



## **DISCAPACIDAD MENTAL Y FOLIE A DEUX: A PROPOSITO DE UN CASO**

Patricia Bernal García, María José Muñoz Algar.

[patriciabernal@hotmail.es](mailto:patriciabernal@hotmail.es)

### **RESUMEN**

**INTRODUCCION:** 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.

**OBJETIVOS:** Realizar una revisión del trastorno psicótico compartido, a propósito de un caso clínico, y evidenciar las dificultades diagnósticas del mismo.

**MÉTODOS:** Estudio retrospectivo del caso de una paciente diagnosticada de esquizofrenia que presenta un delirio compartido con su madre. Se realizó un estudio orgánico que incluía analítica de despistaje de deterioro cognitivo, EEG y test de WAIS que junto a la evolución de la paciente durante el ingreso nos llevó al cambio de diagnóstico.

**RESULTADOS:** Dado que no se evidencia sintomatología psicótica durante el ingreso se retira el antipsicótico y se diagnostica a la paciente de retraso mental leve.

**CONCLUSIONES:** Hay varias teorías que intentan explicar la folie a deux, como las ideas originales del ambiente, los procesos adaptativos y la susceptibilidad, los procesos de separación e individuación inadecuados, la perspectiva cognoscitiva y el coeficiente intelectual disminuido pero, hasta el momento, ninguna ha demostrado ser más verosímil que otra. La persona dominante, la fuente de la psicosis, comúnmente representa autoridad para la persona pasiva, el receptor de la psicosis, quien es típicamente dependiente, menos inteligente y sugestionable. Es recomendable en personas que diagnosticadas de trastorno psicótico compartido, en las que se sospeche un déficit cognitivo, realizar las pruebas pertinentes para cribar el origen del mismo.

### INTRODUCCION

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 la locura inducida fue la de Harvey, en 1651. Posteriormente fueron perfectamente analizadas por la psiquiatría francesa de la segunda mitad del S.XIX.

### OBJETIVOS

Realizar una revisión del trastorno psicótico compartido, a propósito de un caso clínico y evidenciar las dificultades diagnósticas del mismo.

### MÉTODOS

Estudio retrospectivo del caso de una paciente diagnosticada de esquizofrenia que presenta un delirio compartido con su madre:

- MOTIVO DE CONSULTA: Mujer de 45 años que acude a nuestro servicio de Urgencias, con nota de su psiquiatra, para valoración de ingreso, por sintomatología psicótica.
- ANTECEDENTES SOMÁTICOS: sin interés. Niega hábitos tóxicos.
- ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS: Diagnosticada de Esquizofrenia Paranoide desde hace unos meses. No refiere tratamiento previo.
- ANTECEDENTES FAMILIARES: Su psiquiatra refiere delirio compartido con su madre.
- SITUACION SOCIOFAMILIAR ACTUAL: Convive con la madre. No trabaja ni realiza ninguna actividad fuera de la casa. Niega actividad laboral en el pasado.
- ENFERMEDAD ACTUAL: La paciente es trasladada de forma involuntaria desde su domicilio, tras visita de su psiquiatra y trabajadora social de zona. En el informe de su psiquiatra, éste refiere alucinaciones auditivas imperativas, en forma de voces que le instan a no acudir a las citas con su psiquiatra y delirio místico megalomaniaco respecto a ser una visionaria, y tener "el don de comunicarse con Dios y con la Virgen", con repercusión afectiva y conductual. Añade que en la última época presenta alteraciones de la conducta y peligro de agresividad contra los vecinos o contra sí misma, falta de autocuidado y nula conciencia de enfermedad. En la entrevista, la paciente se muestra minimizadora de cualquier tipo de sintomatología, sin entender el motivo del ingreso. Se muestra hiperalerta, en posible actitud de escucha, aunque niega cualquier síntoma que pueda indicar una descompensación. Su discurso es reiterativo, centrado en su preocupación por ingresar y separarse de su madre.

## DISCAPACIDAD MENTAL Y FOLIE A DEUX: A PROPOSITO DE UN CASO

- EXPLORACION PSICOPATOLOGICA: Consciente y orientada globalmente. Escasamente abordable pero si colaboradora. Aspecto descuidado. Contacto psicótico. Hiperalerta. No alteraciones en la psicomotricidad. No signos, síntomas de intoxicación o abstinencia a tóxicos. Discurso inducido, parco en palabras, bien estructurado y correctamente articulado centrado en la preocupación por ingresar y separarse de su madre. Niega alteraciones sensoperceptivas e ideación delirante, aunque no son descartables en el momento actual. Eutimia referida. Afecto congruente. No ideación autolítica. Ritmos cronobiológicos conservados. Nulo insight. Juicio de realidad alterado.
- EVOLUCION: Al inicio del ingreso, la paciente se muestra temerosa e hiperalerta con un discurso inducido que traduce un pensamiento concreto y reiterativo. Refiere que su madre, la llevó al psiquiatra tras la muerte del padre", para que me quedara una paga". Inicialmente está algo contenida "al psiquiatra no me he atrevido a contarle ciertas cosas". Refiere que "ayer oí blasfemar a alguien aquí y eso no lo llevo bien". Reconoce que la madre y ella mantienen pocas relaciones con la familia.
  - Plan: En base al diagnóstico inicial de Esquizofrenia paranoide se pauta Paliperidona 6 mg, pues su psiquiatra sugiere la conveniencia de que salga del ingreso con un tratamiento depot (preferiblemente Paliperidona intramuscular). Refiere que con 4 años empezó a tener visiones de la Virgen. La describe como: "ojos verdes, la piel de porcelana, con voz de chica joven...también he visto a su hijo que me ha dicho si quiero ayudar a salvar almas". Relata que le ocurren estos episodios de forma puntual. Describe la primera visión en El Escorial: "la vi al lado del sol, con ojos verdes y vestida de azul". En esa ocasión niega alucinaciones auditivas. Reconoce visiones posteriores en las que la Virgen y su hijo le pidieron que ayudara a salvar almas y ella aceptó. Niega que su madre tenga visiones de la Virgen. Dice que su madre desde pequeña le instaba a creer que ésta existía, y que tenía que tener temor de Dios. Describe otro episodio en el que "notaba y veía una serpiente en mi estómago, que me mordía y me obligaba a faltar al respeto a la Virgen", "entonces me llevaron a la iglesia a ver a Santa Eulalia y la vi a ella a la Virgen y a Dios". La madre se refiere a este episodio: "La virgen y su hijo le sanaron una culebra que tenía en el vientre".

Durante las entrevistas se evidencia que tiene nula vida social, y que la madre ha promovido desde la infancia un aislamiento total del entorno, consintiendo el abandono de los estudios en 8º de EGB.

Refiere que tiene problemas de memoria desde pequeña. Impresiona de bajo CI y de haber sido muy poco estimulada desde la infancia.

Se solicita analítica de despistaje de deterioro cognitivo, EEG y PIC a Psicología para solicitar test de WAIS.

## DISCAPACIDAD MENTAL Y FOLIE A DEUX: A PROPOSITO DE UN CASO

Nos coordinamos con la adjunta responsable de la madre para valorar hasta qué punto sería conveniente hacer una separación desde el hospital o posteriormente desde el distrito. Nos transmite que dado que no hay sintomatología psicótica en la paciente, va a ser dada de alta con diagnóstico de Trastorno Paranoide de la personalidad. Aunque no se encuentra psicopatología aguda que justifique prolongar el ingreso, impresiona de ser una madre "rara, muy posesiva y dominante con la hija, con fuertes convicciones religiosas rayando en el fanatismo".

A nosotros nos ha impresionado de que la madre ha sido una madre fusional, controladora, que ha limitado el contacto social de la hija, actuando casi siempre como portavoz de ella. Hasta ahora no se han permitido las visitas a la madre que se muestra en todo momento incapaz de soportar la separación de la hija. Esta actitud contrasta con la de la hija que cada vez va tolerando mejor la separación de la madre.

Nuestra paciente tiene escasa interacción con el resto de pacientes. En el comedor tiene dificultades en el manejo de los cubiertos y se niega a tomar ciertos alimentos. Tiende a relacionarse con mujeres con diagnóstico del espectro psicótico, identificándose con sus síntomas, participando de sus delirios. Deducimos de su conducta, que es una persona débil, fácilmente sugestionable e inducible. No se observa ninguna sintomatología psicótica desde el inicio del ingreso y niega cualquier tipo de visión durante el mismo.

Nos planteamos retirar el antipsicótico.

TEST	RESULTADO	DIAGNÓSTICO
Test de WAIS	CIV: 73, CIM: 60 / CIT: 63	RETRASO MENTAL LEVE SEGÚN DSM-IV
Hemograma, Bioquímica, endocrinología, B12, folatos	En rango de normalidad	
EEG	Sin anomalías significativas.	
VIH, Sífilis	Negativo	

## DISCAPACIDAD MENTAL Y FOLIE A DEUX: A PROPOSITO DE UN CASO

<b>TEST MILLON</b>		
ESCALA	RESULTADO	SIGNIFICADO
Fóbica (Evitativa)	109	Inhibición social, s. inferioridad e hipersensibilidad a evaluación negativa
Autodestructiva (Masoquista)	100	En sus relaciones interpersonales fomenta que los demás le exploten
Dependiente	95	Necesidad excesiva de q se ocupen de uno. Sumisión y temores de separación.
Esquizoide	87	Distanciamiento de las relaciones sociales y restricción de la expresión emocional
Ansiedad	92	Trastorno severo
Distimia	84	Trastorno moderado

Se suspende finalmente tratamiento con Paliperidona, y se instauro Fluoxetina 20 mg/día, por sintomatología depresiva, con buena tolerancia y respuesta clínica.

### JUICIO CLINICO (DSM-IV-TR)

EJE I: Trastorno psicótico compartido (F 24)

EJE II: Retraso mental leve (F70.9)

EJE III: Sin diagnóstico

EJE IV: Problema de relación as a e. Mental (Z63.7)

Problemas paterno-filiales (V61.20)

EJE V: EEAG: 30-35.

De acuerdo con su psiquiatra habitual y en vista de la mejoría clínica y de la ausencia de sintomatología psicótica se decide el alta.

### RESULTADOS

Se diagnostica a la paciente de retraso mental leve, retirando el diagnóstico previo de Esquizofrenia paranoide. Se confirma nuestra teoría de que la paciente no es la inductora del delirio sino la inducida.

### CONCLUSIONES

En la folie á deux deben distinguirse:

- 1) La folie imposée o psicosis impuesta: Las ideas delirantes de una persona psicótica son transferidas a otro individuo, psíquicamente sano, que a menudo elabora sobre ellas.
- 2) La folie simultanée o psicosis simultánea: Dos individuos con una predisposición mórbida, viviendo juntas, que desarrollan al mismo tiempo una psicosis paranoide.
- 3) La folie communiquée o psicosis comunicada: Se desarrolla en dos personas íntimamente relacionadas. Al contrario que en la impuesta, una vez inducido el delirio, el receptor lo mantiene, aunque se le separe del inductor.
- 4) La folie induite o psicosis inducida: En un psicótico previo, aparecen nuevas ideas delirantes, bajo la influencia de otro enfermo asimismo psicótico.

Las tasas de incidencia y prevalencia son inciertas debido al pobre reconocimiento clínico de esta patología, bien por desconocimiento o por el hecho que estos pacientes poco consultan.

Algunos estudios han mostrado que el trastorno paranoide compartido se ha encontrado más a menudo en mujeres en todos los rangos de edad, pero también se ha observado en hombres.

Desde la época de Lasegue y Falret, cuando se consideraban a los pobres, mujeres y niños, como sumisos y sugestionables, se propagó el concepto que el trastorno psicótico compartido se presentaba con mayor frecuencia en éstos. Sin embargo, no está confirmado un incremento de susceptibilidad en las mujeres, y las revisiones más recientes (1) no muestran diferencias en la distribución del trastorno respecto a sexo y edad.

En la mayoría de los casos, el trastorno psicótico compartido incluye solo a dos individuos. Kashiwase y Kioto (2) encontraron que en 73% de los casos estaban incluidos solo dos individuos.

En el 90% de los casos los polos involucrados comparten lazos de sangre o una relación cercana; según Mentjox et al. (3) 64% de los casos secundarios son familiares en primer grado del polo primario, siendo la diada más frecuente la de madre-hijo. En la mayoría de los casos, presentan aislamiento social. (4) (5). Se presenta principalmente en grupos socioeconómicos menos favorecidos

La herencia parecería jugar un papel relevante en la etiología; evidencias indirectas, como el antecedente familiar de psicosis en 35 a 60% de los casos y el diagnóstico frecuente de esquizofrenia en los casos primarios de *folie a deux* apuntan a apoyar esta hipótesis.

Los estudios de casos han mostrado que las ideas delirantes y los síntomas psicóticos son raramente transmitidos a una persona sana; sin embargo, la persona que asume el rol pasivo dentro de la diada, podría presentar una predisposición genética a la psicosis sin expresión sintomática y como resultado, desarrollar este trastorno.

Scharfetter (6) ha sugerido que los pacientes del polo secundario son "esquizofrénicos potenciales" en términos de predisposición genética.

## DISCAPACIDAD MENTAL Y FOLIE A DEUX: A PROPOSITO DE UN CASO

Entre las condiciones mórbidas asociadas, diagnosticadas en el polo primario, además de la esquizofrenia (7) los trastornos del afecto, los trastornos delirantes y los procesos demenciales, y en el polo secundario, los trastornos de la personalidad, las reacciones paranoides y la esquizofrenia.

Llama la atención que en una revisión de 75 casos de folie a deux, encontraron que en 64% de los casos secundarios, el trastorno paranoide compartido era el único diagnóstico y de estos, 21% se presumía que habían estado psicóticos antes de la inducción (2).

Otro factor predisponente para ser inducido es el trastorno dependiente de personalidad (8). El mecanismo mediante el cual se genera la inducción de las ideas delirantes en la persona del polo receptor (caso secundario) es poco entendido.

Hay varias teorías que intentan explicar el fenómeno, como las ideas originales del ambiente, los procesos adaptativos y la susceptibilidad, los procesos de separación e individuación inadecuados, la perspectiva cognoscitiva y el coeficiente intelectual disminuido pero, hasta el momento, ninguna ha demostrado ser más verosímil que otra.

Algunos autores (9), (10) sugieren que la disfunción de las relaciones interpersonales es por sí sola uno de los factores más importantes implicados en el desarrollo del trastorno paranoide compartido; esto se evidencia en cómo desaparecen rápidamente las ideas delirantes en el polo receptor tras implantar la separación.

Generalmente, la pareja, o díada, experimenta una relación de dominancia y pasividad. La persona dominante, la fuente de la psicosis, comúnmente representa autoridad para la persona pasiva, el receptor de la psicosis, quien es típicamente dependiente, menos inteligente y sugestionable (11)

Lasegue y Falret señalaban, "la primera condición en él, el receptor del delirio, es que éste sea de menor inteligencia y esté más dispuesto a la docilidad pasiva que a la independencia".

McClure (12) propone, que el trastorno paranoide compartido permite que la persona mentalmente enferma mantenga el contacto con la realidad. Para la persona mentalmente más sana, el trastorno paranoide compartido puede ser una manera de satisfacer necesidades de dependencia, evitando la amenaza y hostilidad por parte del individuo dominante, disfrazándola de psicosis.

Los datos sobre el tratamiento de este trastorno son escasos, pero la mayoría de los autores consideran que la separación de los dos sujetos tiene que ser la base de cualquier intervención. El sujeto inductor tiene que ser tratado con intervenciones médicas específicas, incluyendo la prescripción de antipsicóticos. Algunas veces, la separación es suficiente para eliminar las ideas delirantes del sujeto inducido.

El enfoque de tratamiento más recomendado es separar a la pareja secundaria del inductor. Si los síntomas no han desaparecido en una o dos semanas, hay que utilizar medicación antipsicótica. La separación puede dar lugar a la remisión completa en un 40% de los casos. (13)

Howard (9) declara que "para el inducido, la separación es un paso terapéutico esencial." Lawal et al. (14) señala que "la gestión de la folie à deux normalmente implica la separación de los individuos afectados.

## DISCAPACIDAD MENTAL Y FOLIE A DEUX: A PROPOSITO DE UN CASO

Pero otros, han llamado a un enfoque más matizado, que tenga en cuenta los déficit cognitivos y las realidades de las relaciones, las situaciones socioeconómicas y la dependencia, y otros factores que podrían perjudicar a la eficacia de la separación.

Sacks (15), un defensor de este punto de vista, afirma que, "se requieren intervenciones más específicas cuando discapacidades físicas, tales como el retraso mental, contribuyen a la dependencia del secundario sobre el primario."

El retraso mental plantea en el tratamiento de este trastorno la imposibilidad potencial de separar la díada delirante. Algunos pacientes dependientes no tienen el apoyo socioeconómico necesario para mantener una vida separada o que simplemente no pueden ser capaces de cuidar de sí mismos de manera adecuada.

El tratamiento de la folie à deux, especialmente en personas con retraso mental, debe ser abordado con una visión equilibrada, sopesando los beneficios de la separación, la gravedad del contenido delirante (el potencial de daño a sí mismo o a los demás), el apoyo emocional adquirido, el grado de dependencia en la relación, y las realidades socioeconómicas. Cuando sea posible, la separación, tanto a nivel interpersonal y tratamiento es el enfoque ideal. (16)

Sería recomendable que en personas diagnosticadas de trastorno psicótico compartido, en las que se sospeche un déficit cognitivo, realizar las pruebas pertinentes para cribar el origen del mismo.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1- Arnone D, Patel A, Tan GM . "The nosological significance of Folie á Deux": a Review of the literature". Ann Gen Psychiatry. 2006 Aug 8;5:11.
- 2- Kashiwase H, Kato M. "Folie á deux in Japan—analysis of 97 cases in the Japanese literature". Acta Psychiatr Scand. 1997 Oct;96(4):231-4. Review.
- 3- Mentjox R, van Houten CA, Kooiman CG. "Induced psychotic disorder: clinical aspects, theoretical considerations, and some guidelines for treatment". Compr Psychiatry. 1993 Mar-Apr;34(2):120-6. Review.
- 4- Silveira JM, Seeman MV. "Shared psychotic disorder: a critical Review of the literature. Can J Psychiatry. 1995 Sep;40(7):389-95. Review.
- 5- Wehmeier P, Barth N, Remschmidt H. "Induced delusional disorder: a Review of the concept and an unusual case of folie á famille" Psychopathology. 2003 Jan-Feb;36(1):37-45.
- 6- Scharfetter C. "On the hereditary aspects of symbiotic psychoses. A contribution towards the understanding of the schizophrenia-like psychoses". Psychiatr Clin (Basel). 1970;3(3):145-52.
- 7- Solomon JG, Fernando TG, Solomon SM. " Mother-son folie á deux: a case report. J Clin Psychiatry. 1978 Nov;39(11):819-20.
- 8- Petrikis P, Andreou C, Garyfallos G, Karavatos A. " Incubus síndrome and a folie á deux: a case report". Eur Psychiatry. 2003 Oct;18(6):322.
- 9- Howard R. "Induced psychosis". Br J Hosp Med. 1994 Mar 16-Apr 5;51(6):304-7.



## DISCAPACIDAD MENTAL Y FOLIE A DEUX: A PROPOSITO DE UN CASO

- 10- Christodoulou GN, Margariti MM, Malliaras DE, Alevizou S. "Shared delusions of doubles". J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1995 Apr;58(4):499-501.
- 11- Ghaziuddin M. "Folie á deux and mental retardation: Review and case report". Can J Psychiatry. 1991 Feb;36(1):48-9.
- 12- McClure GM. "Capgras síndrome and folie á deux involving mother and child". Br J Psychiatry. 1989 Apr;154:552-4.
- 13- Dodig-Curković K, Curković M, Degmečić D, Delalle M, Mihanović M, Filaković P. "Shared psychotic disorder ("folie a deux") between mother and 15 years old son. Coll Antropol. 2008 Dec;32(4):1255-8.
- 14- Lawal RA1, Orija OB, Malomo IO, Ladapo HT, Oluwatayo OG. "Folie á deux: report of two incidents". East Afr Med J. 1997 Jan;74(1):56-8.
- 15- Sacks MH. "Folie á deux". Compr Psychiatry. 1988 May-Jun;29(3):270-7.
- 16- Yoonas Z, Akintan O, Sandson N, Gorman JM. "Shared psychotic disorder and mental retardation". J Psychiatr Pract. 2007 Jul;13(4):273-7.