

**Eva Varela** <sup>1\*</sup>  
**Javier Goti** <sup>2</sup>  
**M<sup>a</sup> Teresa Campillo** <sup>3</sup>  
**Celeste Galcerán** <sup>1</sup>  
**Inmaculada Baeza** <sup>1,4</sup>

1 Servicio de Psiquiatría y Psicología infanto-juvenil, SGR-881, Hospital Clínic i

Universitari, Barcelona, España.

2 Servicio de Psiquiatría y Psicología, IMQ-AMSA, Bilbao, España.

3 Centre Torribera, Parc de Salut Mar, Barcelona, España.

4 Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (CERCA-IDIBAPS) y Universitat de Barcelona, España.

\*AUTOR DE CORRESPONDENCIA:

Dra. Eva Varela

Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil, Hospital Clínic de Barcelona, España

Correo electrónico: [evarela@clinic.cat](mailto:evarela@clinic.cat)

ORCID: [0000-0002-8873-429X](https://orcid.org/0000-0002-8873-429X)

*Folie à deux en un niño prepúber y su madre*

*Folie à deux in a prepuberal child and his mother*

## RESUMEN

El Trastorno psicótico compartido (DSM-5) o Trastorno por ideas delirantes inducido (CIE-10), tradicionalmente conocido como “folie à deux” es una patología rara, probablemente infradiagnosticada debido al grave aislamiento social y falta de conciencia de enfermedad que caracteriza a estos pacientes. Se han publicado algunos casos clínicos y revisiones sobre este trastorno, mostrando que la mayoría de relaciones se establecen en el núcleo familiar, sobre todo entre parejas. Hay pocos casos documentados que se presenten en un paciente inducido menor de edad. Se describe un caso clínico de una díada madre-hijo menor de edad, seguida de una breve discusión basada en la literatura.

**Palabras clave:** psicosis inducida, psicosis compartida, folie à deux, prepúber

## ABSTRACT

Shared Psychotic Disorder (DSM-5) or Induced Delusional Disorder (ICD-10), traditionally known as “folie à deux”, is a rare condition, probably underdiagnosed due to the serious social isolation and lack of insight that characterizes these patients. Some case reports and reviews have been published about this disorder, showing that the majority of the relationships are within the nuclear family with married or common-law couples being the most frequent. There are very few documented cases involving an induced partner younger than 18 years of age. We describe one case of a mother-son dyad, followed by a brief discussion based on the literature.

**Keywords:** induced psychosis, shared psychosis, folie à deux, prepuberal child

## INTRODUCCIÓN

El Trastorno psicótico compartido (DSM-5) o Trastorno por ideas delirantes inducido (CIE-10), tradicionalmente conocido como “folie à deux” es una patología rara, probablemente infradiagnosticada debido al grave aislamiento social y falta de conciencia de enfermedad que caracteriza a estos pacientes (1). En los casos clínicos y revisiones publicadas, se observa que la mayoría de las relaciones son dentro de la familia nuclear (90,1-90,7%), siendo la díada más frecuente las parejas (29,6-52,4%), asumiendo una persona el rol de inductor o dominante y otra el de inducido (2). Hay relativamente pocos casos documentados que incluyan a un niño o adolescente, y se ha descrito algún caso de “folie à trois” que incluyen adolescentes (3). En una revisión sistemática sobre el tema, se hallaron casos reportados de 42 pacientes niños y adolescentes con el rol de inducidos y 6 inductores. La mayoría de pacientes inducidos eran familiares de primer grado del inductor. Psicopatológicamente, todos los menores reportaban ideas delirantes, aunque solamente 50% de los inductores y 27% de inducidos verbalizaban alucinaciones (4). Presentamos el caso de una díada madre-hijo menor de edad, seguida de una breve dición basada en la literatura.

## CASO CLÍNICO

Paciente varón de 10 años, ingresado en nuestra Sala de Psiquiatría Infanto-Juvenil por un episodio de agitación.

Horas antes, había acudido acompañado por su madre de 51 años de edad, a un servicio de urgencias de otro hospital de la ciudad. Ella consultaba por síntomas somáticos que atribuía a objetos que algún doctor habría implantado en su abdomen por orden de su ex-marido, durante la cesárea de su hijo, hacía 10 años. Verbalizaba ideas delirantes de perjuicio, junto con interpretaciones delirantes, y fue hospitalizada en una sala de Psiquiatría de adultos. Al ingresar la madre, su hijo fue derivado a nuestro servicio para ingreso, porque explicaba las mismas ideas delirantes que su madre.

La madre era originariamente de Rumanía y emigró a Alemania con su familia de adolescente. Era una persona desconfiada, con intereses bizarros y tendencia al aislamiento social. Por lo que explicaba, había presentado ideas delirantes y un comportamiento desorganizado añosantes, y tenía un mal funcionamiento a nivel laboral y social. No había sido diagnosticada de ninguna patología y no describían otros antecedentes familiares psiquiátricos. El hijo había nacido de un embarazo y parto sin complicaciones, sin antecedentes médicos relevantes. Madre e hijo dejaron Alemania un año antes de ingresar en nuestro servicio, viajando a Rumanía, Francia y Gran Bretaña, y viviendo breves periodos de tiempo en cada país. Ambos explicaban que se escapaban del padre y del abuelo paterno del niño, que los estaban persiguiendo. Habían llegado a España hacía diez meses, y vivían en un piso compartido.

Cuando fue ingresado, el paciente mostraba un nivel intelectual adecuado, siendo capaz de comunicarse bien en inglés y castellano, a pesar de no haber ido a la escuela desde hacía un año. El paciente explicaba ideas delirantes autorreferenciales y de perjuicio, creyendo que su madre y él eran perseguidos por la policía. Él pensaba que la policía española estaba en contacto con la alemana, quien ayudaba a su padre y abuelo en su plan de matar a su madre y a él. Describía que eran monitorizados por los vecinos, de manera que éstos dañaban de forma intencionada sus aparatos electrónicos. En un primer momento, al ingresar, presentaba una conducta inadecuada como mostrarse desconfiado con la comida o rechazar sentarse en una silla, pero después de 24 horas en el hospital, mostró una rápida adaptación, sin dificultades en la interacción con el personal sanitario ni los otros pacientes ingresados. Durante el resto del ingreso, que fue de 20 días, el paciente no verbalizó ni mostró ningún signo de presentar alucinaciones, ideas delirantes ni otros síntomas psicóticos. No tomó ninguna medicación. Fue diagnosticado de Trastorno psicótico compartido (F24, CIE-10). Después de este periodo separado de su madre, el paciente no criticaba lo que había sucedido cuando estaban juntos, pero no se observaba ninguna influencia en su comportamiento.

Su madre fue diagnosticada de Esquizofrenia paranoide (F20.0, CIE-10) y recibió tratamiento antipsicótico con risperidona, con una respuesta parcial.

El paciente fue derivado al alta de nuestro servicio a un centro de acogida temporal, dependiente de la Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia, mientras los Servicios Sociales contactaban con el consulado alemán y evaluaban a sus familiares para poder establecer quien podría cuidarlo. Después de tres meses de seguimiento, el paciente no verbalizaba síntomas psicóticos, pero todavía no hacía crítica completa de lo sucedido antes de la hospitalización. Finalmente, se marchó a Alemania para vivir con su abuela materna, mientras su madre continuaba ingresada.

## DISCUSIÓN

En nuestro caso, el miembro dominante de la díada (la madre) transfirió los síntomas psicóticos a la parte inducida (su hijo). Existen varios casos publicados de díada madre/padre e hijo/a (7,1-31,1%), y la mayoría de ellos son con hijas (2,4). En una revisión de casos de niños y adolescentes con “folie à deux” (4) se encontró una mayor frecuencia de casos en dos grupos de edades: primero, entre 8-10 años, y segundo, alrededor de los 15 años de edad. En ambos casos, la idea delirante más frecuente era sentirse perseguido (1,4,5), como nuestro paciente.

La elevada frecuencia de casos que incluyen miembros de la misma familia sugiere que podrían existir factores hereditarios (6) y que las relaciones familiares podrían actuar como patógenos. Una relación de dependencia larga y estrecha, particularmente aquella caracterizada por dominancia/sumisión es generalmente necesaria para transmitir la estructura delirante a través de mecanismos de sugestión (1,4,5,7,8). Otros factores contribuyentes incluirían el aislamiento social [aunque podría ser causa o consecuencia (4)] y una situación económica de pobreza, así como la inmigración, que se ha descrito como un factor desencadenante específicamente (9).

La separación de la díada ha sido considerada

tradicionalmente la medida terapéutica más importante (1,4,5,7), aunque no siempre es suficiente para la remisión de los síntomas (4,8). Se ha descrito que la mejoría sintomática al separar la díada depende de la duración de la exposición, el tipo de delirio y la susceptibilidad a la sugestión del miembro inducido (1). La psicoterapia con el miembro inducido de la díada es el tratamiento más frecuente después de la separación (4). El tratamiento antipsicótico en los menores inducidos es un marcador de gravedad dada la persistencia de la clínica psicótica (4). Así, algunos autores han sugerido que los miembros inducidos que no responden a la separación del miembro dominante pueden ser genética o biológicamente vulnerables a la psicosis (6,8,10). Sin embargo, en la revisión sistemática de Vigo et al (2018) se afirma que probablemente el trastorno psicótico compartido se manifiesta en individuos predispuestos premórbidamente, donde los factores genéticos y ambientales juegan un papel importante en el desarrollo del episodio psicótico (4). Se necesitarían estudios longitudinales a largo plazo del niño o adolescente que sea miembro inducido para ayudar a clarificar la asociación entre la “folie à deux” y otros trastornos psiquiátricos en estos sujetos.

## CONFLICTO DE INTERESES

Eva Varela ha recibido financiación para asistir a congresos de Shire y Otsuka-Lundbeck. Javier Goti obtuvo financiación de Otsuka-Lundbeck y Janssen. Inmaculada Baeza ha recibido honorarios/ financiación para asistir a congresos de Otsuka-Lundbeck y Janssen, y becas del Instituto de Salud Carlos III. Ma. Teresa Campillo y Celeste Galcerán no tienen nada que declarar.

## REFERENCIAS

1. Enoch D, Ball H. Síndromes raros en psicopatología. 1 ed. Madrid: Ed Triacastela; 2007
2. Arnone D, Patel A, Ming-Yee G. The nosological significance of Folie à Deux: a review of the literature. *Ann Gen Psychiatry*. 2006; 8:5-11. <https://doi.org/10.1186%2F1744-859X-5-11>
3. Ilzarbe D, Vigo L, Ros-Cucurull E, Baeza I, Sugranyes G. A case of folie à trois induced by a child. *J Clin Psychiatry*. 2015; 76: e119. <https://doi.org/10.4088/JCP.14cr09295>

4. Vigo L, Ilzarbe D, Baeza I, Banerjea P, Kyriakopoulos M. Shared psychotic disorder in children and adolescents: a systematic review. *Eur Child Adol Psychiatry*. 2019 Dec; 28: 1555-66. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1236-7>.
5. Zillessen KE, Trott GE, Warnke A. Induced delusional disorder in childhood and adolescence. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*. 1996; 24:117-126.
6. Reif A, Pfuhlmann B. Folie a Deux versus genetically driven delusional disorder: case reports and nosological considerations. *Comp Psychiatry*. 2004; 45:155-160. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2003.09.004>
7. Dodig-Ćurković K, Curkovic M, Degmecic D et al. Shared psychotic disorder ("folie a deux") between mother and 15 years old son. *Coll Antropol*. 2008; 32:1255-8.
8. Shiwach RS, Sobin PB. Monozygotic twins, folie à deux and heritability: a case report and critical review. *Med Hypotheses*. 1998;50: 369-374.
9. Lerner V, Greenberg D, Bergman J. Daughter-mother folie à deux: immigration as a trigger for role reversal and the development of folie à deux. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 1996; 33:260-4.
10. Çuhadaroglu Çetin F. Folie à famille and separation-individuation. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2001; 10:194-199. <https://doi.org/10.1007/s007870170026>