Folie à deux: a propósito de un caso

Ariño Serrano, C.; Fernández Rodríguez, E.
Complejo Hospitalario Xeral-Calde

Introducción

A finales del siglo XIX, Lasegue y Falret publicaron las primeras descripciones de la folie à deux, aunque Baillanger y De Saulle ya habían aportado referencias de este síndrome en publicaciones científicas.

Según Lasague y Falret, en la folie à deux, el paciente originalmente psicótico es el creador del sistema delirante, tiene el rol activo, que lo impone al sujeto pasivo. Se considera necesario que los dos individuos se mantengan durante un tiempo prolongado aislados de toda influencia exterior, lo que permite compartir temores, necesidades o sentimientos. Además, el delirio debe mantenerse dentro de los límites de lo posible, con una coherencia suficiente como para mostrarse aceptable. Estos autores observaron una mayor frecuencia de presentación en mujeres, también hablaron de la posibilidad de que interviniese un factor hereditario en los casos que ocurren dentro de una misma familia. La intervención básica en estos casos es separar a los dos sujetos, lo que produce en la mayoría de los casos, la remisión del delirio en el sujeto pasivo.

En los años posteriores, autores como Regis y Montyel a través de nuevos casos, establecieron cuatro subtipos del síndrome general:

- *Folie imposée*: el sujeto primario transfiere los delirios al secundario, elemento pasivo y menos inteligente. Las ideas delirantes del receptor desaparecen tras la separación.
- *Folie simultaneé*: los delirios ocurren simultáneamente pero de forma independiente en ambas personas que conviven, ambas predispuestas a padecer una enfermedad psicótica. Al no existir sujeto primario, la separación por sí misma no mejoraría el cuadro de ninguno de los dos.
- *Folie comuniqueé*: el receptor desarrolla los síntomas psicóticos después de un periodo de tiempo variable y estos síntomas acaban teniendo una evolución propia. La separación no influye sobre el contenido del cuadro.
- *Folie induité*: variante de la anterior. Un sujeto que ya está delirando enriquece sus delirios con los de otro paciente, mientras ambos están en íntimo contacto.

Actualmente está reconocido en la CIE-10 y en el DSM-IV como trastorno de ideas delirantes inducidas y trastorno psicótico compartido, respectivamente.

Motivo de consulta

Hombre

Paciente remitido desde el juzgado de guardia, donde había acudido en calidad de imputado tras comparecencia en el mismo en relación a un procedimiento judicial por amenazas con unos vecinos.

Mujer

Remitida desde el juzgado de guardia, donde había acudido a declarar como testigo.

Patobiografía

Hombre

Paciente de 59 años, natural de una capital gallega. Vivió en una casa-cuna hasta los 5 años, siendo entonces adoptado de forma ilegal por una familia que vivía en una aldea del interior de Galicia**.** Cursó estudios primarios. Con 14 años vuelve a la capital para trabajar, aunque sigue visitando a sus padres adoptivos. A los 19 años

conoce a su mujer, casándose a los pocos meses. Nace su hija al año del enlace, viviendo en esos momentos en una capital de Galicia. Tras 10 años se mudan a vivir a la aldea. Trabajó en la pintura, jubilándose anticipadamente para cuidar de su esposa, según relata el paciente.

Mujer

Paciente de 58 años, natural de una aldea del interior de Galicia (distinta a la de su marido). Padre fallecido hace 7 años de muerte natural, su madre falleció hace un año por enfermedad cardíaca. Es la tercera de 4 hermanos (siendo dos varones y dos mujeres). Realizó estudios primarios, relata buen funcionamiento a nivel social. Se casó a los 19 años tras un breve noviazgo. Se ocupa de las tareas de la casa y de los animales que tienen.

Antecedentes personales

Hombre

No presenta alergia conocidas a medicamentos, ni tiene enfermedades médicas conocidas. No refiere hábitos tóxicos actualmente (consumo perjudicial de alcohol en el pasado). Historia de un ingreso por accidente de moto hace 30 años.

Mujer

No presenta alergia conocidas a medicamentos, no tiene hábitos tóxicos. Diagnosticada de hernia discal. La paciente toma Maprotilina y Alprazolam, según cree, para el dolor de la hernia discal.

Antecedentes familiares

Hombre

Desconocedor de ellos.

Mujer

Niega antecedentes psiquiátricos familiares.

Anamnesis

Hombre

El paciente acude al juzgado en calidad de imputado en relación a un procedimiento judicial por amenazas con unos vecinos. En la declaración ante el juez, este solicita valoración por psiquiatría por presentar clínica delirante.

En el servicio de urgencias el paciente se muestra preocupado por su esposa, que tiene que tomar la medicación para los dolores por la hernia. Finalmente narra lo ocurrido:

"Me enjuiciaron en falso; vinieron a la puerta de entrada de mi casa y tiraron botellas de cristal; tuve que llamar al 091 para protegerme; oí y vi fuego; oí a las personas, no las vi" El paciente cuenta que esto ocurrió hace un año, a partir de esa fecha refiere que "el vecino viene haciendo denuncias falsas contra mí, de que lo agredía, cuando es él el que quiere agredirme a mí y a mi esposa". "Me siento triste, impotente, muy nervioso…". Además refiere insomnio.

Mujer

La paciente es remitida al servicio de urgencias desde el juzgado por parte del Medico Forense, que observa clínica delirante, para valoración psiquiátrica.

En el Servicio de Urgencias la paciente apenas habla, sólo relata que el vecino "atrancó la vía pública" y fue con su marido al ayuntamiento, y de allí al juzgado y al servicio de urgencias. "Los del juzgado nos han dicho que él era un psicópata". "La forense nos ha engañado, veníamos a la residencia para tomar un tranquilizante". "Los dolores de las hernias son los que me fastidian". "Yo no tengo nada más". "Tengo que irme a casa, tengo allí mi medicación para los dolores". También cuenta que el vecino los quiere matar.

Exploración psicopatológica

Hombre

En el Servicio de Urgencias el paciente está lúcido, vigil, orientado auto y halopsíquicamente. Mantiene buen contacto visual, y se muestra abordable. No se aprecian alteraciones mnésicas, normoproséxico. Su discurso es fluido y espontáneo, curso del pensamiento normal, verbaliza ideación de perjuicio en relación con un vecino. Presenta dinámica de delirio e interpretaciones delirantes. No existe alteración de la percepción. Durante la entrevista el paciente está nervioso y preocupado por la salud de su mujer. Refiere ansiedad e insomnio.

Mujer

Durante la entrevista en el servicio de urgencias la paciente esta lúcida, vigil, orientada auto y halopsíquicamente. El contacto es extraño, y se muestra poco abordable. En ese momento no se explora si existen alteraciones mnésicas; normoproséxica. Su discurso es poco espontáneo, con pensamiento perseverante en cuanto a su necesidad de irse a casa. Comparte las ideas de perjuicio de su marido. No se objetivan alteraciones perceptivas. Se muestra intranquila, aparentemente eutímica y niega insomnio.

Se decide ingreso involuntario en la unidad de agudos en ambos casos.

Evolución intrahospitalaria

Debido a que ingresa el matrimonio en el mismo servicio de psiquiatría, se les plantea la necesidad de estar separados, por lo que se mantiene uno en aislamiento mientras el otro está fuera de la habitación, y terapia de grupo en distintos días: la esposa está por las tardes y la cena en la habitación y asiste al grupo los días impares; así el marido pasa la mañana y la comida en la habitación y acude al grupo los días pares.

Hombre

Durante el ingreso el paciente se muestra muy preocupado por su esposa, y pide que la manden a casa. Tolera bien el aislamiento pero tiene miedo de que a su esposa le resulte muy larga la tarde.

Si bien en el servicio de urgencias se le había pautado tratamiento con antipsicótico atípico (Risperidona 6 mg/día) en la Unidad de agudos se retira dejándole pautado Loracepam 2 mg/día y Lormetacepam 1 mg en caso de insomnio (siendo necesario en 4 ocasiones).

El primer día del ingreso habla de que "cuando nació mi hija era un chaval, y después la cambiaron por una chavala; esto lo supe hace poco, hace un año, me lo dijo un vecino; la madre no quiere tener relación con ella". Cuenta que la primera en sospechar que les querían hacer daño fue su mujer.

En el tercer día de ingreso la hija del matrimonio se pone en contacto con la unidad de agudos, vive en Barcelona y desde hace 3-4 años no mantiene relación con sus padres "Mi padre tuvo problemas con el alcohol en otras épocas, el nunca tuvo dinero; su vida fue difícil, se crió en una casa-cuna hasta los 5 años, después se fue a vivir con una familia al pueblo, su padrastro era agresivo. Como no hablaban conmigo, hablé con el cura hace un año, me dijo que salían por la noche, que esquivaban a los vecinos por los caminos, que tenían a todo el pueblo en contra; con el vecino, que es muy problemático, tiene problemas desde hace años, especialmente con mi padre, desde la infancia… Mi padre era un monigote de mi madre, ella siempre fue la cabeza pensante".

El paciente mantiene buen contacto con la psiquiatra que lo trata en la unidad de agudos, a la que le impresiona de ser una persona muy sugestionable. No verbaliza ideación suicida, aunque le comentó a una enfermera que "si salgo de aquí me mato". Cuando se le cuenta que había llamado su hija, quiere hablar con ella

si llama. Presenta dudas en relación al delirio de filiación de su hija.

El séptimo día habla con su hija, se muestra muy emocionado, llorando en diversos momentos de la entrevista y agradece que pudiera hablar con ella. Su hija le propuso irse a Barcelona con ella, y que después vaya su madre con ellos, si quiere. El paciente mantiene discurso persecutorio del vecino.

El día anterior al alta hospitalaria se mantiene una entrevista con el paciente, su esposa y el psiquiatra de ésta, se plantea la decisión que ha tomado él de irse con su hija de momento y que cuando sea dada la esposa de alta la vendrán a buscar y si quiere, irá a Barcelona. Ella reacciona mal, sale en dos ocasiones de la entrevista. "Si te vas me abandonas y te voy a denunciar, en el juzgado te dijeron que no me puedes dejar sola". El se muestra tranquilo, su reacción es adecuada, no se aprecia delirio de filiación ni ideas autolíticas, aunque mantiene delirio de perjuicio con el vecino, que según la hija tiene base real, por problemas desde la infancia y ser el vecino muy problemático.

Se decide finalmente el alta hospitalaria con posterior seguimiento ambulatorio en la USM.

Mujer

Desde el servicio de urgencias se inicia tratamiento con antipsicótico típico y atípico: Olanzapina 20 mg/día, Haloperidol 3 mg/día, pauta de ansiedad con Loracepam 1 mg y de insomnio con Lormetacepam 2 mg, además de pauta de agitación con 1 ampolla de Haloperidol im.

Una vez en planta se le modifica el tratamiento, retirando el Haloperidol oral, disminuyendo la dosis de Olanzapina a 15 mg/día y pautando Bromacepam 6 mg/día.

Durante el ingreso la paciente refiere que no sabe por qué está ingresada, muy demandante con el alta, llegando a enfadarse.

Según información que aporta telefónicamente la hija, la define como una persona muy egoísta y manipuladora: "o estás aquí y nos cuidas u olvídate de nosotros". Además refiere malos tratos físicos y psíquicos por parte de su madre durante la infancia. "Cuando yo tenía unos 3 años tuvo una depresión después del accidente de mi padre. Fue a psiquiatras en Lugo, particulares, y después en Santiago, tendría yo unos 11 años; durante algún tiempo me cuidaron mis abuelos, después nos fuimos de Lugo al pueblo, por recomendación de un psiquiatra y fue peor; a pesar de las crisis que mi madre tenía antes, parecíamos una familia normal; después allí se vio sola y empezó a agravarse, con más crisis, hizo intentos de suicidio delante mía…No se relaciona con su familia, siempre fue muy desconfiada, a veces de pequeña venían a casa familiares suyos y me decía: calla, que no nos oigan; y no les abría. Siempre intentó separarme de mi padre, con quien yo tenía muy buena relación, incluso llego a decir que manteníamos relaciones sexuales..."

La paciente minimiza la información que le van confrontando respecto al vecino, la hija. Quiere irse de alta porque dice tener una cita con el odontólogo próximamente.

El psiquiatra de la unidad que la sigue, se pone en contacto con su Médico de Atención Primaria, quien informa de que ha tenido muy pocas consultas con ella y que incluso a varias acudió el marido solo, pidiéndole informes y contándole problemas de fincas con los vecinos.

El décimo día, habla con su hija por teléfono, y según informa ésta, le insistió de nuevo en que una buena hija no los abandonaría.

El undécimo día del ingreso se mantiene la entrevista conjunta con su marido y los psiquiatras, mostrándose la paciente muy enfadada ante la decisión de su marido de irse una temporada a Barcelona con la hija de ambos.

El día del alta de su marido, la paciente se muestra disgustada por ello, aunque finalmente acepta

la idea de irse con él y su hija, cuando sea dada de alta.

Durante el resto de la hospitalización la paciente sigue insistiendo en el alta, verbaliza preocupaciones somáticas respecto a la menopausia, las hernias discales que tiene y por las que no está tomando tratamiento. Se muestra irritable cuando se le confronta con las dificultades de relación con su hija y vecinos.

A pesar de la nula conciencia de enfermedad, acepta tomar el tratamiento e irse a Barcelona, por lo que se pacta con la familia el alta hospitalaria con seguimiento ambulatorio en la USM.

Juicio diagnóstico

Hombre

F24 Trastorno de ideas delirantes inducidas

Mujer

F23.3 Reacción paranoide

F60 Trastorno paranoide de la personalidad

Tratamiento y evolución

Como se había acordado en la unidad de agudos los pacientes fueron a Barcelona con su hija, aunque volvieron al poco tiempo, solos, por los "papeles del médico".

Hombre

El paciente es dado de alta hospitalaria sin tratamiento antipsicótico, ya que parece que la separación produjo mejoría en la sintomatología delirante, por lo que se sospecha que el caso primario y dominante en el delirio compartido es la esposa, y el paciente con una personalidad más débil y sugestionable, es el secundario. Se pauta Loracepam 1 mg/día y si presentase ansiedad, podría tomar ½ cp más.

En la primera consulta en la USM, el paciente continua verbalizando ideación delirante respecto al vecino, refiere ánimo bajo con ideación suicida pero sin estructuración y motivos importantes por los que no llevar a cabo dichas ideas (su hija y esposa). Se decide iniciar tratamiento con Paliperidona 6 mg/día, Loracepam 1 mg a demanda y Lormetacepam 1 mg si presentase insomnio.

El paciente vuelve a consulta un mes después, relata haber tomado el tratamiento de forma irregular, debido a que persiste el discurso delirante se reinstaura el mismo tratamiento. El paciente vuelve a comprometerse a tomarlo de forma continuada.

Mujer

La paciente al alta de la unidad de agudos debe tomar Olanzapina 15 mg/día, Bromacepam 6 mg/día y Lormetacepam 2 mg si presentase insomnio.

El Médico de Atención Primaria realiza un informe de interconsulta a la USM, relatando que el marido había acudido a la consulta aludiendo que su esposa se encontraba mal, que los disgustos la encaman y que se encuentra muy baja de moral, por lo que cuando es vista en la consulta de la USM se instaura tratamiento con Maprotilina 75 mg/día. Además dice no haber tomado el tratamiento que se le pauto al alta hospitalaria, por lo que se le recomienda tomar Paliperidona 6 mg/día, Bromacepam 3 mg/día y Lormetacepam 1 mg si tuviese insomnio.

Al mes vuelve a consulta acompañada de su marido; la paciente no tomó el tratamiento alegando que le produjo disnea, además expresa ideas un tanto bizarras en torno a las hernias discales "que me cortan la circulación". Se decide cambiar el antipsicótico por Risperidona 3 mg/día, manteniendo el resto del tratamiento igual.

Discusión

Como en toda entidad poco frecuente, para realizar un tratamiento y abordaje adecuado, es necesario identificar el cuadro clínico y su situación.

Cuando las creencias parecen ser confirmadas por el entorno, es difícil identificar una psicosis. En nuestro caso, la hija del matrimonio confirma la existencia de problemas con el vecino desde hacía muchos años, sin embargo, las dimensiones que alcanzan estas ideas, parecen sobrepasar lo razonable, llevando a los sujetos a adoptar una dinámica de delirio (no salen hasta la noche, evitan el contacto con los vecinos...).

En muchos caso de folie à deux resulta difícil dilucidar cuál es el sujeto activo o primario y cuál es el sujeto pasivo o secundario, en el caso que nos ocupa al no haber sido estrictamente separados podrían no aclararse las dudas, teniendo en cuenta además que el delirio de perjuicio no llega a resolverse en ninguno de los dos casos. Existe la peculiaridad de que es el marido el que más verbaliza el delirio de perjuicio, sin embargo, la descripción de la hija de la personalidad materna y el funcionamiento de la misma en la planta de hospitalización, nos lleva a afirmar que el caso primario seria la esposa.

En cuanto al tratamiento, se decidió en la USM pautar tratamiento antipsicótico también al sujeto pasivo ya que el "aislamiento" no había resultado suficiente para suprimir la ideación delirante de perjuicio, si bien, se consiguió resolver el delirio de filiación.

Podría ser aconsejable, iniciar un tratamiento con antipsicóticos depot debido a la nula conciencia de enfermedad que presentan, sobre todo en el sujeto primario, facilitando así un seguimiento en su Centro de Salud o en la USM.