



XVIII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría Interpsiquis 2017

FOLIE A DEUX: COMPARTIR ALGO MÁS QUE LOS LAZOS FAMILIARES

Beatriz Aguado Revilla, Salvador Bello Franco, Daniel Vicente Rivera, Anna Salas Martínez, Candela Pérez Álvarez.

beita_aguado@yahoo.es

INTRODUCCIÓN

El trastorno psicótico compartido, también conocido como trastorno de ideas delirantes inducidas o folie a deux, es una patología psiquiátrica poco común caracterizada por la presencia de síntomas psicóticos similares, comúnmente ideas delirantes, en dos o más personas. Generalmente, sólo uno de los individuos sufre de un auténtico trastorno psicótico; éste es llamado el caso primario y es el que induce en el otro la aparición de síntomas similares. Presentamos el caso de dos hermanas en las que se ha dado este fenómeno, conllevando además, graves repercusiones para toda la unidad familiar (otros dos hermanos con importante discapacidad intelectual) sin que se haya podido comprobar si finalmente estos dos hermanos estaban incluidos en el sistema delirante.

BREVE HISTORIA CLÍNICA

Motivo de consulta

Pacientes de 32 (Y.) y 30 años (R.), hermanas, que acuden al Servicio de Urgencias por mareo, calor, visión borrosa, dolor torácico y otros síntomas inespecíficos que ellas mismas atribuyen a "humor o calor que hay en casa". En este contexto, han llamado varias veces a los bomberos en los últimos días, quienes han descartado la presencia de ningún tipo de tóxico y les han recomendado "irse unos días a un hostal" con sus otros dos hermanos, que no presentan ningún tipo de sintomatología.

Antecedentes personales

No refieren. No existe registro de enfermedades físicas porque las pacientes apenas han tenido contacto con los servicios médicos de atención primaria o especializada.

Antecedentes familiares

Padres fallecidos por causa médica hace años.

Comentan antecedentes de "depresión" en su madre, que precisó ingreso en UCE. Posibles antecedentes psiquiátricos inespecíficos "nervios...toman medicación..." en otros ascendentes.

Sus dos hermanos mayores tienen reconocida una discapacidad psíquica.

FOLIE A DEUX: COMPARTIR ALGO MÁS QUE LOS LAZOS FAMILIARES

Enfermedad actual

Las pacientes son valoradas por el equipo de Psiquiatría de Guardia después de que se haya descartado patología médica por parte del Servicio de Urgencias.

Se trata de 2 hermanas que han residido siempre en el domicilio familiar en compañía de sus otros dos hermanos de 42 y 40 años (ambos padecen discapacidad psíquica) desde el fallecimiento de sus padres. Importante cohesión familiar. La 3ª hermana es la tutora legal de sus 2 hermanos mayores. Ambas hermanas asumen el papel de responsables del núcleo familiar.

Los 2 hermanos con minusvalía perciben pensiones por este motivo, las pacientes han trabajado esporádicamente en empleos de baja cualificación. Actualmente ambas en paro de larga duración. Niegan tener ayuda domiciliaria de ningún tipo.

Se mantienen entrevistas en un primer momento individuales con cada una de las hermanas y posteriormente una conjunta, la mayor parte de la información es dada por la hermana mayor, aunque la información aportada por ambas no se contradice, la menor busca reafirmación continuamente, preguntando al personal médico "¿Lo estoy haciendo bien?... Es que no sé si me acuerdo de todo..."

En la entrevista mantenida con Y, nos comenta que el episodio actual se circunscribe a la noche de hoy, cuando refieren "de repente, nos hemos encontrado un poco raras, nos han echado una especie de humo que hace que tengamos alucinaciones y veamos a dos personas...nos están gaseando, creo que los vecinos... para que nos marchemos de ahí... hace 2 semanas que estamos así... nos hablan a través de las paredes y nos dicen que molestamos, que nos marchemos... entonces mi hermana y yo hemos empezado a tener miedo, y a ponernos la una a la otra cada vez más nerviosas y hemos llamado a la policía y a los bomberos... pero no nos han tomado muy en serio... "

Al preguntarle por otro origen del gas, reconoce que hay unos amigos de la infancia "con nombres y apellidos" que van detrás de ellas "quieren que seamos sus putas... a lo mejor son ellos los que han hecho esto..."

En la entrevista mantenida con R, reconoce que esto viene pasando desde hace mucho tiempo "hace mucho... nos empezaron a hacer cosas unos conocidos... primero se dio cuenta mi hermana y después los demás... entran en casa... nos meten basura... quieren violarnos..." (Comenta un cambio de domicilio hace unos años en circunstancias similares).

Exploración física

Se realiza exploración física y exploración neurológica completas a las dos pacientes, siendo ambas normales.

Exploración funciones psíquicas

Y: Consciente, alerta y orientada. Colaboradora y abordable durante la mayor parte de la entrevista, aunque desafiante cuando se le informa de que será necesario un ingreso y separación de su hermana. Contacto y reactividad emocional adecuados. Habla en respuesta a preguntas, en tono y ritmo normales con discurso coherente y organizado. Malestar emocional

FOLIE A DEUX: COMPARTIR ALGO MÁS QUE LOS LAZOS FAMILIARES

con predominio de clínica ansiosa en contexto de vivencias delirantes, situación sociofamiliar complicada y tendencia al aislamiento social. No síntomas de clínica afectiva mayor ni ideación auto o heteroagresiva. Alteraciones sensorceptivas auditivas (en 3º persona) y visuales con falsos reconocimientos. Ideación delirante de contenido paranoide estructurada, de larga evolución que interfiere en la dinámica vital. Juicio de realidad mermado.

R: Consciente, alerta y orientada, abordable y colaboradora en la medida de sus posibilidades. Contacto visual adecuado. Habla en respuesta a preguntas, en tono y ritmo normales con discurso coherente y organizado. Malestar emocional con predominio de clínica ansiosa en contexto de vivencias delirantes, situación sociofamiliar complicada y tendencia al aislamiento social. No síntomas de clínica afectiva mayor ni ideación auto o heteroagresiva. Reconoce dificultades en las relaciones sociales desde la infancia, así como suspicacia caracterial. Alteraciones sensorceptivas en forma de ilusiones auditivas y visuales con falsos reconocimientos. Ideación delirante de contenido paranoide, parcialmente estructurada, con clara influencia por parte de su hermana. En los últimos meses, abolida dinámica social. Juicio de realidad mermado.

INFORME DEL LABORATORIO, TEST Y PRUEBAS REALIZADAS

Sin alteraciones de interés en ninguna de las pacientes.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

Al descartarse desde un principio patología médica que justificara los síntomas, no se plantearon dudas diagnósticas.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Y: Ya que parece haber existido sintomatología delirante y alucinatoria durante los últimos años, se justifica un diagnóstico de esquizofrenia paranoide.

R: Al haber comprobado la alta sugestionabilidad de la paciente y la gran influencia de su hermana en su sintomatología nos decantamos por un diagnóstico de Trastorno psicótico compartido. (Delirio compartido). La paciente cumple, además, criterios de retraso mental leve.

TRATAMIENTO, TERAPIAS APLICADAS

Durante la estancia en el Servicio de Urgencias se le administró 1 comprimido de olanzapina 5 mg, que consiguió reducir la angustia y ansiedad iniciales y que las pacientes pudiesen colaborar mejor en la entrevista.

Y: Tratamiento farmacológico:

- Aripiprazol 5mg (1-0-0) suspender en una semana
- Aripiprazol depot 400 mg (1 inyección IM\mes)
- Clorazepato 10 mg (1-0-1)

FOLIE A DEUX: COMPARTIR ALGO MÁS QUE LOS LAZOS FAMILIARES

- Olanzapina 5mg a las 23 h

R: Tratamiento farmacológico: Paliperidona 3 mg (1-0-0)

Tratamiento psicoterapéutico: Se ha trabajado la conciencia de enfermedad, así como la adhesión al tratamiento y los recursos asistenciales.

Se tramitó el ingreso de los 2 hermanos mayores en una residencia para personas con discapacidad intelectual.

Se incluyó a ambas pacientes en el Programa de Equipos de Apoyo Social Comunitario, dada la necesidad de supervisión para garantizar su estabilidad y mantener la adherencia con los servicios sanitarios que ambas pacientes presentaban.

EVOLUCIÓN

Si bien en un principio las pacientes se muestran colaboradoras con el Equipo de Psiquiatría de guardia, verbalizando incluso cierta crítica del delirio, durante su espera parten del hospital sin previo aviso, por lo que se da aviso de la fuga a la Policía Nacional, ante la gravedad clínica y social del caso. Trasladadas de nuevo ambas pacientes junto con sus dos hermanos mayores a urgencias, y puesta de nuevo en primer plano la ideación delirante irreductible de perjuicio y la repercusión de la misma en todo el núcleo familiar, se decide ingreso de ambas pacientes en distintos hospitales de la ciudad. Además, al quedar los dos hermanos mayores en situación de desamparo, se decide ingreso (como medida provisional) en medicina interna quedando a cargo de Trabajo Social del hospital, pasando después a una residencia para personas con discapacidad psíquica.

Y: Durante su ingreso, la paciente reconoce que hay gente de su pasado que no deja de acosarla, posiblemente con intereses sexuales, hace más de dos años que no ve a las personas que le están acosando, pero "se ha dado cuenta que han venido a casa disfrazados, habiéndose cambiado el color de los ojos o habiéndose operado para no ser reconocidos" también cuenta que les ha oído hablar entre ellos sobre ella. Durante el ingreso la paciente se ha mostrado en todo momento correcto y adecuado, aunque sin ocultar la temática delirante. Ha mostrado un interés ajustado por el estado de sus hermanos y ha aceptado sin reticencias todas las intervenciones, tanto farmacológicas como sociales.

R: Tras la angustia inicial que supuso el internamiento y la separación de sus hermanos, la paciente se mostró adecuada en todo momento dentro de su carácter introvertido, adaptándose sin problemas a la dinámica de la unidad. Se comprobó la alta sugestionabilidad de la paciente: a las pocas horas de la separación de su hermana mayor (a quien, tras la valoración conjunta en urgencias se considera inductora del delirio) comienza a cuestionarse la ideación que motivó el ingreso, llegando a hacer una crítica prácticamente completa a los pocos días. Se intentó trabajar la conciencia de enfermedad, así como la adherencia a tratamiento y a los recursos asistenciales. Durante su estancia en la unidad, recibió colaboración estrecha por parte de

FOLIE A DEUX: COMPARTIR ALGO MÁS QUE LOS LAZOS FAMILIARES

trabajo social de cara a asegurar una adecuada supervisión del caso al alta. Se administró WAISS con resultado de CI Total=69 (CIM 67/CIV 73).

Los Servicios Sociales realizan visitas a domicilio durante el ingreso, que ponen de manifiesto las condiciones deficitarias de la vivienda en cuanto a orden e higiene. Este motivo, junto con la necesidad de asegurar el seguimiento médico, justificó que al alta se incluyera a las pacientes en el Equipo de Apoyo Social Comunitario.

ACTUALIZACIÓN SOBRE EL TEMA

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.

Desde las primeras descripciones, se estableció que la folie a deux era más común en las mujeres, aduciendo el papel más sumiso y sugestionable que ellas desempeñaban. Sin embargo, actualmente los datos apuntan a una distribución similar entre ambos sexos. La visión tradicional también apuntaba a que el inductor generalmente era el individuo de más edad, y que la pareja donde más comúnmente se daba era entre hermanas, pero los datos actuales, especialmente aquellos provenientes de Japón, cuestionan esto. Es muy probable que los factores culturales influyan definitivamente en los datos sociodemográficos y la patoplastia del cuadro.

Gralnick (1942) subdividió este cuadro en base a cuatro posibles relaciones entre la figura principal y asociada:

-En la Folie imposee (locura impuesta) los delirios de un enfermo mental, son transmitidos a alguien que no estaba realmente enfermo, aunque la víctima presenta de manera característica algún tipo de desventaja social o psicológica. La separación de la pareja se sigue, a menudo, de la separación de los síntomas en la figura asociada.

-La Folie communiquee (locura transmitida) aparece cuando una persona sana sufre el contagio de las ideas del otro, tras haberse resistido a ellas durante un largo periodo de tiempo. Una vez incorpora estas, las mantiene a pesar de la separación de la figura principal.

-En la folie induite, una persona previamente psicótica incorpora para sí mismo los delirios de una persona íntimamente relacionada.

-La folie simultanee (locura simultánea) describe la situación en la que dos o más personas se vuelven psicóticas y comparten simultáneamente un mismo sistema delirante.

La folie a deux demuestra como el contenido de la creencia viene establecida por las circunstancias sociales y ambientales, aunque la forma concreta de los síntomas varía de acuerdo con la naturaleza de la enfermedad, siendo en la mayoría de los casos un sistema delirante de tipo paranoide, bien sistematizado, coherente y hasta cierto punto comprensible, sin desintegración de la personalidad ni trastornos formales del pensamiento. Aun así, se han

FOLIE A DEUX: COMPARTIR ALGO MÁS QUE LOS LAZOS FAMILIARES

descrito casos en los que se compartían otros fenómenos distintos a los delirios paranoides, como síndrome de Capgras, obsesiones o síndrome de Munchausen. A pesar de que la mayoría de las veces la persona inductora padece una esquizofrenia, se han descrito casos con otras patologías, como bipolar con síntomas psicóticos o demencias.

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

Además, ya Lassegue y Farlet señalaron la posibilidad de implicación de más de una persona inducida, aunque la asociación se debilitaba a medida que aumentaba el número de estas.

Poco se sabe acerca de los mecanismos etiopatogénicos implicados en la folie a deux, pero el debate entre si se trata de la expresión de la psicosis en 2 sujetos genéticamente predispuestos a la misma o el resultado de un tipo peculiar de relación, aún persiste hasta nuestros días. Se han apuntado mecanismos como la imitación, la sobreimplicación o el aislamiento, aunque la mayoría de autores aluden al contagio del delirio como el mecanismo nuclear en la génesis del trastorno. Un enfermo paranoico (el inductor, que es quien juega un papel dominante en la pareja) transmitiría a otra persona con la que mantiene una relación estrecha, su idea mórbida. Así, se piensa que el contagio de la folie à deux se produce como consecuencia de una intenso trabajo de persuasión por parte del enfermo al sujeto sano de la pareja. Sin embargo, la observación clínica muestra que, al menos algunas ocasiones, son los dos miembros de la pareja quienes, influyéndose mutuamente y actuando en sincronía, desarrollan, extienden y sistematizan el delirio. Aun así, la herencia parecería jugar un papel relevante en la etiología del trastorno psicótico compartido; 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 dicha 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 díada, podría presentar una predisposición genética a la psicosis sin expresión sintomática y como resultado, desarrollar este trastorno.

Tradicionalmente se apuntaban como criterios diagnósticos básicos la similitud de contenidos delirantes entre inductor e inducido y la aceptación apoyo o adhesión de este además de la existencia de una relación especialmente intensa entre estos, en cierta forma aislados de otras relaciones, por lo que se afirmaba que el mantenimiento del delirio en el inducido precisa que se conserve la estrecha relación entre los dos individuos. Por consiguiente, se supone que, mediante la simple separación, el delirio remitiría únicamente en aquel miembro del dúo delirante cuyo delirio es prestado pero no en el "inductor" enfermo. Y ciertamente sucede así en la mayoría de casos, pero no en todos. Hay parejas delirantes en las que, tras la separación física, ambos siguen con sus delirios activos. Tampoco se cumple siempre el principio de la asimetría, pues

FOLIE A DEUX: COMPARTIR ALGO MÁS QUE LOS LAZOS FAMILIARES

hay casos en que la relación es relativamente igualitaria y ninguno de los dos impresiona claramente de ser el elemento dominante de la pareja.

En cuanto al tratamiento, clásicamente la separación era vista como la mejor medida terapéutica para mejorar el cuadro delirante en el inducido. Sin embargo, como hemos visto, actualmente la evidencia apunta a que la separación por sí sola no es suficiente en la mayoría de los casos y se precisa, además, tratamiento antipsicótico en la persona inducida. Así mismo, se apunta a determinadas técnicas psicoterapéuticas como útiles en estos casos. Otro aspecto a tener en cuenta, es que en la folie a deux es muy difícil asegurar el cumplimiento terapéutico debido a la escasa conciencia de enfermedad y a que el vínculo con la pareja puede verse amenazado por la intervención terapéutica.

La Folie a deux constituye un cuadro llamativo pero poco frecuente dentro de la patología psiquiátrica, a pesar de esto, como puede verse puede tener graves repercusiones en los individuos y en la dinámica familiar, por lo que sería necesario aumentar la investigación sobre el trastorno, ya que la mayoría de la literatura existente versa sobre casos encontrados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vallejo J. Introducción a la psicopatología y a la Psiquiatría. 8ªEd. Barcelona: Elsevier Masson;2015.
2. Sims A. Síntomas mentales. 3ª Ed. Madrid: Triacastela; 2008.
3. Fernández LJ, Berrios G, Yániz B. Las Psicosis atípicas o transitorias. De la Epistemología al tratamiento. Madrid: Aranzadi; 2013.
4. Pérez V, Velasquez CC. Trastorno Psicótico compartido en una madre y su hijo de 13 años. Universitas Médica. 2006; 47 (2): 197-203.