



## **FOLIEU A DEUX. A PROPÓSITO DE UN CASO**

María Dolores Ruiz Velasco, Alba García Pérez, Jessica Roxanna Russo de León, Víctor Pérez Plaza, Nadia López Imbernón, Elena Moral Zafra, Joaquín Gil Sánchez, Modesto Jesús Sánchez López, Marta Roca Carles, Fabian Pavez Reyes

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

## **RESUMEN**

Los delirios compartidos han ido recibiendo diferentes nombres a lo largo de la historia de la psiquiatría, siendo el término utilizado por Laségue y Falret, "folie á deux" el que ha trascendido, el cual ya había sido propuesto por Hoffman, en 1899. La primera descripción de las locuras inducidas fue la de Harvey, en 1651. Posteriormente fueron perfectamente analizadas por la psiquiatría francesa de la segunda mitad del S.XIX. Esta entidad, en el DSM IV recibe el nombre de "trastorno psicótico compartido" y en el CIE10, "trastorno de ideas delirantes inducidas".

## FOLIEU A DEUX. A PROPÓSITO DE UN CASO

### INTRODUCCIÓN

Es un trastorno raro en el que una persona sumisa recibe este diagnóstico cuando desarrolla síntomas psicóticos durante una relación prolongada con otra persona que ya presentaba síntomas similares previamente (paciente dominante, inductor o paciente primario). Existen casos descritos con más personas implicadas (folie à trois, folie à quatre,...). El síntoma fundamental es la aceptación incuestionable de los delirios de otra persona que suelen ser de tipo persecutorio o hipocondríaco.

Según el DSM IV-TR para hacer el diagnóstico de este síndrome se debe tener en cuenta estos tres criterios:

- Se desarrolla una idea delirante en un sujeto en el contexto de una relación estrecha con otra persona que ya tiene una idea delirante establecida.
- La idea delirante es parecida en su contenido a la de la persona que ya tenía la idea delirante.
- La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno psicótico o de un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, y no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia o a una enfermedad médica.

Debe hacerse un diagnóstico diferencial con el trastorno psicótico debido a una enfermedad médica, el trastorno psicótico inducido por sustancias, el trastorno facticio y la simulación, al igual que en el trastorno psicótico breve.

En la folie á deux deben distinguirse tres grupos:

1. La folie simultánea, en la que la psicosis aparece al mismo tiempo en dos sujetos igualmente predispuestos y determinada por una causa común.
2. La folie impuesta, en la cual un enfermo "fuerza" a delirar a otro, el cual es intelectual o moralmente débil. Es la más frecuente, se cuestiona si estos pacientes son delirantes o muy impresionables
3. La folie comunicada, en la que un sujeto (inductor) enferma de psicosis paranoide, cuyos síntomas arraigan en otro sujeto relacionado en el primero (inducido). Este segundo enfermo desarrolla con posterioridad una enfermedad autónoma, que evoluciona independientemente del otro, aun después de la separación de ambos. Esa tercera forma es la verdadera "locura inducida".

### OBJETIVOS

Detectar casos de delirio compartido o follie a deux y como tratarlo mediante un caso.

## FOLIEU A DEUX. A PROPÓSITO DE UN CASO

### CASO CLÍNICO

El motivo de consulta fue por derivación de su psiquiatra de referencia para valoración de ingreso hospitalario. No antecedentes médico-quirúrgicos de interés. Como antecedentes psiquiátricos tuvo primer contacto con la especialidad en ingreso el 16/07/2013 en HPRA con diagnóstico Episodio psicótico a estudio y Trastorno de personalidad mixto (rasgos paranoides y antisociales). Posteriormente breve seguimiento en CSM que luego ha abandonado. Un segundo ingreso en diciembre 2014 de unos 16 días de evolución con alta 2/1/15 con posterior seguimiento en CSM Este con su psiquiatra de referencia.

Su tratamiento crónico: Xeplion 250mg IM (última 4/3/15), Diazepam 5mg 0-0-1.

Situación Basal: Vive con su madre y su hermano mayor (que tiene síndrome de Down). El menor de dos hermanos. Padre fallecido hace unos 16 años. Un ingreso en prisión de un año desde 2008 al 2009 por robo. Tiene la ESO, parece ser que le expulsaron tanto del colegio como del instituto. Ha trabajado durante cortos periodos de tiempo de camarero, repartidor, en un almacén.

Antecedentes Familiares: Familiar de segundo grado con síndrome de Down. Familiar de primer grado con depresión severa.

Según refiere también varios familiares por parte de la madre con síntomas psicóticos, aunque sin seguimiento ni tratamiento psiquiátrico.

Hábitos tóxicos: Refiere consumo de cannabis 3-4 día hasta hace unos meses. Niega otros.

En la enfermedad actual: Paciente que acude con nota de su psiquiatra de referencia del día 5/3/15 en la que describe problemática social e ideación delirante de perjuicio para valoración de urgencias. El paciente refiere un delirio de perjuicio por parte de un primo de parte materna y sus familiares (hermanos de este): le amenazan con pegarle, arrojarle excremento y orina para torturarles. Le han mandado a golpear unas cuatro o 5 veces, última vez hace unos 2 años también "Le han echado un castrador químico para no tener hijos". Explica que todo inicia cuando acusa a su primo de ser incapaz de tener hijos, "removiéndole la herida". Sus amigos y conocidos hablan de él a sus espaldas. Explica que tiene gran sentimiento de culpa: por no haberse cambiado de nombre antes para protegerse del daño que le causaba su primo y todas las cosas le ha dicho. Ahora se llama Epifanio "El que despide billantez por su ilustración". Refiere ánimo bajo, clinofilia e ideas de muerte que asocia a citas a juicio que le han estado llegando por hurto que han ocurrido hace ya tiempo "que la justicia no olvida". Refiere consultar para mejorar su estado anímico.

Exploración psicopatológica: Consciente y orientado en las tres esferas. Abordable y colaborador. Contacto psicótico. Discurso no espontáneo centrado en estado anímico e ideación delirante de

## FOLIEU A DEUX. A PROPÓSITO DE UN CASO

perjuicio. Niega alteraciones sensorio-perceptivas aunque admite escuchar alguna vez que llaman su nombre sin poder identificar quien. Pensamiento disgregado con ideación delirante de perjuicio de la cual no hace crítica. Ánimo bajo, abulia, y clinofilia: solo quiere estar en cama con los ojos abiertos. Se muestra ambivalente entre la culpa y la rabia. Refiere ideas de muerte pasivas por las que consulta. No auto ni heteroagresividad en el momento actual. Refiere insomnio de conciliación de larga evolución. Juicio de realidad alterado.

Juicio clínico: Trastorno delirante persistente.

El paciente acudirá a su próxima cita con su psiquiatra de referencia. Continuará su tratamiento con clozapina, venlafaxina y loracepam.

### DISCUSIÓN

La folie impuesta, la forma más frecuentemente descrita, se presenta principalmente en grupos socioeconómicos menos favorecidos, mayoritariamente en mujeres o en personas con incapacidades físicas y en un 90% de los casos pertenecientes a una misma familia. A su vez deben tener unión prolongada en el tiempo y casi siempre vida social muy limitada. La relación que caracteriza a los miembros que comparten el delirio, aunque de dependencia, también puede caracterizarse por ambivalencia, con sentimientos profundos de amor y odio. En ocasiones la persona sumisa se gana el reconocimiento de la persona dominante adoptando los síntomas psicóticos de ésta.

La persona que inicialmente tiene el delirio suele ser el miembro más activo (diagnosticado de esquizofrenia o trastorno delirante crónico), con estrecha relación con los casos secundarios, más pasivos. Nuestro caso es similar a los descritos en la literatura: ocurre entre miembros de una misma familia, se observa cierto aislamiento social y en relaciones muy cercanas. El hijo es el que inicialmente tiene el delirio y lo trasmite a la madre con la que tiene una estrecha de relación de dependencia.

Es importante el tener en cuenta los factores responsables de que sea posible la transmisión de las creencias. Con frecuencia se ha recurrido a la sugestión, y debemos preguntarnos que factores influyen en que en esta relación este mecanismo funcione: en esta relación madre-hijo la madre muy sugestionable por la preocupación que tiene por sus dos hijos, uno con Síndrome de Down y el otro con el trastorno delirante y esa necesidad de protegerlos y buscar una explicación.

## FOLIEU A DEUX. A PROPÓSITO DE UN CASO

Es bastante bueno el pronóstico para el receptor sumiso si es posible separarlo de la parte dominante (aunque rara vez se consigue) ya que el delirio puede disminuir o desaparecer. Es importante separar a la persona afectada de la fuente del delirio, utilizando antipsicóticos y hospitalización si fuera preciso. Para prevenir la recurrencia del síndrome se debe utilizar terapia familiar y apoyo social para modificar la dinámica de la familia. Nuestro paciente es tratado con antipsicóticos y la madre reflexiona sobre lo sucedido mediante el uso solamente de psicoterapia. Otros prefieren no separar a los implicados, y plantean la formación de nuevos vínculos.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Barcia Salorio D. Tratado de Psiquiatría .Tomo 1:318.
2. Harold I.Kaplan, Benjamín J. Sadock. Tratado de Psiquiatría,6ª edición,volumen2:964-977.
3. Vallejo Ruiloba,J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría, 4ªedición,páginas496-499.
4. Manual del Residente de Psiquiatría, página 1007.
5. DSM-IV,Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales,1995. Masson.pag312-314