

# Síndromes de falsa identificación delirante. Síndrome de Capgras. Presentación de un caso

Jorge Eduardo Montesinos Balboa<sup>1</sup>, José Jaime Salas Sánchez<sup>2</sup>, Maria de Lourdes Sánchez Fuentes<sup>3</sup>, Maria de Lourdes Hernández Huerta<sup>3</sup>

*Alcmeon*, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, Año XVII, Vol. 15, N° 1, septiembre de 2008, págs. 24 a 32.

## Resumen

Se presenta el caso de una mujer de Tapachula Chiapas, que cursa la cuarta década de la vida y presenta alteraciones psiquiátricas de varios años de evolución. Desde hace dos años a su sintomatología se agrega el hecho de desconocer a sus familiares más cercanos y estar convencida de que fueron sustituidos por “dobles” que quieren hacerle daño. También asegura que ella ha sufrido transformaciones físicas importantes. Utilizando este caso como ejemplo, revisamos los síndromes de falsa identificación, enfatizando el análisis del Síndrome de Capgras descrito desde 1923, considerado por algunos como entidad sin mayor relevancia nosológica, pero cuya frecuencia reportada se ha incrementado.

## Palabras clave

Falsa identificación delirante síndromes, Capgras.

## Summary

It is presented a woman's case from Tapachula, Chiapas who is in the fourth decade of life, and has presented psychiatric disorders for several years. During the last two years she has thought her closer relatives have been substituted by “doubles” that want to harm her. She also assures having suffered important physical transformations. Using this case like an example we are reviewing the misidentification syndromes, emphasizing the analysis of the Capgras Syndrome, which was described in 1923 and it is considered by some authors like an entity without main nosological relevancy, but whose reported frequency has gotten increased.

## Key words

Misidentification delusion syndromes, Capgras

## Caso clínico

Mujer de 38 años, hija única; es madre soltera, con escolaridad media superior, de religión católica, pensionada por invalidez, actualmente sin ocupación, originaria y

1 Medico no familiar psiquiatra. HGZ No 1. IMSS Tapachula de C y O Chiapas México. TEL: 962-62-6-14-80 montesinos\_eduardo@hotmail.com

2 Residente de tercer año de Medicina Familiar. UMF 11, Tapachula de C y O Chiapas México.

3 Psicóloga clínica. HGZ No 1 IMSS Tapachula de C y O Chiapas México.

residente de la Ciudad de Tapachula, Chiapas en México.

Fue producto de primera gestación normo evolutiva a término, obtenida por operación cesárea debido a parto prolongado, presentando hipoxia neonatal de tiempo no especificado y caput. Sostuvo la cabeza al año, se sentó a los 18 meses, habló a los 2 años. A los dos años de edad sufrió TCE frontal, cayendo de una altura aproximada de 2 metros, presentando pérdida de alerta aproximadamente 30 minutos, no se mencionan otras complicaciones. Bebe ocasionalmente en baja cantidad, tabaquismo negativo. En 1990 estableció una relación aparentemente estable durante la cual se embarazó dicha gestación no fue planeada y por operación cesárea tuvo una niña aparentemente sana. Se separó de su pareja poco después.

Ha sido tratada por el departamento de ginecología debido a cervicovaginitis crónica y EPI.

La familia la conforman su mamá, mujer de 73 años empleada de mostrador y una hija adolescente estudiante de preparatoria.

Inicia su padecimiento a los 12 años con cuadros de agresividad llegando inclusive a lastimar físicamente a su madre. Durante la adolescencia presenta trastornos de conducta, impulsividad y poca tolerancia a la frustración requiriendo manejo a base de neurolépticos, con mejorías y recaídas relacionadas con poca adherencia a tratamiento, en ocasiones se rehúsa a tomar los medicamentos sin mayor explicación y otras veces argumenta efectos colaterales. Debido a su sicopatología la madre ha tenido que abandonar su casa y llevarse a la hija de la paciente por periodos de días hasta de meses. Ha sido recluida por la policía, durante horas debido a su agresividad física y verbal contra su madre e incluso contra su

hija. Por su problemática psiquiátrica ha sido hospitalizada en los estados de Puebla, Oaxaca y DF. La paciente tiene problemas constantes en el vecindario por sus conductas.

Se le ha hospitalizado en varias ocasiones, teniendo que solicitar el servicio de ambulancia para acudir por ella. Se ha enviado a 3<sup>er</sup> nivel de atención en hospital psiquiátrico para su internamiento.

En el 2005 presentó cuadro de insomnio, agresividad, con ideas delirantes, desconocía a sus familiares, la madre se quejó de que en una ocasión la amenazó con un cuchillo colocando este en su cabeza y ella tuvo que gritarle “¿que te pasa?, ¡soy yo soy tu mamá!”, para que soltara el cuchillo y se fuera.

La paciente refirió “es que en mi casa entran muchas niñas y mujeres que son como dobles de mi mamá y mi hija, eso me da mucho miedo” SIC paciente, también refirió que en una casa vecina quemaron vivas a unas niñas y no quiere regresar, que su mamá no lo es y su hija tampoco, que sus familiares reales son españolas luego cambia y dice que “son de Bosnia” y que su estancia en esta ciudad “me cambió el color de los ojos y de la piel” SIC paciente, por momentos se muestra incoherente.

En hospitalizaciones posteriores ha manifestado que hay aproximadamente 30 jóvenes que dicen ser su hija “son varias hijas (menciona el nombre de su hija en plural)” SIC, al mencionar a su mamá refiere que son aun más, “doña (dice el nombre de su mamá) son como 200” SIC paciente.

En julio del 2007 ingresó después de varios días de rechazar alimentos incluso líquidos, lo que provocó deshidratación y DHE, llegando a presentar IRA, lo que obligó a su internamiento en el HGZ 1, se le trató dicho estado y la presencia de gastroduodenitis, persisten las ideas de transformación de si

misma y niega que sus familiares lo sean, egresó por mejoría de su problema orgánico. Actualmente hay control parcial de su padecimiento mental, presenta adherencia a tratamiento.

### **Estudios de apoyo**

25/09/87 EEG Actividad de base alfa regular pobremente integrada de bajo voltaje rápida de 9 a 11 ciclos por segundo que predomina sobre las regiones parietales y posteriores de ambos hemisferios y que alterna frecuentemente con abundante contenido de actividad lenta theta de igual o ligeramente mayor amplitud que la actividad de base de 6 a 7 ciclos por segundo que aparece en forma aislada y difusa o en trenes de varios segundos de duración que alternan en predominio de uno a otro hemisferio indistintamente. Ocasionalmente aparecen pequeños brotes de elementos agudos de 75 a 100 mV. de amplitud sobre ambas regiones anteriores en forma sincrónica o asincrónica.

### **Estudios de Laboratorio**

30/03/90 BH, QS, EGO normal. Grupo sanguíneo "O" y Rh positivo. VDRL y ELISA negativos.

### **Reportes psicológicos**

Reporte del: 18/08/93. Se aplicaron: Test Gestáltico Visomotor de Laureta Bender con técnica proyectiva-psicoanalítica. Test proyectivo de personalidad de Karen Machover (Figura humana). Test proyectivo de personalidad HTP.

Impresión psicodiagnóstica; La paciente se caracteriza por ser tímida, rígida, introvertida, inmadura y dependiente emocionalmente. Presenta poco control de impulsos, es fantasiosa, indecisa, insegura de si misma y con tendencias al retraimiento y aislamiento

social. Con gran necesidad de afecto, aprobación, seguridad y aceptación social.

Maneja sentimientos de desamparo y de vacío interior, que se asocian con episodios depresivos.

Maneja mecanismos de supresión, represión, proyección y regresión en contra de sus tendencias a perder el equilibrio.

Presenta fijaciones en el pasado, con temor al futuro y presenta sentimientos de inadecuación y constricción.

Siente miedo al fracaso. Establece relaciones interpersonales superficiales por temor al rechazo y menosprecio así como también por su ineptitud en los aspectos más refinados que implican las relaciones sociales.

Se preocupa por sí misma, con gran necesidad de gratificación inmediata, no se siente capaz de enfrentar las exigencias de su ambiente.

Expresa sus impulsos hostiles abiertamente. Resaltan los rasgos obsesivos, de manía y sociopáticos.

Denota temor ante los estímulos emocionales y sexuales, por no poder manejarlos y controlarlos.

Presenta alucinaciones auditivas, su actitud es defensiva, agresiva y suspicaz. Le afecta la crítica de los demás. Se detectan indicadores de daño orgánico.

El equilibrio de su personalidad es precario debido a la frustración que le genera su incapacidad para satisfacer sus necesidades básicas importantes.

Con respecto a la figura materna se muestra con sentimientos ambivalentes, dependencia y alejamiento por aspectos autoritarios y castrantes. Tiene preocupación y problemas de tipo sexual.

La afectividad y la espontaneidad están bloqueadas. Le concede mayor autoridad social e intelectual a la figura femenina. Tiene

deseos de ocultamiento por sentirse desvalida, desprotegida y con poca resistencia a las situaciones frustrantes, amenazadoras.

Reporte de 20.01.07: Se valoró a la paciente con pruebas psicológicas de manera elemental, estas fueron Machover y HTP.

Encontrando francos indicadores de organicidad, con transparencias, sustitución y una ejecución primitiva, con pobre coordinación visomotriz.

Su C.I es limitado, con bajo nivel de comprensión, memoria disminuida tanto la reciente como la remota, juicio lógico disminuido. Su conducta es primitiva, con escaso control de impulsos. Sus relaciones interpersonales son superficiales por temor a la crítica y al rechazo.

Todo lo anterior orienta a un diagnóstico de Síndrome Orgánico Cerebral.

20/10/06 TAC estructuras de fosa posterior conservadas. Parénquima cerebral y cerebelar con densidad homogénea sin lesiones ocupativas, sistema ventricular conservado.

### **Diagnóstico**

Trastorno de ideas delirantes (esquizofreniforme) orgánico. (F06.2) de la CIE10. (Síndrome de Capgras . Falsa identificación delirante de si mismo.)

### **Revisión del tema**

La capacidad para reconocer las caras de los individuos y discriminar entre caras diferentes está presente desde el nacimiento y se desarrolla durante los primeros años de vida.

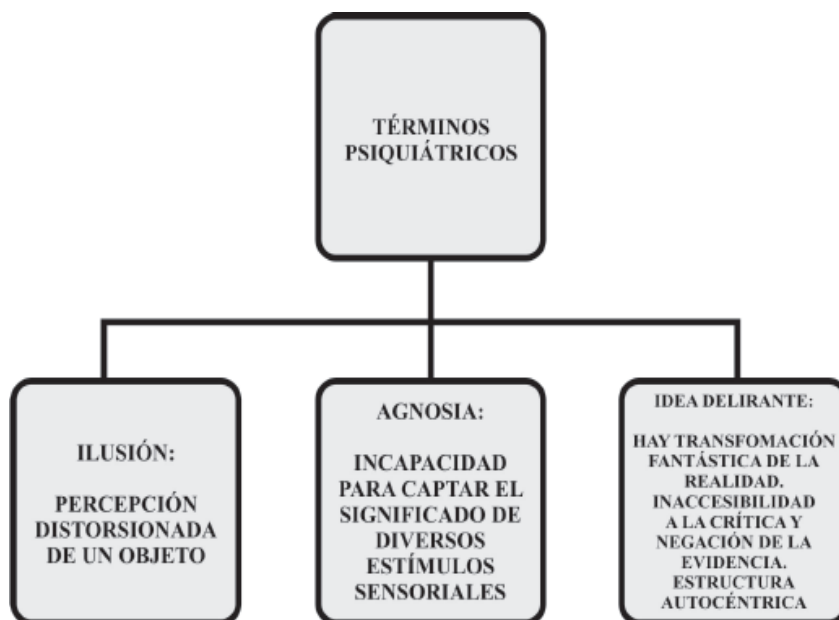
Sigmund Freud acuñó el término agnosia en 1891<sup>1</sup>, la cual es definida como “la incapacidad para captar el significado de diversos estímulos sensoriales”<sup>2</sup>.

Las anomalías en el reconocimiento de las caras, constituyen una serie de trastornos neurológicos claramente definidos. Se describe la prosopagnosia, palabra que deriva de la unión de los términos griegos prósopon que significa cara y gnosis término que significa conocimiento<sup>3</sup> y en la cual es difícil el reconocimiento de caras familiares, por lo general se presenta por lesiones bilaterales en regiones parietales oparieto-occipitales<sup>4</sup>. Este fenómeno puede confundirse con una ilusión, término que es descrito como “todas las percepciones, surgidas de percepciones reales por transformación”<sup>5</sup>, también puede describirse como “la percepción distorsionada de un objeto”.

La palabra delirio proviene del latín “delirare” y significa “salirse del surco, desvariar”<sup>6</sup> el delirio está conformado por ideas (llamadas delirantes) que tienen como elementos fundamentales: La transformación fantástica de la realidad. Inaccesibilidad a la crítica y negación de la evidencia, por lo que no responden ante la contradicción lógica. Estructura autocéntrica donde todos los temas delirantes se centran en el sujeto<sup>7</sup>.

La ideación delirante se define también, como aquella creencia falsa basada en una interpretación errónea de la realidad por parte del sujeto, que no concuerda con su nivel intelectual o cultural y se muestra irreductible al razonamiento lógico<sup>8</sup>.

Si se estudia al delirio en su estructura, se mencionan cinco modalidades de vivencia delirante: La percepción delirante. La interpretación delirante. El juicio delirante. La fantasía delirante y la cognición o inspiración delirante, en esta última la inspiración aparece como un saber repentino o incommovible de algo, como si fuese una revelación, con unas características intermedias entre lo que es una percepción y una ocurrencia<sup>9</sup>.

**Figura 1:** Nosología psiquiátrica. Psiconosología

Los síndromes de falsa identificación delirantes han sido considerados como una curiosidad hasta fechas recientes y no han sido incluidos en el DSM- IV ni en la CIE -10.

En los síndromes de falsa identificación, la percepción se registra adecuadamente (de no ser así sería una ilusión), pero de esta percepción se establece un juicio erróneo. Se trata de casos en que una idea delirante de falsa identificación, es el síntoma principal del trastorno y en los cuales la forma o estructura de la enfermedad es, en muchos aspectos similar a la del trastorno delirante.

Si un Síndrome de falsa identificación delirante se produce en el contexto de otra enfermedad psicótica como la esquizofrenia, no se le considera aparte sino como una característica de dicha enfermedad; en el libro de casos de la CIE 10 en el ejemplo “el marido sustituto” el diagnóstico que se establece es de “esquizofrenia paranoide continua” en el

que la mujer caso estaba convencida que su marido había sido sustituido por un doble, al diagnóstico de esquizofrenia agregan el de síndrome de Capgras, colocando este último entre paréntesis y aclarando que esta entidad clínica “es raro si no imposible verla como entidad aislada”<sup>10</sup>.

Existen cuatro variantes de síndrome de falsa identificación delirante<sup>11</sup>:

1. Síndrome de Capgras, en el cual el paciente percibe falsamente que alguien de su entorno, habitualmente un pariente cercano o un amigo, ha sido sustituido por un doble, pero este no es del todo exacto<sup>12</sup>.

2. El síndrome de Frégoli, en el cual el paciente cree que uno o más individuos han alterado su apariencia para asemejarse a personas familiares, habitualmente para perseguirlo o defraudarlo.

3. La intermetamorfosis, en la cual el paciente cree que las personas de su entorno

han intercambiado sus identidades por lo que A pasa a ser B, B pasa a ser C y así sucesivamente<sup>13</sup>.

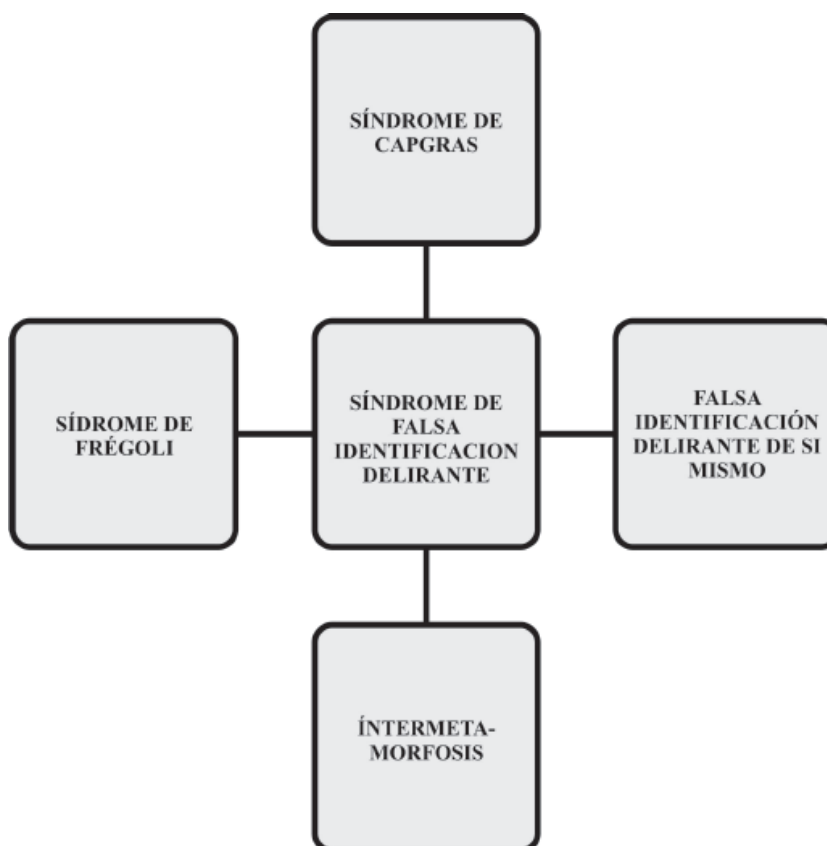
4. El síndrome de dobles subjetivo en el cual el paciente está convencido de que existen dobles exactos a él, un tipo de fenómeno Doppelgänger<sup>14</sup>.

El síndrome de Capgras es el más común de los delirios de falsa identificación, se ha llegado a reportar que ocurre en  $1 \pm 5\%$  de los pacientes psicóticos<sup>15</sup>.

En su reciente obra “El quijote y su laberinto vital”, en la cual comenta que la locura de Don Quijote es secundaria entre

otros graves problemas a los síndromes de falsa identificación delirante, el doctor Alonso - Fernández describe el Síndrome de falsa identificación delirante de uno mismo, que empieza a ser reportado en la literatura internacional hasta casi la última década del siglo pasado. La cuarta variante descrita anteriormente (Síndrome de dobles subjetivo) queda registrada dentro de la falsa identificación delirante de uno mismo. Otra posibilidad de esta falsa identificación de si mismo es el delirio de autometamorfosis, en la cual de manera lenta o rápida, hay una transformación de si mismo en las

**Figura 2:** Tipos de síndromes de falsa identificación delirante de acuerdo a Alonso Fernández.



características físicas, psicológicas y/o sociales, que pueden llevar a adquirir una nueva identidad<sup>9, 16</sup>.

El Síndrome de Capgras fue descrito en 1923 por Jean Marie Capgras y J. Reboul-Lachaux<sup>17</sup>, en una paciente de 53 años con una psicosis crónica, la mujer tenía la convicción delirante de que su esposo e hijos (y luego otras personas) habían sido suplantados con el fin de perjudicarla. Además decía que había varios duplicados de sí misma, un año después Capgras presentó un segundo caso<sup>18</sup>. Si observamos la descripción, atendiendo a los criterios actuales encontraremos datos del Síndrome de Capgras y del Síndrome de dobles subjetivo.

Capgras consideró este síndrome como una ilusión le llamó “locura de los dobles”, también se conoce como “ilusión de sosias”. En la mitología griega Zeus tomó la forma de Anfitrión el rey de Tirinto y su sirviente tomó la forma del siervo de Anfitrión Sosias; Zeus hizo esto para tener relaciones con la esposa de Anfitrión, Alcmena<sup>19</sup>. De acuerdo a esta leyenda si un paciente cree que su cónyuge es un doble presentaría la “ilusión de Anfitrión”, si está convencido que tanto su cónyuge como otras personas son dobles tiene la “ilusión de Sosias”<sup>20</sup>, esta descripción del síndrome de Anfitrión no tiene relevancia en la actualidad, ya que se le considera un síndrome de Capgras como se ejemplifica en el mencionado libro de casos de la CIE 10.

Desde esa clásica descripción el síndrome ha sido relacionado con múltiples patologías; generalmente esquizofrenia, también en déficit de vitamina B12, hipertiroidismo, diabetes mellitus, intoxicaciones, TEC, accidentes vasculares cerebrales, demencias, y otras.

Para establecer el diagnóstico de Síndrome de falsa identificación es preciso que no exista compromiso de conciencia ni una demencia

severa, ya que en esas condiciones los errores en el reconocimiento son frecuentes y variables.

Se les consideraba de presentación rara, pero en décadas recientes se han descrito un número creciente de casos. Afecta a ambos sexos en un amplio rango de edades, aunque afecta principalmente a personas de mediana y avanzada edad.

Para explicar su etiología se elaboraron teorías psicológicas; desde la psicodinamia se postuló que las personas que recibían un gran afecto por parte de los pacientes, eran también receptores de la ambivalencia de este, lo que conducía a ser los sujetos de las proyecciones del mismo y a la desintegración psicológica del paciente. Capgras describe la ilusión del doble como *agnosias de identificación*, fenómenos afectivos que reposarían probablemente en una disfunción cerebral pero que implican en los enfermos que la padecen un rechazo a admitir la verdadera personalidad de los seres cercanos. Observan un parecido pero desconocen la identidad de la persona. Luego, no se trata de un *falso reconocimiento*, sino que va más allá: se origina a partir de un estado afectivo aunque en un segundo tiempo se incorpora a hábitos adquiridos de pensamiento<sup>17</sup>.

Esta posibilidad etiológica es vista cada vez con mayor escepticismo, por dos factores: El hallazgo de patología cerebral significativa en gran parte de los casos y porque la edad de inicio tardía hace poco probable el origen psicológico.

Incluso se ha intentado entender el Síndrome de Capgras utilizando la paramnesia reduplicativa, como núcleo original del problema; la paramnesia reduplicativa, es un déficit de memoria caracterizado por la convicción, de que una persona o un lugar conocidos han sido duplicados<sup>21</sup>.

En la actualidad la posible etiología orgánica es ampliamente aceptada, se piensa que las anomalías del hemisferio cerebral derecho, principalmente en el área temporo-parietal son frecuentes aunque hay otras múltiples localizaciones por ejemplo el lóbulo frontal<sup>22</sup>.

Se considera que dos tercios de los pacientes con Síndrome de falsa identificación, presentan lesión cerebral demostrable que origina las anomalías en el reconocimiento facial, al parecer provoca también una disociación entre la información sensorial y su adecuado cortejo afectivo y un fracaso en la supresión de comportamientos repetitivos inapropiados (funciones especialmente mediadas por el hemisferio derecho)<sup>23</sup>. Parece existir una interrupción en la integración de información entre la corteza parietotemporal derecha, el sistema límbico y algunos ganglios basales, lo que origina la falsa identificación delirante. En los síndromes delirantes se ha propuesto que existe una alteración en la vía dopaminérgica.

El pronóstico de estos síndromes suele ser el mismo que el de la disfunción cerebral que lo sustenta, pueden cronificarse. Existen reportes de algunos casos de asesinatos asociados a los síndromes de falsa identificación.

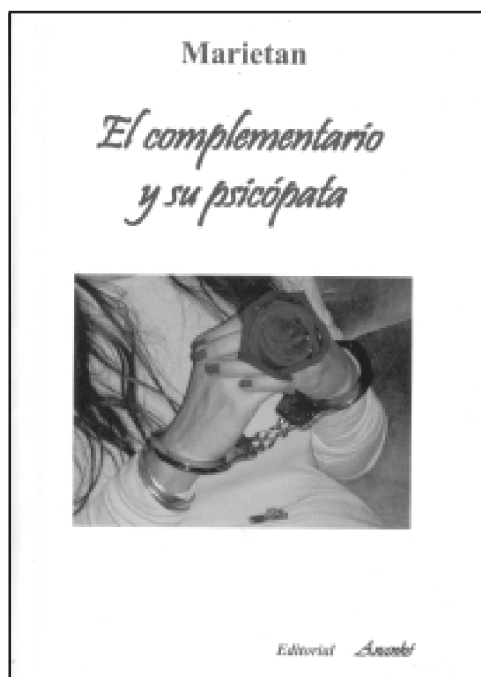
Los antipsicóticos constituyen la base del tratamiento de estos síndromes delirantes, pueden utilizarse anticonvulsivos y es recomendable la consejería psicológica. De acuerdo a lo agudo del cuadro puede requerir sedación e internamiento<sup>14, 24</sup>.

Cuando se presenta negligencia en el autocuidado, podría incluso considerarse un Síndrome de Diógenes asociado al de Capgras<sup>25</sup>.

## Bibliografía

1. Sacks. O El hombre que confundió a su mujer con un sombrero. Barcelona: Anagrama; 2002 pag 22.
2. Mumenthaler M. Neurología. Barcelona: Salvat; 1976. Pag. 201.
3. Diccionario terminológico de Ciencias Médicas. México: Salvat; 1974. Pag. 24 y 819.
4. Trimble Neuropsiquiatría. México: M.R. LIMUSA; 1984. Pag.162.
5. Jaspers. K. Psicopatología general. México: Fondo de Cultura Económica; 1993. Pag.76.
6. Vidal. G. Alarcón. R. D. Lolás. S. F. Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría. Argentina: Editorial Médica Panamericana; 1995. pag. 185.
7. Pancheri. P. Psiquiatría clínica. México: Trillas; 1990. 49 - 53.
8. Sáiz-Ruiz J, Montes Rodríguez J.M, "Trastornos delirantes"; Medicine; 2003; 08 – (107) pag. 5736 - 5739.
9. Alonso-Fernández F. El quijote y su laberinto vital. Barcelona: Anthropos Colección huellas, Editorial Rubí; 2005. pag. 69 -79.
10. Ústún T.B. Bertelsen. A. Dilling. H. Van Drimmelen J. Pull. C. Okaska. A. Sartorius. N. Libro de casos de la CIE -10. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 1999. Pag. 71-73.
11. Ghaffari-Nejad A, Khatereh Toofani "A report of Capgras syndrome with belief in replacement of inanimate objects in a patient who suffered from grandmal epilepsy"; Archives of Iranian Medicine; April 2005; 8(2): pag. 141-143.
12. Rodríguez-Solano J. J, Cañas-de Paz "Trastorno delirante en atención primaria"; Psiquiatría y Atención Primaria; Octubre 2002; 3 (4) pag. 14-20.
13. Donoso-S A, Behrens-P M. I "Síndrome de Capgras en enfermedad de Alzheimer Presentación de 2 casos"; Rev. Chil. Neuro-psiquiat; jun. 2005; 43 (2): pag. 137 142.
14. Gelder. H. G. López Ibor. Jr. J. Andreasen. N. Trastornos y síntomas delirantes persistentes. Tratado de Psiquiatría. España: Psiquiatría Editores; 2003. Pag 773 – 803
15. Cavanagh P. J. "Delusional misidentification secondary to perceptual abnormality: An unusual case of Capgras syndrome"; International Journal of Psychiatry in Clinical Practice; September 2000; 4 (3): pag. 245 – 247.

16. Rojas-Malpica C, "Reseña de "el quijote y su laberinto vital de Francisco alonso Fernández Alonso Quijano coleccionista de delirios"; Investigación en Salud Universidad de Guadalajara. Guadalajara, México diciembre 2006; 8 (003): pag. 204-205
17. López-Alonso A. "Aperturas psicoanalíticas hacia modelos integradores"; Revista de Psicoanálisis Abril 2001 - No.7.
18. Velarde-Quintero M, López-Fraile A.I, Santamaría-Vázquez L. "Síndrome de Capgras: Análisis crítico a propósito de dos casos"; Psiquiatría pública; julio-agosto 1998; 10 (4): pag. 33-38.
19. Willis. R. Diccionario Universal de Mitología. México: Grupo Editorial Tomo; 2003. Pag16.
20. Fish. F. Psicopatología clínica México: Aleph S.A. 1972. Pag. 84.
21. Carrol. J .Shaffer. Ch. Abramowitz. S. Spensley. J. "Neuropsychologic deficits and Capgras Síndrome" Am J Psyachiatry 138: 6. June 1981
22. Lykouras L, Tyialdou M, Gournellis R, Vaslamatzis G, Christodoulou G. NCoexistencia de los síndromes de Capgras y Frégoli en un solo paciente. Hallazgos clínicos, de neuroimagen y neuropsicológico; Eur. Psychiatry Ed. Esp. 2002; 9: pag. 539-540.
23. Todd E, Feinberg, M-Roane D "Falso reconocimiento delirante Neuropsiquiatría"; Clínicas Psiquiátricas de Norteamérica Editora Silvana Riggio MD 2005; 28 (3): pag. 665-684.
24. Kaplan H. J. Sinopsis de psiquiatría. Madrid: Panamericana; 2001 p. 564.
25. Al-Adwani A, Waheed-Nabi "Coexisting Diogenes and Capgras syndromes"; International Journal of Psychiatry in Clinical Practice; March 2001; 5 (1): 75 – 76.



## El complementario y su psicópata, Hugo Marietan, Editorial Ananké, junio de 2008

ISBN 978-987-1510-01-6

Estudio de casos sobre personas que padecen  
a los psicópatas cotidianos.

Técnicas de asistencia para terapeutas que  
atiendan parejas, padres, hijos y subordinados de  
psicópatas. ¿Cómo identificar a un psicópata, cómo  
diferenciarlo de un neurótico? ¿Cómo diferenciar  
a una complementaria de una mujer despechada?

Dijo **Juan Carlos Goldar**: «El doctor Hugo Marietan tiene, para estas cuestiones, un talento envidiable. He vivido más de cuarenta años entre psiquiatras, y no he conocido a nadie tan sagaz para penetrar en las relaciones del psicópata. "El complementario y su psicópata" es la obra de un experto».

Distribuidora Editorial Atlante Argentina SRL Junín 827 1113 Buenos Aires, 4961 6506, 4963 7141 mail  
atlante@ar.inter.net y editorial.ananke@gmail.com