.

REFERENCIAS

1. ARIETI S & Bemporad Jr. (1974): «Rare; unclassifiable and collective psychiatric syndromes» en *American Handbook of Psychiatry*, vol 3. S. Arieti, edit. Basic Books. New York.
2. BERSON R J. (1983): «Capgras's Syndrome». *Am J Psychiatry*: 140:969-978.
3. BICK P A. (1984): «The syndrome of Intermetamorphosis». *Am J Psychiatry*: 141: 588-589.
4. CAPGRAS J., REBOUL-LACHAUX J. (1923): «L'illusion des sosies dans un delire systematisé chronique». *Bulletin de la Societé Clinique de Medicine Mentale*. 2: 6-16.
5. COLEMAN S. (1933): «Misidentification and Newrecognition». *J Ment Sci*. 79: 42-51.
6. COLEMAN S. (1934): «The phantom double: Its Psychological significance». *Br J Med Psychol*. 14: 254-273.
7. CHAWLA S. & BUCHAN T. (1987): «Capgras' Syndrome: A case report from Zimbabwe». *Br J Psychiatry*. 152: 254-256.
8. CHRISTODOULOU G N. (1977): «The syndrome of Capgras». *Br J Psychiatry*. 130: 556-564.
9. ENOCH M. (1963): «The Capgras's Syndrome». *Acta Psyquiatric Scan*, 39: 437-462.
10. JASPERS K. (1963): *General Psychopathology*. University Chicago Press, Chicago.
11. JOSEPH A B. (1987): «Delusional misidentification of the Capgras and Intermetamorphosis types responding to clorazepate». *Acta Psychiatric Scan* 75: 330-332.
12. KIRIAKOS R., AMANTH J. (1980): «Review of 13 cases of Capgras' Syndrome». *Am J Psychiatry*. 137: 1605-1607.
13. KUMARV. (1987): «Capgras' Syndrome in a Patient with Dementia». *Br J Psychiatry*. 150: 251.
14. LEHMANN H. (1980): «Unusual psychiatric disorders, atypical psychoses, and brief reactive psychoses», en *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 3r ed., vol 2. Editado por Kaplan H., Freedman A., Sadock B. Williams y Wilkins, Baltimore.
15. LISHMAN W. (1980). *Organic Psychiatry: The psychological consequences of cerebral disorder*. Blackwell Scientific Publications, London.
16. O'REILLY R. (1987): «Capgras' Syndrome» - An Unusual case and discussion of Psychodynamics Factors». *Br J Psychiatry*. 151: 263-265.
17. PELLETIER Jr., BARTOLUCCI G., WALLACE J. (1985): «Capgras' Syndrome - The Many Avenues to Delusional Misinterpretation». *Can J Psychiatry*. 30: 225-227.
18. SINGER SF. ISBISTER SR (1987): «Capgras' Syndrome, de Clèrambault's Syndrome, and 'Folie a deux'» *Br J Psychiatry*. 151: 402-404.
19. THOMPSON M I. KENNETH R S., Hover G L. (1980): «Misidentification of a city: Delimiting Criteria for Capgras' Syndrome.» *Am J Psychiatry*. 137: 1270-1271.

Dirección Postal:
 Scipión Llona 180
 Lima 18