

**FOLIE A DEUX O EL CONTAGIO DE LA LOCURA: A PROPÓSITO DE UN CASO**

Miquel Serra Casaus

Juan Bueno Notivol

Miguel Pascual Oliver

Marina García Rapún

Ángela González Maiso

Clara Caudevilla Soler

[Mikisc44@gmail.com](mailto:Mikisc44@gmail.com)

Folie a deux, locura, compartida

**RESUMEN**

El término "folie a deux" se utilizó por primera vez en el siglo XIX, aunque aparecen algunas referencias previas a este cuadro clínico en la literatura . Cuando se planteó, generó un importante debate dentro de la sociedad científica ya que rompía con la premisa de que la locura no se puede contagiar; únicamente se habían descrito algunos casos de contagio de histeria (incluso epidemias o brotes). Según las definiciones clásicas la locura no puede sucumbir a la razón, pero en compensación tampoco puede influir sobre ésta última; sin embargo, en la folie a deux se considera que un sujeto puede transmitir su delirio a otra persona. Se aborda el tema a través de un caso en el que una madre y un hijo comparten las mismas creencias delirantes, desarrolladas a raíz de una situación real compleja, pero se aprecian diferencias en la psicopatología presentada por cada uno de ellos que influyen a la hora de abordar el caso, tanto a nivel psicofarmacológico, como desde el punto de vista psicoterapéutico y social. Se realiza un repaso histórico del término, basándose en el concepto clásico descrito por Lasegue y Falret para seguir su evolución hasta los estudios más actuales, que ayudan a comprender mejor el cuadro clínico que se plantea y a valorar las distintas alternativas terapéuticas.

# FOLIE A DEUX O EL CONTAGIO DE LA LOCURA: A PROPÓSITO DE UN CASO

## INTRODUCCIÓN

El término "folie a deux" se utilizó por primera vez en el siglo XIX, aunque aparecen algunas referencias previas a este cuadro clínico en la literatura . Cuando se planteó, generó un importante debate dentro de la sociedad científica ya que rompía con la premisa de que la locura no se puede contagiar; únicamente se habían descrito algunos casos de contagio de histeria (incluso epidemias o brotes).

Se aborda el tema a través de un caso en el que una madre y un hijo comparten las mismas creencias delirantes, desarrolladas a raíz de una situación real compleja, pero se aprecian diferencias en la psicopatología presentada por cada uno de ellos que influyen a la hora de abordar el caso, tanto a nivel psicofarmacológico, como desde el punto de vista psicoterapéutico y social.

Se realiza un repaso histórico del término, basándose en el concepto clásico descrito por Lasegue y Falret para seguir su evolución hasta los estudios más actuales, que ayudan a comprender mejor el cuadro clínico que se plantea y a valorar las distintas alternativas terapéuticas.

## CASO CLÍNICO

### Motivo de consulta

Paciente de 23 años remitido a Hospital de Día de Psiquiatría desde la Unidad de Hospitalización aguda con diagnóstico de trastorno psicótico compartido.

### Antecedentes personales

- Médicos: Asma. Migrañas.
- Quirúrgicos: queratoplastia penetrante por queratocono.
- Psiquiátricos: Diagnosticado de discapacidad intelectual leve.. Minusvalía reconocida del 47%. Historia de contacto con USM durante unos meses en la adolescencia con Diagnóstico de somatización en contexto de problemática sociofamiliar y posible TDAH. Niega consumo de tóxicos.

### Antecedentes Familiares

- Su madre contactó de forma puntual con psicología por cuadro adaptativo, sin otros antecedentes significativos hasta el episodio actual.
- Su hermana presentó alteraciones de conducta en la adolescencia por las que fue remitida a USM, pero no llegó a acudir.

## **FOLIE A DEUX O EL CONTAGIO DE LA LOCURA: A PROPÓSITO DE UN CASO**

### **Psicobiografía**

Embarazo y parto sin incidencias. Retraso en la adquisición de los hitos del desarrollo, especialmente a nivel motor; se le diagnosticó de falta de madurez generalizada. No completó estudios secundarios; cursó PCPI en 2014. Ha realizado diferentes trabajos en CEE (jardinería, restaurante de comida rápida y el último en un centro comercial habiéndolo finalizado por fin de contrato, aunque los últimos meses estuvo de baja laboral).

Soltero, sin hijos. Padres separados; tras la separación residió cinco meses en un centro de menores a los 15 años. Tiene una hermana de 25 años que está separada y un sobrino de 5 años. El paciente vive con su madre; su hermana vive con su pareja actual. Problemática socioeconómica grave en el ámbito familiar.

### **ENFERMEDAD ACTUAL**

El paciente acude a la unidad de salud mental (USM) remitido por su médico de atención primaria por ansiedad e y quejas en el trabajo. En la primera entrevista se evidencia la existencia de ideación delirante de tipo paranoide parcialmente estructurada (aporta nombres, fechas y otros detalles), que focaliza inicialmente en el ámbito laboral. Refiere ser el blanco de una conspiración del Gobierno, se siente vigilado y acosado, y presenta un temor intenso a que les pueda ocurrir algo a él y a su familia. La trama delirante se estructura sobre una base real, debido a que su sobrino se halla retenido por su padre en otro país y desde hace años se encuentran en trámites burocráticos y luchas en el ámbito legal, en los que el paciente ha tenido un papel muy activo. Al contrastar la información con la madre, se aprecia que esta corrobora el discurso de su hijo con una convicción absoluta de las vivencias delirantes.

El psiquiatra de referencia inicia tratamiento con dosis bajas de risperidona tanto para el paciente como para la madre. La dosis se va aumentando de forma progresiva en las sucesivas visitas sin mejoría clínica e incremento progresivo de angustia secundaria, por lo que tras 5 meses de tratamiento se procede a realizar un ingreso en la unidad de agudos, que cursa de forma voluntaria, y tras tres semanas de ingreso es remitido al Hospital de Día en tratamiento con risperidona, con probable toma errática tras el alta.

A su llegada al Hospital de Día el paciente presenta un contacto afable, con una actitud y un tono de voz infantiloides. Verbaliza, de forma espontánea y en primer plano, la misma trama delirante que motivó el ingreso, aunque introduce también otros temas de forma más vaga (yihadismo, violencia de género).

## **FOLIE A DEUX O EL CONTAGIO DE LA LOCURA: A PROPÓSITO DE UN CASO**

En la entrevista con la madre se pone de manifiesto que sigue compartiendo las vivencias de su hijo y parece que, a diferencia de lo que se podía pensar en un primer momento, ella es la que se encuentra influenciada por el paciente ("es que claro... como tiene el don... sabe lo que va a pasar" "En casa me dice que no puedo hablar de nada, que nos escuchan") y no al revés.

### **EVOLUCIÓN**

A los pocos días del ingreso el paciente presenta un conato de defenestración en domicilio guiado por la clínica psicótica, sin que exista un claro deseo de muerte, pero que motiva un nuevo ingreso en la unidad de agudos, desde donde es remitido de nuevo al Hospital de Día.

Conforme avanza el ingreso y tras la instauración de tratamiento inyectable con paliperidona se aprecia un disminución en la intensidad del delirio, que pasa a un segundo plano y poco a poco se va encapsulando, sin llegar a realizar crítica del mismo. Se evidencian las limitaciones secundarias a su discapacidad, pero la actitud y la interacción con el resto de usuarios y con el personal son adecuadas. Se encuentra eutímico y niega pensamientos de muerte o ideación autolítica. No se aprecia angustia contenida ni otros indicadores de clínica ansiosa.

La evolución de la madre es también favorable. Tras el segundo ingreso persisten creencias delirantes pero comienza a realizar crítica parcial de las mismas, que expresa como "*yo ya no sé diferenciar lo que es real de lo que no*" "*Me vais a perdonar, pero voy a apagar el móvil*" "*lo siento... esto me lo ha creado él*". En las sucesivas entrevistas se va produciendo una remisión de la clínica delirante con crítica completa y adquiere mayor consciencia de la enfermedad de su hijo. Aunque teóricamente también se había le pautado tratamiento, la adherencia al mismo es muy dudosa por lo que se infiere de las entrevistas con ella.

Desde trabajo social se ha valorado el caso debido a la situación de precariedad. Existe un riesgo de desahucio inminente próximo que finalmente supone un traslado de provincia que motiva el alta del dispositivo antes de lo previsto.

## **FOLIE A DEUX O EL CONTAGIO DE LA LOCURA: A PROPÓSITO DE UN CASO**

### **IMPRESIÓN DIAGNOSTICA**

Trastorno delirante sobre discapacidad intelectual. Trastorno psicótico compartido.

### **DISCUSION**

El paciente al que se hace referencia presenta un trastorno delirante con entidad propia, pero el hecho de que estas vivencias hayan sido compartidas por la madre tiene una gran relevancia a la hora de abordar el caso, tanto desde el punto de vista diagnóstico como del abordaje a nivel farmacológico, terapéutico y social.

Haciendo un repaso histórico, los primeros textos que describen detalladamente un trastorno delirante compartido por dos o más personas datan de finales del siglo XVIII, y sobre todos ellos destaca el trabajo de Lasegue y Falret. La hipótesis de que la locura podía ser transmitida o, dicho de otra forma, contagiada, supuso un gran shock en la comunidad científica ya que rompía una de las principales premisas del campo de la psiquiatría, y que Lasegue y Falret describían así: "el alienado se resiste con una obstinación, enfermiza en sí misma, a todos los argumentos que se podrían esgrimir contra su delirio. En compensación, el alienado no puede actuar sobre la gente que goza de buena salud mental". Para que esta norma se rompa, los autores señalan una serie de circunstancias que deben converger, y entre las que destacan fundamentalmente las que se citan a continuación:

- Debe haber una persona con una inteligencia o con una posición moral inferior a la otra.
- Vida en estrecha relación y aislamiento del entorno.
- Verosimilitud: cuanto más razonable es el delirio mayor probabilidad de que se transmita.
- Interés personal para el influenciado.

En el caso que nos atañe se pueden ver reflejadas la mayoría de ellas. Es cierto que existe una persona (madre) que aparentemente está intelectual y moralmente por encima de la otra (hijo); sin embargo, y al contrario de lo que se podría esperar, la relación de influencia se establece de forma inversa. El resto de características se cumplen con claridad: ambos mantienen una relación muy estrecha y permanecen relativamente aislados de forma prolongada, ya que el círculo social es escaso y la hermana del paciente, aunque implicada en el proceso legal de su hijo, se muestra totalmente distanciada emocionalmente de sus familiares. La trama delirante se sustenta sobre unos hechos reales y en base a situaciones y datos contrastados, lo que le aporta credibilidad. Además, supone para la madre una explicación para el sufrimiento que les está produciendo el tema del niño retenido, lo que también facilita que sea influenciada.

## FOLIE A DEUX O EL CONTAGIO DE LA LOCURA: A PROPÓSITO DE UN CASO

La evolución clínica de la madre ha sido favorable, y como se describe en los textos clásicos parece que el distanciamiento parcial del enfermo principal ha contribuido a la mejoría.

Los textos clásicos consideraban la separación de ambas partes como intervención suficiente para que se produzca una remisión clínica total en la persona influenciada, a la que se considera "sana", pero que ha cedido a una presión moral. Sin embargo, no hay que pasar por alto que el receptor del delirio también puede jugar un papel sobre el inductor, moldeando el delirio con sus dudas, y contribuyendo a su perpetuación.

Los estudios más recientes concluyen que la separación, aunque suele ser adecuada, puede no ser suficiente e incluso podría ser perjudicial para los afectados, por el impacto que supone en sus vidas en otros aspectos como el emocional o el social. En nuestro caso, el distanciamiento durante el primer ingreso no se tradujo en una mejoría clínica en la madre. Tras el segundo, cuando sí se apreció un cambio, se concluyó que la separación total más allá de los días de ingreso resultaría perjudicial para ellos. Además, los estudios también discrepan sobre la ausencia de patología en la persona influenciada. De hecho, existe una elevada comorbilidad y carga familiar en estas personas, que obliga a plantear la posibilidad de que el primer paciente puede actuar como "gatillo" y simplemente desencadenar una clínica para la que ya existía una predisposición. Por todo ello, hoy en día se recomienda asociar tratamiento neuroléptico en ambos casos, y no se debe olvidar el apoyo psicoterapéutico para abordar las carencias y las necesidades de dependencia que se generan cuando se rompe este vínculo patológico.

Al analizar los datos disponibles en cuanto al diagnóstico de "folie a deux" hay que tener en cuenta varias cosas. La primera es la escasez de bibliografía disponible: muchas de las publicaciones se basan en casos únicos y las revisiones agrupan un número muy pequeño de casos en comparación con otros estudios, lo que dificulta la extracción de conclusiones firmes. En ello pueden influir las limitaciones para incluirlo dentro de las clasificaciones actuales (en el CIE-10 aparece con título propio como *trastorno de ideas delirantes inducidas*; en el DSM-5 se incluye en *Otro trastorno del espectro de la esquizofrenia especificado*, con escasa delimitación de criterios), y hay que destacar la dificultad para identificar y categorizar una patología que precisa la participación de otra persona.

## **FOLIE A DEUX O EL CONTAGIO DE LA LOCURA: A PROPÓSITO DE UN CASO**

### **CONCLUSIONES**

El trastorno psicótico compartido es una entidad presente en nuestra práctica clínica. Aunque infrecuente, es posible que esté infradiagnosticada, por lo que hay que tener en mente su existencia y valorar cada caso minuciosamente en búsqueda de posibles comorbilidades. Las nuevas clasificaciones buscan unificar criterios para facilitar el análisis de los datos y poder obtener conclusiones, pero debido a esta línea de trabajo se pierde la riqueza descriptiva y el estudio de casos clínicamente complejos y particulares como estos. A la hora de abordarlo, hay que tener en cuenta todas las opciones disponibles desde los distintos focos de intervención (terapéutico, farmacológico, social, legal...) e individualizar el tratamiento para cada uno de ellos.

### **BIBLIOGRAFÍA**

- Arnone D, Patel A, Tan GM. The nosological significance of folie à deux: a review of the literature. *Ann Gen Psychiatry* 2006.
- C. Falret J: La folie a deux. *Ann Med Psychol* 1877.
- Silveira JM, Sheeman MV: Shared psychotic disorder: A review of the literature. *Can J Psychiatry* 1995.