



UN ABORDAJE PSICOSOCIAL DE LA FOLIE À DEUX. A PROPÓSITO DE UN CASO

A PSYCHOSOCIAL APPROACH TO FOLIE À DEUX. A CASE REPORT

Francisco de Pedro Melgarejo.

fco.de.pedro@gmail.com

Folie a deux, trastorno psicótico compartido, abordaje psicosocial.

Folie a deux, shared psychotic disorder, psychosocial approach.

RESUMEN

El trastorno psicótico compartido, también llamado trastorno de ideas delirantes inducidas (CIE10) o folie à deux, se caracteriza por la presencia de síntomas psicóticos similares, por lo general ideas delirantes de perjuicio, en dos o más personas que tienen una relación cercana, a menudo miembros de una misma familia. Tradicionalmente se ha considerado un trastorno difícil de tratar, en parte debido a la influencia de factores psicosociales implicados en el desarrollo y curso del trastorno. En este sentido, la separación de los miembros y el abordaje farmacológico se consideran las principales estrategias de intervención. Sin embargo, ninguna revisión sistemática encuentra resultados esclarecedores en cuanto al abordaje terapéutico de elección. En el presente trabajo se expone la evaluación e intervención en un caso de Folie à deux en una Unidad de Hospitalización Breve. Concretamente, se presenta un caso de Folie à deux entre una madre y su hija, describiendo las diferentes intervenciones empleadas, la evolución de la paciente ingresada en la Unidad, así como las dificultades que surgieron durante el tratamiento, haciendo especial hincapié en las estrategias centradas en las variables psicosociales, como elemento innovador de la intervención.

ABSTRACT

Shared psychotic disorder, also called induced delusional disorder (ICD-10) or folie à deux, is characterized by the presence of similar psychotic symptoms, generally persecutory delusions, in two or more people that have a close relationship, often members of the same family. Traditionally it has been considered a difficult disorder to treat, due to the influence of psychosocial factors involved in the development and course of the disorder. In this sense, the physical separation of the members and the pharmacological approach are considered the main intervention strategies. However, no systematic review has found any enlightening results regarding the first choice treatment. In this work we set out the assessment and

UN ABORDAJE PSICOSOCIAL DE LA FOLIE À DEUX. A PROPÓSITO DE UN CASO

intervention carried out in a case of Folie à deux in a Short-term Psychiatric Hospitalization Unit. In particular, we present a case of Folie à deux between a mother and her daughter, describing the different interventions used, the progress of the patient hospitalized as well as the difficulties encountered during treatment, with particular emphasis on the strategies aimed at psychosocial variables, since it is an innovative element of the intervention.

INTRODUCCIÓN

El trastorno psicótico compartido, también conocido tradicionalmente como folie à deux, es un cuadro florido y poco frecuente caracterizado por la presencia de síntomas psicóticos similares en dos o más individuos, por lo general ideas delirantes de carácter persecutorio, aunque también religioso, y de grandiosidad.

A lo largo de la historia ha recibido múltiples nombres que tratan de dar cuenta del importante componente psicosocial del trastorno y del fenómeno de "transferencia" de las ideas delirantes, como son: "insania comunicada", "insania infecciosa", "psicosis de asociación", "psicosis inducida", e "insania múltiple"; o "psicosis simbiótica". Se estima que alrededor del 70% de los casos presenta un claro componente paranoide, sin descuidar la presencia de contenidos hipocondríacos y somáticos. Lo más habitual es que participen dos individuos, aunque se han descrito casos que afectan a familias enteras. El 90% de los casos ocurren entre miembros de la misma familia (1), especialmente entre hermana-hermana y madre-hermana.

Tradicionalmente se ha admitido la idea de que existe un inductor activo del delirio y un receptor pasivo, pero la observación clínica muestra que, al menos en algunas ocasiones, son los dos miembros de la pareja quienes, influyéndose mutuamente y actuando en sincronía, desarrollan, extienden y sistematizan el delirio.

En cuanto a la prevalencia, se considera un trastorno poco frecuente, si bien no se descarta que esta escasa aparición pueda ser debida, por un lado, a la anecdótica presencia de estos pacientes en las consultas de Salud Mental y, por otro, a la dificultad que supone el diagnóstico diferencial. Apoyando esta idea, en la literatura al respecto lo que usualmente se puede encontrar son reportes de caso (la mayoría de los cuales eran diagnosticados en Unidades de Hospitalización Breve, donde es mayor la asistencia de familiares y otras personas significativas del entorno del paciente). Existe debate en cuanto a si realmente es tan poco frecuente o por el contrario solamente poco diagnosticado. Como curiosidad, en 1995 Munro y Mok publicaron un trabajo de investigación en el que rastrearon activamente la presencia de las ideas delirantes de 50 de sus pacientes, encontrando 9 casos que cumplían criterios de folie à deux, (un 18 %) (2).

Como adelantábamos, los factores psicosociales son fundamentales para el desarrollo de la folie à deux. En cierto modo, la psicosis compartida es un producto social, como han observado diferentes autores desde la primera descripción clínica del trastorno, en 1877, por los

UN ABORDAJE PSICOSOCIAL DE LA FOLIE À DEUX. A PROPÓSITO DE UN CASO

psiquiatras Lasègue y Falret. Nos adentramos a continuación en un breve repaso histórico para comprender el interés que este cuadro psicopatológico que tambaleó en su día los pilares de la psiquiatría ha despertado a lo largo de los últimos siglos.

A finales del siglo pasado, Lasègue y Falret publican las primeras descripciones del síndrome, aunque habían sido Baillarger y De Saule los primeros autores en aportar referencias del mismo a la literatura científica. En esta descripción clásica Lasègue y Falret ya adelantan una serie de características personales y condiciones esenciales necesarias para el desarrollo del trastorno que han persistido, con leves modificaciones, hasta nuestros días. Entre ellas encontramos:

- Existe una relación de dominancia de un individuo hacia el otro
- Se da una convivencia estrecha durante un tiempo y aislamiento.
- Las ideas delirantes compartidas se mantienen dentro de unos límites de posibilidad.
- La relación que los miembros mantienen con el delirio es distinta. El miembro "inductor" sostiene su existencia primariamente en el contexto del delirio, indiferente al mundo circundante, mientras que el delirante secundario más bien adopta el delirio y, al tener más en cuenta el componente social, imprime en él algunos matices que lo hacen compatible con algún discurso social establecido, volviéndolo así más creíble a la consideración de los otros. Este primer acercamiento a la psicosis compartida levantó un considerable revuelo en la comunidad psiquiátrica de la época, al hablar por primera vez de "contagio mental", es decir, "contagio" de la locura. La posibilidad de esa comunicación de la locura causó un fuerte rechazo, por el cuestionamiento implícito que suponía de una de las piezas principales de la doctrina psiquiátrica sobre la locura: el autismo de las psicosis. Lasègue y Falret se vieron obligados a hacer posteriores aclaraciones y precisiones, concluyendo que el contagio y la comunicación de la locura eran una rareza tal que su descripción y reconocimiento no podía conmovir el dogma de la psiquiatría (3).

En los años siguientes, la observación de nuevos casos de folie a deux cristalizó, a través de autores como Regís y Montyel, en el establecimiento de cuatro subtipos del síndrome general (3):

- a) Locura impuesta (*folie imposée*): se correspondería con la forma clásica descrita por Lasègue y Falret, en la que los delirios de un individuo psicótico, considerado el sujeto dominante, se transfieren a un individuo no psicótico, elemento pasivo y generalmente considerado de inteligencia menor. Las ideas delirantes del receptor desaparecen tras la separación.
- b) Locura simultánea (*folie simultanée*): Término introducido por Regís para referirse a la aparición simultánea de una psicosis idéntica en dos personas predispuestas que conviven. Al no haber sujeto dominante ni sujeto pasivo, la separación no mejoraría el cuadro. El grado de afectación de los dos miembros es similar.
- c) Locura comunicada (*folie communiquée*): Introducida por Montyel y Baillarger, hace

UN ABORDAJE PSICOSOCIAL DE LA FOLIE À DEUX. A PROPÓSITO DE UN CASO

referencia a la transferencia de delirios de una persona a otra, tras un período largo de resistencia por parte del individuo no psicótico. Una vez que el receptor desarrolla los síntomas psicóticos, acaban teniendo una evolución propia, independiente, por lo que, en este caso, los delirios persistirían a pesar de la separación.

d) Locura inducida (*folie induite*): Se refiere al desarrollo de nuevos delirios en un paciente, previamente psicótico, que está bajo la influencia de otro paciente delirante, encontrándose ambos en íntimo contacto.

En la actualidad (4), las clasificaciones actuales lo incluyen dentro de la nosología a partir de 1980, cuando es incluido en el DSM III como trastorno paranoide compartido. Las diferencias en los criterios CIE-10 y DSM-IV son un ejemplo de la vigencia de la polémica clásica: el DSM-IV lo denomina trastorno psicótico "compartido", en un sentido más parecido a la locura simultánea, asumiendo que los dos individuos están predispuestos a padecer un trastorno psicótico, mientras que la CIE-10 utiliza el término "ideas delirantes inducidas", recogiendo la idea de sujeto activo-sujeto pasivo.

El caso presentado a continuación es de interés no sólo por la escasa frecuencia de aparición del cuadro clínico, sino también por la relevancia del mismo en la comprensión de la psicopatología humana, al ser el único en el que se podría decir que los síntomas psicóticos se "transfieren". A su vez, pone de manifiesto de forma clara el papel fundamental de los factores psicosociales implicados, que son condiciones necesarias para la génesis del trastorno.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Motivo de consulta

Se trata de una mujer de 72 años que acude voluntariamente al servicio de Urgencias del Hospital Severo Ochoa por ansiedad e ideación delirante de perjuicio.

Antecedentes personales psiquiátricos

Paciente diagnosticada de Trastorno Delirante crónico que realiza seguimiento irregular en Salud Mental desde hace más de 30 años. Actualmente acude de forma intermitente al Centro de Salud Mental de Leganés (en adelante, CSM). Tuvo un ingreso de 8 días en la antigua Unidad de Hospitalización Breve de Santa Teresa en 2001 por brote psicótico.

Breve historia biográfica

Es natural de Valladolid, siendo la mayor de tres hermanos. Se casa en 1966, separándose en 2000. Tiene dos hijos (de 45 y 48 años). Vive con su hija en Leganés. Pasa largas temporadas con su ex-marido en un pueblo de Murcia.

Enfermedad actual

En la entrevista la paciente refiere que desde las navidades, cuando estaba en el pueblo, empieza a notar que hablan de ella en la calle, la insultan y amenazan, incluso a través de la televisión, y en ocasiones su marido y su hija. Se siente vigilada a través del teléfono y el

UN ABORDAJE PSICOSOCIAL DE LA FOLIE À DEUX. A PROPÓSITO DE UN CASO

aparato de teleasistencia. De forma consecuente experimenta un aumento progresivo de la ansiedad y fuertes sentimientos de miedo, con dificultades para dormir y sin querer salir del domicilio. Una semana antes del ingreso solicita a su familia regresar a Madrid, ya que llevaba varios meses en Murcia con su ex-marido, donde continúan los síntomas. Al no mejorar, acude a urgencias del CSM, donde se le aumenta la pauta de medicación. Unos días después, al no remitir la sintomatología, acude a urgencias del hospital. Ante la verbalización de ideas autolíticas se le propone un ingreso breve para estabilización de la sintomatología, a lo cual la paciente accede. Se mantiene contacto telefónico con la que es su cuidadora principal, su hija, quien está de acuerdo en proceder al ingreso. Se preveía un ingreso breve dado la buena conciencia de enfermedad de la paciente.

Exploración psicopatológica

En la exploración inicial la paciente se encontraba consciente y orientada globalmente. Tranquila, abordable y colaboradora. Actitud suspicaz. Ánimo bajo. Ansiedad moderada. Discurso coherente y estructurado, centrado en ideación delirante de perjuicio, en concreto ideas de control e influencia, que le ha llevado a presentar ideas de muerte ("tirarse por el balcón"). Refiere insomnio global de 11 días de evolución. Juicio de realidad comprometido.

Diagnóstico diferencial

La paciente está diagnosticada de trastorno delirante crónico. De cara al diagnóstico diferencial se recoge información del anterior ingreso en 2001 y posteriores visitas a urgencias. Acude siempre acompañada por su hija, y es ésta quien habla por ella y refiere toda la sintomatología, mientras la paciente "asiente" o "confirma". En los informes de alta de urgencias se informa de que la "descripción de la sintomatología es vaga y cambiante" y se hace referencia a la "alta sugestionabilidad" y el "pensamiento mágico persistente" objetivados en la paciente. Aparecen en el discurso de la hija frecuentes alusiones al padre que, según refiere, "la empeora, le obliga a dejar el tratamiento", y le describe como un hombre "maltratador, manipulador, violento, alcohólico". Como veremos más adelante, a través de entrevistas individuales tanto con la paciente como con su hija se objetiva ideación delirante de control e influencia referida al padre, flexible a la confrontación sólo en el caso de la paciente, orientando el diagnóstico diferencial hacia el trastorno psicótico compartido.

Tratamiento y Evolución en la Unidad

Durante toda su estancia en la unidad tranquila, amable, colaboradora. Discurso espontáneo y fluido, aunque reiterativo, centrado en ideas delirantes de perjuicio y control e ideas deliroides de culpa, en todo momento flexible a la confrontación. Desde el principio se hace patente la elevada sugestionabilidad de la paciente. Se inicia tratamiento con Risperidona y la sintomatología psicótica remite a los pocos días, persistiendo cierto pensamiento mágico, con empeoramientos fluctuantes en función de la presencia de su hija. Ésta, con antecedentes en Salud Mental en el pasado y diagnóstico de reacción paranoide, visita diariamente a su madre

UN ABORDAJE PSICOSOCIAL DE LA FOLIE À DEUX. A PROPÓSITO DE UN CASO

y refiere sintomatología difusa consistente en desorganización, quejas de memoria y malestar somático, que la paciente confirma de forma inmediata. Afirma que la ve muy desorganizada, confusa y reiterativa. Con un elevado nivel de angustia, repite una y otra vez que "no la ve bien", que "no tiene la mirada clara", "que no es ella". En todo momento la descripción de la sintomatología es vaga y cambiante por parte de ambas. Recogiendo la demanda de la hija, que insiste en el fuerte deterioro cognitivo de la paciente, se llevan a cabo las siguientes actuaciones:

- 1) Se solicita una consulta a trabajo social para valoración de dependencia e información acerca de posibles recursos.
- 2) Se inicia tratamiento con Risperdal Consta.
- 3) Se valora con su psiquiatra de referencia la posibilidad de incluir a la paciente en equipo de seguimiento.
- 4) Se le administran pruebas de screening (Mini Mental y el Test del Reloj), cuyos resultados se exponen a continuación:

Mini Mental: 30/30.

Test del Dibujo del Reloj: Se realiza una evaluación cualitativa de los criterios que resultan discriminativos en caso de deterioro cognitivo, arrojando los siguientes resultados:

- La secuencia de números y la ubicación espacial de los mismos son correctas.
- No se observa presencia de números fuera del reloj
- No se observa presencia de números "extra" en el reloj: no aparecen números que no deban estar en el reloj, ni un mismo número repetido.
- El cómputo total de los números dibujados es correcto.
- En cuanto a la presencia de las manecillas, la paciente ha dibujado y ubicado correctamente ambas manecillas, siendo la proporción entre ellas adecuada (mayor la manecilla de la hora).
- No aparece ningún fenómeno de rotación inversa (números colocados en sentido contrario al natural en un reloj) ni de alineación numérica (la colocación de los números sigue la curvatura de la esfera).

Se concluye por tanto, con precaución dado el carácter de detección de ambas pruebas, que no existen indicios de que la paciente presente deterioro cognitivo.

En los días siguientes, se produce la visita de un familiar de la paciente que informa de conductas desorganizadas, bizarras, y sintomatología paranoide en la hija. Dada la particularidad de la evolución de la paciente, que a solas se mantiene asintomática, presentado una conducta impecable y un carácter afable, pero que sin embargo empeora sistemáticamente en presencia de su hija y tras las visitas repite su discurso, se decide explorar la posibilidad de un trastorno psicótico compartido a través de entrevistas por separado a madre e hija. La hija relata tanto ideas delirantes y conductas desorganizadas como síntomas somáticos en su madre, que son confirmados inmediatamente. Lasègue y

UN ABORDAJE PSICOSOCIAL DE LA FOLIE À DEUX. A PROPÓSITO DE UN CASO

Falret explican a este respecto que en los casos en que *"el loco activo es un joven que toma por pasivo a un viejo, el primero no suele recibir del segundo más que: ¡Ah! Es verdad, no hay duda, ella no miente"*(3).

Se mantiene contacto telefónico con el hijo, que ante la insistencia del equipo terapéutico acude a visitar a la paciente pero rechaza implicarse más activamente en la salud de su madre.

A través de las entrevistas individuales pronto se pone de manifiesto en ambas la presencia de sintomatología psicótica similar consistente en ideación delirante de perjuicio en relación a la figura paterna, así como atribución de origen y poderes sobrenaturales, con importante repercusión funcional y un aislamiento de la pareja cada vez mayor. Pasado un mes desde el ingreso, la hija continúa insistiendo en el empeoramiento sintomatológico de su madre, mientras el personal de la unidad objetiva una mejoría de forma unánime. Los permisos de salida son permitidos sólo después de largas negociaciones. Confrontada la hija con la visión del personal de la planta, se muestra suspicaz, desconfiada, eleva el tono de voz, se altera, y expresa temores de envenenamiento por parte del padre. Se recomienda a la hija retomar el seguimiento en Salud Mental, lo cual rechaza. De cara a la negociación del alta de la paciente y dada la imposibilidad de recurrir a la separación de la díada como estrategia de intervención por el elevado grado de dependencia de la paciente de los cuidados de su hija, se coordina con su psiquiatra de referencia en el CSM la inclusión de la paciente con carácter urgente en el programa de continuidad de cuidados, donde le es asignado un tutor que hará un seguimiento más estrecho del caso. Asimismo, el equipo de trabajo social informa y recomienda a la paciente que asista a talleres de entrenamiento cognitivo, baile y otras actividades en el Centro de Mayores de su barrio. Con estas intervenciones se pretende actuar sobre las variables psicosociales implicadas en el cuadro. En este caso, los objetivos son romper el aislamiento y fomentar la progresiva independencia de la pareja. Se consideran pertinentes tanto las visitas a domicilio al ser el cumplimiento terapéutico irregular, como las entrevistas familiares para trabajar la relación de dependencia y las dinámicas de dominancia-sumisión, por lo que se acuerdan con la paciente y su hija. Con el plan de intervención a nivel ambulatorio organizado en torno a los factores psicosociales citados, se procede a la alta clínica de la Unidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Sony SO, Rocklely GJ. Socio-clinical substrates of folie a deux. Br J Psychiatry 1974; 15: 230-5.
- Munro A, Mok H. An overview of treatment in paranoia/delusional disorder. Can J Psychiatry 1995; 40(10): 616-22.

UN ABORDAJE PSICOSOCIAL DE LA FOLIE À DEUX. A PROPÓSITO DE UN CASO

- Colina, F. y Álvarez, J. M. (1994). El delirio en la clínica francesa. Colección Clásicos de la Psiquiatría. Madrid: Ediciones Dorsa.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV. 4 ed. Barcelona: Masson, 2002.
- 5. Glassman J N, Magulac M, Darko D F. Folie à famille: shared paranoid disorder in a Vietnam veteran and his family. Am J Psychiat 1987; 144 (658).
- Mentjox R, van Houten C, Koolman C G. Induced Psychotic Disorder: Clinical Aspects, theoretical considerations, and some guidelines for treatment. Comprehensive Psychiatry 1993; 34 (2): 120-6.
- Carranza Almansa. J. Herrera Arroyo. Un caso atípico de folie a deux entre madre e hija. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. Vol. XII, N.o 42, 1992. 4.
- Clérambault G. Contribution a l'etude de la folie communiqué et simultanéé. Ouvres psychiatriques. París 1987.
- Wehmeier P, Barh N, Remschmidt H. Induced delusional disorder: a review of the concept. Psychopathology. 2003; 36: 3745
- Swanson OW. El mundo paranoide. Barcelona (1973).
- Enoch D, Ball H. Folie à deux (y folie à plusieurs). Síndromes raros en psicopatología. Madrid: Triacastela, 2007: 223-59.
- Stagnaro, Juan Carlos, Alucinar y delirar, Editorial Polemos, 1º edición (2006).