Delirio compartido o folie a deux.

Shared psychotic disorder or folie à deux.

Maria Herrera Giménez[1], Carmen Llor Moreno[2]

[1] F.E.A. Psiquiatría. H.G.U. Morales Meseguer. [2] F.E.A. Psiquiatría. C.S.M. San Andrés.

Resumen:

Objetivos: Presentamos un caso de dos hermanas con un delirio compartido, que evidencia las dificultades diarias a las que nos enfrentamos en Salud Mental. Nos marcamos como objetivo comprender de manera mas profunda la dinámica de este curioso proceso.

Metodología: A partir de la exposición de un caso clínico realizamos una revisión bibliográfica del delirio compartido.

Resultados: Por definición es una enfermedad en la que sus dos componentes tienden a mantener una relación asimétrica, aislarse del entorno y desarrollar una interdependencia enfermiza. Se evidencia la dificultad para realizar una adecuada intervención tanto a nivel farmacológico como a nivel psicoterapéutico, ya que el delirio suele afectar a varios miembros de la familia.

Conclusiones: Para llegar a este diagnóstico es fundamental que dos o más personas compartan el mismo sistema de ideas delirantes y se apoyen mutuamente en sus creencias.

Se pone de manifiesto los riesgos de la enfermedad y los riesgos sociales en que se pueden ver involucrados terceros.

Palabras clave: locura compartida, parentesco, psicosis, aislamiento.

Abstract:

Objectives: We present a case of two sisters with shared psychotic disorder, which shows the everyday difficulties we face in Mental Health. We set our goal to deeply understand the dynamics of this interesting process.

Methodology: After a case report presentation, we carried out a literature review about shared psychotic disorder.

Results: By definition, this is a disorder in which its two parts tend to have an asymmetrical relationship, to isolate themselves from the environment and to develop an unhealthy interdependence. The difficulty to carry out a suitable intervention, both at a pharmacological level and at a psychotherapeutic level, becomes evident, since this disorder usually affects several members of the same family.

Conclusions: To come to this diagnosis it is essential that two or more people share the same delusion system and that they support each other in their beliefs.

The risks of the disorder and the social risks which can involve others become evident.

Key words: Shared psychotic disorder, relationship, psicosis, isolation.

Introducción

En 1877, en Francia, Lasègue y Falret[1] bajo la hipótesis de que la transmisión de un trastorno psiquiátrico era posible cuando un individuo dominaba a otro, ambos habían convivido estrechamente aislados y las ideas se mantenían dentro de unos límites de posibilidad, acuñan el término Folie à deux que por definición es una enfermedad que se padece a dúo, teniendo estas dos personas una relación de parentesco. Posteriormente se han citado numerosas formas de llamarla: "insana comunicada", "psicosis simbiótica", "trastorno psicótico compartido", "trastorno paranoide compartido"[2].

Es una condición psiquiátrica caracterizada por la presencia de síntomas psicóticos similares, normalmente ideas delirantes, en dos o más individuos. Los dos componentes del dúo tienden a mantener una relación asimétrica, a aislarse del entorno desarrollando una interdependencia enfermiza, de tal manera que forman una pareja fuertemente cohesionada que comparten un conjunto de creencias paranoides.

Los individuos incluidos en el trastorno son miembros de una misma familia o sujetos que comparten una relación cercana. Normalmente sólo uno de los individuos sufre un auténtico trastorno psicótico, llamado caso primario, y es el que induce en el otro la aparición de síntomas similares[3].

Los criterios diagnósticos del CIE-10 y DSM-IV-TR se resumen en la **tabla 1**[4] y **2**[5]:

Tabla 1. CIE-10. Criterios para el diagnóstico de trastorno de ideas delirantes inducidas

El trastorno de ideas delirantes, poco frecuente, es compartido por dos o más personas que tienen estrechos lazos emocionales. Sólo uno de los afectados padece un auténtico trastorno psicótico. En el otro, o los otros, las ideas delirantes son inducidas y normalmente remiten cuando se les separa. El trastorno psicótico del individuo dominante suele ser una esquizofrenia, pero esto no es algo ni necesario ni constante. Tanto las ideas delirantes originales de la persona dominante como las inducidas en la otra son crónicas, de naturaleza persecutoria o de grandeza. Las creencias delirantes sólo son transmitidas de esta manera en circunstancias extraordinarias poco frecuentes. Casi siempre las dos personas son familiares cercanos, aislados del entorno por su lengua, cultura o por factores geográficos.

Las personas en las cuales las ideas delirantes son inducidas suelen ser también dependientes o tienen una relación de servidumbre con la que padece la psicosis genuina.

Pautas para el diagnóstico

a) Dos o más personas comparten el mismo tema o sistema de ideas delirantes y se apoyan mutuamente en sus creencias.

b) Ambas comparten una relación extraordinariamente estrecha, del tipo descrito más arriba.

c) Hay evidencia temporal y circunstancial de que las ideas delirantes son inducidas en la persona pasiva (dominada) de la pareja por el contacto con la persona activa (dominante). Incluye: *folie a deux*, trastorno paranoide inducido y psicosis compartida.

Tabla 2. DSM IV-TR. Criterios para el diagnóstico de trastorno psicótico compartido

A. Se desarrolla una idea delirante en un sujeto en el contexto de una relación estrecha con otra(s) persona(s) que ya tiene(n) una idea delirante establecida.

B. La idea delirante es parecida en su contenido a la de la persona que ya tenía la idea delirante.

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno psicótico (p. ej., esquizofrenia) o de un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, y no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a una enfermedad médica.

Se trata de una condición psiquiátrica descrita como rara que podría ser más común que lo previamente conocido. Realmente las cifras de incidencia y prevalencia son inciertas debido al

pobre reconocimiento clínico de esta patología (debemos tener en cuenta que son pacientes que consultan muy poco).

Hay estudios que muestran que el trastorno psicótico compartido se encuentra con mayor frecuencia en mujeres en todos los rangos de edad. Sin embargo no se confirma un incremento de susceptibilidad en las mujeres y las revisiones mas recientes no muestran diferencias en la distribución del trastorno respecto al sexo y edad.

En la mayoría de casos este trastorno incluye a sólo dos individuos. Aunque se han reportado grupos mas grandes en la literatura y se ha documentado el caso de una familia de doce individuos con un trastorno psicótico compartido[6].

La gran mayoría de casos los polos involucrados comparten lazos de sangre o una relación cercana. Las diadas mas frecuentes suelen ser: madre-hijo, padre-hijo, hermana-hermana (como es el caso que presentamos), esposa-esposo e incluso amigos muy íntimos.

La herencia parece jugar un papel relevante en su 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 dicha hipótesis. Los estudios muestran 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[7].

En el polo primario entre las condiciones mórbidas asociadas encontramos: esquizofrenia, 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.

El mecanismo por el cual se genera la inducción de ideas delirantes en el polo receptor (caso secundario) es poco entendido.

Normalmente la 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 más sugestionable. Normalmente la pareja ha experimentado una relación de larga duración, en relativo aislamiento de los pares bajo condiciones de pobreza[8].

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.

A continuación describimos un caso clínico en el que se ven involucradas dos hermanas cumpliendo muchas características de las descritas anteriormente.

Caso clínico

Se trata de dos hermanas, a las que llamaremos M. y B. que acuden con mucha urgencia a salud mental por iniciativa propia, refiriendo una situación de grave riesgo social para D. y A., hijos de B. y sobrinos de M.

M. es una paciente ya conocida en consulta. Se trata de una mujer de 37 años, profesora de religión. Inicia su contacto en salud mental en el año 2003, por iniciativa propia demanda tratamiento pues dice ser víctima de un acoso sexual por parte de sus compañeros del instituto de secundario en el que trabaja. Posteriormente cambia de centro de trabajo y allí relata de nuevo mismos acontecimientos. Su contacto durante la entrevista es perplejo, así como su actitud muy inadecuada (esto son notas reflejadas por el profesional que en su momento la entrevista). Deja de acudir a sus revisiones y ya es en 2010 cuando retoma el contacto con salud mental, de nuevo por iniciativa propia y con mucha premura, buscando beneficios legales, pues esta siendo víctima de una expropiación indebida de una finca propiedad de su familia. En ese momento su madre se encuentra en frágil estado de salud, en cuidados paliativos por un cáncer de pulmón con múltiples metástasis diseminadas, y ella quiere utilizar esta finca para hacer un centro de cuidados ecológicos para enfermos oncológicos. Relata que va a plantar aloe vera, y dará zumos y

cremas de esta planta, así como miel elaborada por ella, para curar a los pacientes oncológicos. En acuerdo con sus hermanos deciden trasladar a su madre a esta finca y que ésta pase sus últimos días a base de sus cuidados. Durante este tiempo se evidencia en consulta elevada angustia psicótica y si bien no hay alteraciones sensoperceptivas si inicia ideas delirantes de perjuicio poco estructuradas en relación a un vecino que los esta espiando, les hace fotos mientras se duchan, por lo que deben cambiar su horario de aseo a las tres de la mañana, pues a esta hora aún no ha amanecido y ellos (los tres hermanos que componen la fratria), no encienden la luz para evitar ser vistos desnudos.

Tras el fallecimiento de la madre abandona unilateralmente revisiones psiquiátricas, pues "está muy ocupada con sus clases de religión". Durante este tiempo la adherencia farmacológica a tratamientos pautados sospechamos que ha sido nula, aunque ella dice si tomar la medicación. El diagnóstico que recibe M. es trastorno de ideas delirantes persistente (F.22-CIE 10).

En octubre del 2012 vuelve a acudir a consulta, solicitando ser vista con mucha urgencia y premura, ella y su hermana menor B., pues esta se encuentra en una difícil situación, ya que sus dos hijos, D. y A., están siendo víctimas de maltrato por parte del exmarido de B. Esta se separó hace tres años y en la sentencia de separación se otorga la custodia al padre de ambos niños, al que la madre hace meses que no ve. En septiembre ambas hermanas, que se han mantenido en la finca aisladas durante tres meses, ocupadas en los zumos de aloe vera y recolección de miel, van a verlos un fin de semana y encuentran "indicios" de posible maltrato (los datos que aportan al referirse a estos son de nula consistencia), por lo que ponen una denuncia al padre y demás familiares de los niños, con los que viven desde la separación. Intervienen los Servicios Sociales así como los psicólogos forenses del Juzgado, que en ningún momento evidencian o confirman signo o síntoma alguno de maltrato, desestimando finalmente la denuncia inicialmente interpuesta y pautando una orden de alejamiento a la madre.

B. impresiona de una inteligencia límite, así como una personalidad muy sugestionable y muy claramente influenciable por su hermana mayor, quien es quien relata toda la historia e inicia las demandas legales contra el exmarido y familia de B.

Inician ambas seguimiento en salud mental, siendo de nuevo clara la adherencia por un posible beneficio legal, y M. al intervenir la justicia desestimando su demanda, iniciar sus clases de religión en una localidad a la que traslada su residencia, abandona de nuevo el seguimiento en la consulta.

B. si continúa sus revisiones, y es al separarse de su hermana cuando normaliza su comportamiento, haciendo una crítica parcial de los hechos acontecidos, observándose una mejoría clínica hasta ser dada de alta. El diagnóstico que recibe es trastorno de personalidad mixto.

Discusión

Como en todas las entidades poco frecuentes, para realizar un tratamiento y abordaje adecuados, el primer paso lo constituye la identificación del cuadro clínico y su situación. Puede ser difícil reconocer una psicosis si las creencias son confirmadas aparentemente por un familiar. En la evaluación del cuadro y la situación, hay que tener en cuenta los factores clínicos y sociales que subyacen, ya que son importantes en la configuración de un entorno que conduce a compartir el delirio.

Para el desarrollo de este curioso fenómeno clínico vemos como la sugestionabilidad desempeña un papel importante en esta patología, en cuanto es una respuesta acrítica y de sumisión a una idea o influencia. El abuso de drogas, el envejecimiento y el aislamiento social pueden ser, también, factores contribuyentes para este trastorno.

Este trastorno se va desarrollando de una manera paulatina: primero un individuo delirante auténtico va armando y calculando poco a poco sus convecciones, una historia pausible junto a la persona allegada, sumisa con él por una regla de autoridad legítima socialmente reconocida. Luego una persona débil con mayor sugestionabilidad y dependencia, o menor inteligencia, carácter o actividad, va adquiriendo aquellas creencias delirantes como algo real y normal. El iniciador y el receptor tienen muchos elementos en común, han vivido estrechamente unidos en

el mismo ambiente durante un largo periodo, relativamente aislados del mundo exterior, comparten muchas experiencias vitales, necesidades y esperanzas comunes, siendo lo mas significativo la profunda relación emocional[9].

Los datos sugieren que la asociación estrecha es lo que más contribuye a su desarrollo.

Para el tratamiento de esta locura compartida existen varias maneras, una de ellas es la separación de la pareja o grupo que recibe las condiciones del inductor de las ideas delirantes. Por lo general esto suele ser suficiente par que el o los sujetos pierda las ideas patológicas y recupere la cordura, volviendo a vivir en la realidad.

En ocasiones los resultados terapéuticos dependen en gran medida de la respuesta del inductor psicótico, en el caso de que la separación no pueda realizarse en forma total y se siga manteniendo de alguna manera la influencia de uno sobre el otro[10].

Es fundamental que el receptor o persona secundaria reciba tratamiento psicoterapéutico, con el fin de aceptar que el otro está mentalmente enfermo y que hay otras formas de permanecer juntos sin necesidad de compartir la locura, o elaborar la pérdida de la otra persona y por consiguiente de la relación.

• Recibido: 14/11/2015.
• Aceptado: 4/1/2016.

Contacto
María Herrera Giménez • H.G.U. Morales Meseguer
Avenida Marqués de los Vélez s/n • 30008 Murcia
Tel.: 968 360 900

Bibliografía

1. Lasegue C, Falret J. La folie a deux. Ann. Med. Psychol, 1877; 18: 321-56.
2. Munro A. Deslusional disorder, paranoia and other related illnesses. Cambrigde University Press; 1999.
3. Incorvaia D., Helmes E. Shared psychotic disorder: a psicosocial psicosis? Curr. Psychiatry Rev. 2006; 2: 353-360.
4. Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. OMS. Madrid. España. Médica Panamericana. 2002.
5. American Psychiatric Associaticon. Diagnostic and statistic manual of mental disorder. 4 ed. Washington: APA, 1994.
6. Rodriguez Torres C., Hernández Yasno M.A., Rangel Morales M. C., Martínez Gutiérrez A. M., Valero Valera Y. Trastorno psicótico compartido: a propósito de un caso entre dos hermanas. Rev. Colombiana Psiquiatría. Vol 41, 2. 2012.
7. Pérez V., Velásquez C.C. Trastorno psicótico compartido en una madre y su hijo de 13 años. Universitas Médica. 2006. vol. 47. nº 2. 197-204.
8. Silveira JM, Seeman MV. Shared psychotic disorder: a critical review of the literature. Can J. Psychiatry. 1995; 40: 389-395.
9. Rendueles Olmedo G. La locura compartida. Gijón: Belladona. 1993.
10. Arnone D., Patel A., Ming – Yee Tan G. The nosological significance of folie à deux: a review of the literature. Ann. Gen. Pchiatry. 2006; 5-11.