

## Casos clínicos:

# Folie à deux

Mirka Arriagada<sup>1</sup>, Gonzalo Arce<sup>2</sup>, Carolina Cornejo<sup>3</sup>

## Resumen

JMCD, Sexo masculino, 19 años, soltero, sin hijos. Vive en Casas Compartidas de la Fundación Don Bosco.

## Examen Mental:

Refiere que conversa con Dios en su corazón, y ahí siente el "fuego", pero no lo ve ni lo escucha. Dice tener la misión de predicar (sin mayor elaboración), y que no le gusta ninguna Iglesia. Discurso sin alteración del curso formal. Afecto de "templanza" forzada y superioridad. Al ingreso se agita y presenta postura antieconómica (también en el hogar: crucificado). Pone los ojos en blanco y parpadea rápidamente. Sin consciencia de enfermedad. Juicio de realidad alterado.

## Diagnósticos:

Síndrome delirante lúcido. Folie à deux.

## Discusión:

El trastorno de ideas delirantes inducidas, también conocido como Trastorno psicótico compartido o folie à deux es una condición poco común, caracterizada por síntomas psicóticos en 2 o más individuos que mantienen una relación cercana.

**Palabras claves:** Folie à deux, Síndrome delirante lúcido, delirio compartido.

## Case report: Folie à deux

### Summary:

JMCD, male, 19 years old, single, childless. Live in shared houses of the Don Bosco Foundation.

### Mental examination:

Refers conversing with God in his heart, and there he feels the "fire", but neither sees nor hears God. He claims to have the mission of preaching (without further processing), and he does not like any church. Speech without altering the formal course. Forced "temperance" affection and superiority. Agitation at In- come and presents uneconomical posture (also at home: crucified). He rolls his eyes and blinks rapidly. Without awareness of disease. Reality trial actually altered.

1. Psiquiatra
2. Residente Psiquiatría
3. Psicóloga.

Equipo terapéutico Sector 3 Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz B."

## Diagnosis:

Lucid delusional syndrome. Folie à deux.

## Discussion:

The disorder of induced delusional thoughts, also known as shared psychotic disorder or folie à deux is a rare condition characterized by psychotic symptoms in 2 or more individuals who maintain a close relationship.

**Keywords:** Folie à deux, lucid delusional syndrome, shared delusion.

*"Si una declaración es verdadera es una pregunta totalmente diferente dependiendo de si usted o alguien lo cree. ... Puede haber verdades que nadie cree. Simétricamente, puede haber creencias que no son ciertas. ... "*

## Caso Clínico

JMCD, Sexo masculino, 19 años, Soltero, sin hijos. Viviendo en Programa Casas Compartidas, Fundación Don Bosco.

### Servicio Urgencia (SU)

#### Anamnesis

Ingresa al SU día 22-05-2016, traído por psicóloga de programa social de Casas Compartidas de la Fundación Don Bosco. Donde vive hace tres meses. Antes, desde los 10 años residía en hogar de menores (SENAME). En Febrero 2016 salió forzosamente (por edad) del último lugar donde residía con 5 compañeros (uno de ellos FF, su mejor amigo).

Hace tres semanas junto a FF, comienzan con "importante cambio conductual" en actitud, aspecto, discurso, etc.: Importantes ideas de culpas y místico-religiosas por haber consumido drogas. Comienzan a predicar.

El día anterior al ingreso FF se lanza a la jaula de los leones del zoológico metropolitano. JC no presenta tristeza ante esta noticia; no sabía lo que iba a suceder con FF y sabe que él estará bien.

**Antecedentes personales**

Egresada el año 2015 de cuarto medio, como técnico en gastronomía. Repitió solo segundo medio. Actualmente trabaja de guardia en un mall.

Medico/Qx: (-), Alergias: (-) TEC: a los 16 post riña (TC cerebral sin secuelas aparentes).

OH: desde los 12 años. THC: desde los 14 años (posiblemente diario en el último tiempo), Cocaína y PBC: (-)

**Examen Mental**

Vigil, orientado, lúcido. Viste de forma extremadamente pulcra (no era su estilo habitual), bien peinado, con anteojos ópticos de estilo "intelectual". Aspecto acorde a la edad, delgado pero con musculatura bien desarrollada. Establece intenso contacto visual, mira fijamente a los ojos. Se comporta de manera "empaquetada", poco espontánea, casi robótica. Pseudocoperador, da la impresión de escamotear constantemente.

Actitud y aspecto concordante con discurso que aparenta aprendido, de ideas rígidas, de rectitud y pureza, auto y/o hetero exigencia, sin dar cuenta de problemas en su pasado ni en su actualidad. Niega consumo de drogas, refiere sólo haber probado en el pasado.

Refiere que conversa con Dios en su corazón, y ahí siente el "fuego", pero no le ve ni lo escucha. Dice tener la misión de predicar (sin mayor elaboración), y que no le gusta ninguna Iglesia. Niega ideación o intentos suicidas. Discurso sin alteración del curso formal. Afecto de "templanza" forzada y superioridad.

Al ingreso se agita y presenta postura antieconómica (también en el hogar crucificado). Pone los ojos en blanco y parpadea rápidamente.

Sin consciencia de enfermedad. Juicio de realidad alterado.

Examen físico sin alteraciones.

**Diagnósticos**

Síndrome delirante lúcido. *Folie à deux*.

Observación:

Psicosis secundaria a drogas. Paranoia vera. TAB episodio maniaco.

EQZ 1° Brote. Trastorno de personalidad con rasgos histeroide e impulsivos.

Policonsumo de sustancias. Institucionalidad crónica. Problemas familiares graves.

**Tratamiento**

Observar conducta. CSV cada 8 horas. Verificar ingesta de fármacos. Régimen común.

Olanzapina 10 mg I.M. 1-0-1, Lorazepam 4 mg I.M. 1-0-1., Contención mecánica SOS.

Test de drogas en orina.

**Hospitalización**

23-05-2016: Paciente agresivo, agitado, quiere agredir a otro paciente. Muerde a funcionario "P.R.N.". Y cambio de tratamiento a: Haloperidol 5 mg I.M. 1-1-1, Lorazepam 4 mg I.M. 1-1-2, Clorpromazina 25 mg I.M. 0-0-2

Test de Drogas: Positivo THC y BDZ.

Paciente sin desajustes conductuales, cooperador, tranquilo, niega ideas delirantes, sin productividad alucinatoria.

**Ingreso sector 3 (26-05-2016)**

**Examen mental:** Vigil, lúcido, orientado en tiempo y espacio, Leptosómico, ropa ordenada bien cuidado. Contacto con intensa mirada. **Lenguaje.** Comunicativo con manierismos (pronunciación marcada con doble "S"), prosodia normal.

**Pensamiento:** Fenómenos de transactivismo (asociaciones laxas).

Ambivalencia ideativa, ideas delirantes mesiánicas con negación maniaca, "Vi en la cara de mi mamá que la quería mucho". Se le pregunta por cicatrices de FF, se levante la polera y muestra sus cicatrices. Ideas sobrevalorada de autoexigencias. Sin ideación suicida.

**Afectividad:** restringida con escasa modulación. Psicomotricidad: mímica complementaria y manierismo. (Realiza con sus manos movimientos para explicar situación familiar).

Juicio de realidad alterado. Sin consciencia de enfermedad.

Examen físico dentro de límites normales.

**Diagnósticos:** Trastorno delirante lúcido. *Folie à deux*.

Obs. EQZ 1° Brote. Obs. ¿Psicosis orgánica? ¿Exógena?

Adicción a THC, Obs. Poliadicción.

Caso Social, SENAME, VIF.

**Tratamiento:** Haloperidol 5 mg V. O. 1-0-1, Clorpromazina 100 mg V.O. 0-0-1/2  
Zolpidem 10 mg V.O. 0-0-1, Lorazepam 2 mg V.O. 1-1-1

**Evolución:**

01-06-2016: Paciente con tendencia a la retracción social, mira fijamente al sol y aparentemente reza. (07-06-2016): Se ha sentido bien, "feliz" (impresiona pseudofelicidad). Vino su hermana, Tamara, de 19 años quien le dijo que siguiera con el tratamiento.

Vino también su padre-tutor "Esteban"; él quiere que cuando salga, lo vaya a ver a su casa. Lo conoce hace años "me trata como un hijo". Quiere ir a ver a su padre preso, perdonarlo, pero ya no quiere tener relación con él. "Él hizo algo muy feo, violación familiar, pero de eso no quiero hablar... antes me dolía más, ahora pienso que él lo está pagando". Él tenía 12 años cuando sucedieron los actos de violación y ahí su padre queda preso. "mi familia se destruyó, quedaron en hogares, me sentí responsable de mis hermanas y de mi mamá".

Cree que la madre tiene problemas psicológicos y OH, por eso no se pudo hacer cargo de ellos, por lo que se tuvieron que ir a hogares. La entiende. Dice que la madre ha estado bien desde el año 2011. Ha pensado en muchas cosas que hacer, "se me pasan muchas cosas por la cabeza". Dice que ha hecho ejercicios. Quiere cantar, "me encanta cantar". Está de acuerdo con mostrar como canta en algún momento.

Sobre FF: Sí ha pensado en él y piensa que estará bien. Reconoce que sentía temor de que acá lo culparan por lo que pasó con su amigo.

JC regresa bien de permiso. Refiere poca energía muscular (pérdida de la gracia al caminar). Pendiente resultado de RNM cerebral, EEG. Se coordina reunión con funcionarios del proyecto hogares compartidos.

**Plan:** Evaluar cambio a Olanzapina 10 mg V.O.: 0-0-1/2.

**Pruebas Psicológicas** (14-07-2016): JC se encuentra orientado alopsíquica y autopsíquicamente. La capacidad intelectual actual medida en el test de WAIS, corresponde al rango Limitrofe. En el área verbal Normal Lento y en el área manual alcanza un rango Limitrofe.

El rendimiento observado en las pruebas neuropsicológicas aplicadas permite hipotetizar que presenta fallas cognitivas, relacionadas con la función atencional, caracterizada por la presencia de dificultades para atender de forma sostenida una tarea, alterando secundariamente la memoria de trabajo, lo que se podría expresar en un déficit en la capacidad de registro o evocación de la información, déficit ejecutivo-atencional.

Pensamiento poco flexible y con tendencia a la rigidez, déficit en las tareas motoras y de autocontrol.

**Conclusiones en el Test de Rorschach:** Personalidad con características inmaduras y con necesidad de afecto, presenta dificultad para comprender y conocer la realidad objetiva. Posee una organización psicológica que lo hace más vulnerable, pudiendo caer en depresión u otro tipo de alteración psiquiátrica.

Presenta indicadores depresivos e histéricos en una estructura de personalidad limítrofe.

**Evolución:** Paciente evoluciona estable y con mejoría en su psicopatología, por lo que se decide alta día. Control posterior a alta día, paciente tranquilo, sin síntomas psicóticos, con buena adherencia al tratamiento.

**FF se lanza a la jaula de los leones del zoológico metropolitano.**

En el Hospital Josefina Guzmán y en la UCI de la Clínica INDISA asegura que él no quería terminar con su vida en ese momento. "El paciente está claro, pero tiene pseudoalucinaciones e ideas delirantes religiosas y mesiánicas. FF no quería terminar con su vida; lo que tuvo es un brote psicótico que el día de mañana, si no se trata psiquiátricamente, puede ocurrir en otro espacio público. Es probable que después del alta requiera ser internado", afirma la especialista.

"FF ha sido vulnerado por falta de apoyo de adultos contenedores (...), posee un concepto de familia en que destaca la expresión de sus necesidades con tendencia a la idealización, siendo central el recuerdo de la madre fallecida. Se siente muy solo. En lo concreto, FF necesita y desea sentirse acogido y acompañado en su proceso, lo cual no ha podido cumplir "porque solo ha recibido la visita de su padre y en una sola oportunidad", dice el informe de la psicóloga.

El día en que FF despertó en la clínica tuvieron que amarrarlo para que no se levantara. Y cuando sus hermanos le preguntaron por qué había entrado a la jaula de los leones en el zoológico, dijo estar arrepentido. "Recuerda todo. Incluso nos confesó que empezó a sentir miedo cuando los leones lo empezaron a atacar, que sintió que se iba a morir y que pensó en mi mamá." FF dice que fue entonces que recuperó la conciencia. Pero que antes, frente a la jaula solo sentía angustia y voces en el oído que no lo dejaban en paz. 'Entra', le decían. 'Tienes que entrar'", informa la especialista.

**Discusión**

**"Locura compartida"**

El trastorno de ideas delirante inducidas, también conocido como Trastorno psicótico compartido o folie à deux es una con-

dición poco común, caracterizada por síntomas psicóticos en 2 o más individuos que mantienen una relación cercana. (Lasègue C, 1877)

"Locuras simultáneas". E. Regis (1880, La folie à deux):

- Dos individuos son predispuestos a la locura.
- Viven en contacto íntimo y perpetuo.
- Sufren influencias ocasionales que, actuando a la vez, en el mismo momento, los vuelven locos simultáneamente.
- Ambos están atacados en un mismo grado, tienen exactamente el mismo delirio, las mismas alucinaciones, el mismo lenguaje patológico.
- La separación no tiene, generalmente, ningún efecto beneficioso sobre el estado mental

#### Factores individuales:

**Identificación**, definida por Laplanche y Pontalis (1981) como "el proceso psicológico mediante el cual un sujeto asimila un aspecto, una propiedad, un atributo de otro y se transforma, total o parcialmente, según el modo de este". (Laplanche, J. y Pontalis, J.B.: 1981)

**Sugestibilidad**: es importante en todo tipo de contagio psíquico. En la sugestión, determinados estímulos provocan en el receptor una respuesta que supera a la esperable por la calidad y cantidad del estímulo. En la sugestión juega un papel importante el prestigio depositado en la persona inductora y la tensión expectante del receptor, lo que revierte en un detrimento de la crítica objetiva. Los factores emocionales y de dependencia juegan un papel importante en las posibilidades sugestivas; así como los mecanismos de transferencia.

**Instinto de imitación y obediencia**: que actúa en presencia de los dos anteriormente reseñados. Es como una transmisión por osmosis, de rasgos de conducta del inductor al inducido y que hace que encontremos en ambos elementos comunes como gestos, posturas, muletillas, etc., con semejanzas en espejo.

Algunos autores añaden también como factor que influye en la **transmisión de un delirio**, las vinculaciones paranormales, pensando en la existencia de comunicaciones extrasensoriales en la transmisión del delirio. (Empar P, Beatriz, 1989)

#### Factores ambientales

Es este caso, viviendo en Programa Casas Compartidas, "su estado de sin techo y extrema pobreza aumentó esta pronunciada marginación social y psicológica y, en nuestra opinión, contribuyó poderosamente al vínculo cohesivo entre ambos creado por la psicosis compartida. Otros sostienen que el en-

gño compartido sirve como fuerza unificadora para la familia, y como protección de lo que es percibido como una amenaza y ambiente hostil"

Esto es coherente con la teoría de que el intercambio de en el interior de la familia crea un tipo de "**pseudocomunidad**" que evita la intrusión desde el exterior y contribuye, en el extremo, a una red de patologías relacionales (Christensen, 2011)

#### Delirio de las persecuciones (H. Legrand du Saulle, 1874):

- "Ideas de persecución comunicadas o delirio a dos o a tres"
- Un enfermo domina al otro, el primero inteligente, y el otro mucho menos hábil.
- Uno el perseguido activo, el otro el perseguido pasivo.
- Si se tratan aislandolos, el primero no curará y el segundo sí.

JC tiene también otros factores: personalidad pasiva, el deterioro cognitivo, las dificultades del lenguaje y los eventos de vida.

Los delirantes secundarios (JC) muestran una alta tasa de comorbilidad que oscila entre 28.6-89.0%. Este hallazgo cuestiona la validez del diagnóstico y apoya la posibilidad de que la cercanía de los secundarios sólo constituye un desencadenante para una condición psiquiátrica en individuos ya susceptibles, que habrían desarrollado un trastorno psiquiátrico de todos modos.

Los secundarios fueron tratados con medicamentos a niveles similares de los primarios, a menudo en conjunción con la separación y otras intervenciones, (por ejemplo, psicoterapia), revelando que la separación no es siempre el tratamiento de elección para los secundarios.

Esperamos que los clínicos, conscientes de que el fenómeno, que es esencialmente la transferencia de los síntomas psicóticos de un individuo (Primario) a otro (secundario) puede ocurrir en muchas situaciones fuera de los confines de las actuales sistemas de clasificación diagnóstica y, por lo tanto, no es tan raro como se cree; y que la aparición de los síntomas psicóticos deberían alertar al clínico a investigar la presencia o supervisar el desarrollo de cualquier enfermedad mental en un secundario, ya que esto puede pasar inadvertido. (Arnone D, 2006) Figura 1 y 2.

**"Locura inducida"** A. Gralnick, (1942): Es la transferencia de ideas delirantes o de comportamientos anormales de una persona a otra o a varias que han estado ligadas por una relación estrecha con el enfermo, quien ha sido el primer afectado. Figura 3

## Figura N°1

### CIE 10. F24 Trastorno delirante inducido

Trastorno delirante compartido por dos o más personas, entre las cuales hay vínculos emocionales estrechos. Sólo una de las personas sufre un verdadero trastorno psicótico. 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

- Dos o más personas comparten el mismo tema o sistema de ideas delirantes y se apoyan mutuamente en sus creencias.
- Ambas comparten una relación extraordinariamente estrecha, del tipo descrito más arriba.
- Hay evidencia temporal y circunstancial de que las ideas delirantes están inducidas en la persona pasiva (dominada) de la pareja por el contacto con la persona activa (dominante)

Trastornos mentales y del comportamiento CIE 10. Organización Mundial de la salud. Madrid: Meditor, 1992.

## Figura N°2

### Criterios para el diagnóstico de F24 Trastorno psicótico compartido (297.3)

- 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 (por ejemplo, esquizofrenia) o de un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, y no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (por ejemplo, una droga, un medicamento) o una enfermedad médica.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV. 4 ed. Barcelona: Masson, 2002.

## Figura N°3

### Clasificación de Galnack de subtipos de delirio compartido (1942)

**Psicosis impuesta** (*folie imposée*). Es la forma clásica en que una persona induce las creencias delirantes de otra. Es la única incluida en la clasificación DSM IV. El delirio no se mantiene tras separarse del inductor.

**Psicosis simultánea** (*folie simultanée*). Dos individuos íntimamente relacionados y con predisposición premórbida desarrollan al mismo tiempo una psicosis. La separación puede modificar el contenido del delirio, pero no modifica las bases psicopatológicas de las personas que lo han compartido.

**Psicosis comunicada** (*folie communiquée*). El delirio es inducido por una persona a otra tras un período de resistencia, que puede desarrollar otras ideas delirantes distintas a las del inductor. Se mantiene en el receptor aunque se lo separe del inductor.

**Psicosis inducida** (*folie induite*). Un paciente induce nuevos delirios en otro paciente también delirante.

- **La locura comunicada.** El cuadro es una superposición del delirio inducido, teniendo como única diferencia la de que el miembro inducido ha de ser histérico. Esta condición va a conferir a este cuadro unas características muy definidas. La separación no mejora la sintomatología del miembro inducido. La fácil sugestibilidad del histérico y su patoplastia, son terrenos abonados para que el delirio se injerte y eche raíces convirtiéndose, a veces, en formas más floridas que el delirio original.

#### Epidemiología

En más del 90% de los casos están involucrados miembros de una sola familia; la situación más frecuente involucra a dos hermanas. Madre e hijo son los siguientes en cuanto a la frecuencia de ocurrencia, seguidos de las combinaciones padre e hijo, es-

posa y esposo. Las parejas de amigos y enfermos mentales son infrecuentes, pero han ocurrido, como ahora.

La recomendación de Lasègue de aislar al receptor originalmente sano mentalmente parece no ser suficiente. La persistencia de los delirios en un receptor, incluso después de la separación del inductor es bastante común - el 60% de los casos reportados. Algunos autores abogan por la terapia "conjunta" donde se aplican tanto la terapia individual como la familiar.

#### Influencia social y pruebas de realidad

La influencia social se ha equiparado con la *conformidad*. La conformidad es la confianza en el juicio de otra persona en ausencia o incluso en contradicción con el propio juicio (Smith, 1982).

De acuerdo con Muzafer Sherif (Sherif, 1936) las normas surgen a través de la interacción social; se basan en la *reducción de la incertidumbre* - la gente utiliza las opiniones de los demás como guía de la realidad en una situación ambigua e incierta. A través de la interacción, los grupos convergen en normas de grupo únicas. Las normas del grupo persisten en juicios posteriores de individuos.

El deseo de ser aceptado y aprobado como miembro del grupo normativo se consideró una motivación principal.

La autocensura se practica para adherirse al consenso, se forma una ilusión que todo lo dicho y acordado dentro del grupo es verdadero (unanimidad), se *evita el pensamiento crítico*. Cuanto más cerca está el grupo, más estrechos son los límites de la conformidad, y cualquier desacuerdo dentro del grupo se percibe como una amenaza. El síntoma de la invulnerabilidad es la ilusión compartida de que el grupo es muy poderoso (Salganik, I., (2006)

## Bibliografía

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV. 4 ed. Barcelona: Masson, 2002.
2. Arnone D, Patel A, Tan GM. The nosological significance of Folie à Deux: a review of the literature. *Ann Gen Psychiatry*. 2006 Aug 8;5:11.
3. Christensen, Richard C. and Ramos Erwin. *C a s e r e p o r t* The Social and Treatment Consequences of a Shared Delusional Disorder in a Homeless Family
4. *Innovations in Clinical Neuroscience* 42 [ V o l u m e 8, N u m b e r 4, A P R I L 2 0 1 1 ] 42-44
5. Du Saulle, Legrand. *Le délire des persécutions* Paris. 1874. R. Plox Eds.
6. Empar Pérez, Beatriz Allué. *Psicosis En Familia*. *Arxiu o' etnografia de Catalunya* 1989, 7:99-111.
7. González Jessica, Orozco Priscilla, Vivanco Sofía P. *Psicosis "Trastorno psicótico compartido"*. Universidad Autónoma de Guadalajara. En: [www.academia.edu/12475623/Psicosis\\_Trastorno\\_psicótico\\_compartido\\_](http://www.academia.edu/12475623/Psicosis_Trastorno_psicótico_compartido_)
8. Gralnick A. *Folie a deux - the psychosis of association: A review of 103 cases and the entire English literature*. *Psychiatr Q* 1942;16:230-263.
9. Laplanche, J. y Pontalis, J.B.: 1981 *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona, Labor
10. Lasèque C, Falret J: *La folie à deux*. *Ann Med Psychol* 1877, 18:321-355.
11. *Trastornos mentales y del comportamiento CIE-10*. Organización Mundial de la Salud. Madrid: Meditor, 1992.
12. Regis, E.: 1880 *La folie ~ deux*. Tesis de doctorado en medicina. Paris, Faculté de Hédecine de Paris.
13. Salganik, I., Soifer, P. (2006). *Folie a Deux - a Social-Psychological Approach* *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*. 10 (1) 141-151
14. Sherif M. *The Psychology of Social Norms*. New York: Harper, 1936.
15. Smith RM. *Persuasion and Human Action: A Review and Critique of Social Influence Theories*. Belmont, Ca.: Wadsworth, 1982.