

**M. A. Almohalla Almohalla, M. S. Geijo Uribe
S. Martín Giménez**

Complejo Hospitalario de Ávila. Equipo de Salud Men-
tal Infanto – Juvenil.
Avenida de Juan Carlos I s/n. 05071 Ávila.

Correspondencia:

M. A. Almohalla Almohalla
Complejo Hospitalario de Ávila. Equipo de Salud
Mental Infanto - Juvenil.
Avenida de Juan Carlos I s/n. 05071 Ávila.
E - mail: aalmohalla@telefonica.es

*Un caso de comorbilidad
de psicosis compartida y
Trastorno de la conducta
alimentaria.*

*A case of comorbidity of
shared psychosis and eating
disorder.*

RESUMEN

Presentamos un caso de trastorno de ideas delirantes compartidas por una madre y su hija que es quien acude a la consulta de Salud Mental con 15 años por un TCA. Evolucionando desde la anorexia restrictiva a la bulimia y poco antes de cumplir los 18 años presenta un cuadro delirante que comparte con su madre (miembro activo). Tras una tentativa de suicidio, con relación a la alteración del esquema corporal, se procede al ingreso de la hija. En ese momento apreciamos el empeoramiento del cuadro delirante de la madre, quien se niega a aceptar ayuda terapéutica.

Palabras Clave: Psicosis compartida, T.C.A.

ABSTRACT

We present a case of shared psychotic disorder in a mother and her daughter, who is first seen at age of 15 at the Mental Health Unit for an Eating Disorder. She evolved from restrictive anorexia to bulimia, and before the age of 18 a psychotic disorder begins shared with her mother (who is the active member). After a suicidal attempt, related to body image disturbance, she was admitted to hospitalization and we observe how the delusional disorder gets worse in the mother, who rejects therapeutic help.

Keywords: Shared psychotic disorder, Eating disorder

INTRODUCCIÓN

El término folie a deux fue acuñado por Lasegue y Falret⁵ en 1877 para referirse a un trastorno psicótico compartido. Actualmente la CIE-10 define el trastorno de ideas delirantes inducidas (F24) como la entidad en que dos o más personas comparten el mismo tema o sistema de ideas delirantes y se apoyan mutuamente en sus creencias. Dichas personas mantienen una relación estrecha y hay evidencia temporal y circunstancial de que las ideas delirantes están inducidas en la persona pasiva por el contacto con la dominante.

Aunque se estima que su incidencia está entre el 1.78 y el 2.6%⁶, algunos autores⁷ opinan que es mayor, pero la falta de conciencia de enfermedad favorece que no contacten con los servicios de Salud Mental y sea infradiagnosticado. Entre los casos publicados hay pocos en los que están involucrados menores^{1,8,10}.

En 1985, Lazarus⁶ postula que para su desarrollo es preciso que las personas que comparten el trastorno tengan una relación de proximidad física con fuertes lazos emocionales, así como una predisposición genética para los trastornos psicóticos. La aparición del delirio compartido puede desempeñar un papel de armonización de

manera que favorezca su acercamiento e identificación con el otro. Se piensa que la relación alterada entre ellos es, posiblemente, el factor más importante para el desarrollo de la folie a deux, pues su separación suele ir seguida de la desaparición del delirio en el sujeto pasivo.

CASO CLÍNICO

L. es hija de madre húngara y padre portugués, ambos artistas circenses. La madre dice haber sido víctima de maltrato por parte del padre, de modo que L. fue fruto de una violación y ya estaban separados cuando nació. Ha vivido en Hungría hasta los 8 años, y desde entonces hasta los 15 en Lisboa, donde aún reside el padre, quien ha formado otra familia y tiene dos hijas más. Madre e hija vivieron durante ese tiempo compartiendo una caravana. Según la madre, vivían muy aisladas y se sentían acosadas. Los contactos de L. con el padre eran escasos. Decidieron venir a Ávila porque 20 años antes, estando de gira con el circo, el abuelo materno enfermó y fue atendido por un médico con quien dicen conservar cierta amistad. La madre, que era contorsionista, actualmente percibe una pensión por enfermedad laboral y trabaja como cocinera en un restaurante. L. ha comenzado 3ª de enseñanza secundaria con buen rendimiento. Ambas dominan el español.

L. acude al Servicio de Salud Mental Infante Juvenil a los 15 años poco después de instalarse en España. Presenta un cuadro de reducción de la ingesta alimentaria que alterna con atracones, sobre todo nocturnos, seguidos de vómitos autoprovocados, hace un intenso ejercicio físico, lleva amenorreica seis meses y tiene alterada la imagen corporal. Se hace el diagnóstico en Eje I de Anorexia Nerviosa tipo compulsivo - purgativo F50.0. Deja de acudir después de la segunda consulta y reaparece tras siete meses, al finalizar el curso académico con buenos resultados. Persiste el mismo trastorno alimentario y su único objetivo es perder peso. Su actividad social se reduce al instituto y el gimnasio, aunque permanece muy aislada en ambos. Se le pauta fluoxetina a dosis crecientes hasta 40 mg/día, haciendo un cumplimiento irregular. No colabora tampoco en otros sentidos: se muestra muy hermética respecto a su vida pasada, de la que dice conservar muy pocos recuerdos y conocer sobre todo por lo que la madre le ha contado: “vivíamos las dos solas, rodeadas de gente que nos quería hacer daño”, y negándose a dar más datos al respecto e invalidando los cuestionarios de personalidad que se le aplican. No obstante, reconoce abiertamente los atracones, vómitos y ejercicio

físico excesivo y acude puntualmente a las consultas.

Es acompañada habitualmente por la madre, cuya información más relevante es siempre la relativa a los inconvenientes que para ella misma supone el problema de L., por la agresividad que presenta en ocasiones y el excesivo gasto que le acarrearán los productos light o el gimnasio. Lejos de alentar la relación de L. con sus iguales, no deja de advertirla sobre sus peligros, interrumpiendo así su incipiente relación con otra inmigrante porque “preguntaba demasiado”. Contribuye a fijar la distorsión corporal de L. respecto a sus piernas, diciéndola que al igual que la familia paterna las tiene fuertes (algo no objetivable en L.). Mantiene una actitud querulante con quejas reiteradas sobre la atención inadecuada por parte del dermatólogo al que han consultado a propósito de picores que dicen sufrir ambas, pero cuyas señales de rascado sólo se evidencian en L. Aunque entonces no lo refieren, a la madre se le diagnostica de patomimia y se le deriva al psiquiatra, y a L. de lesiones de rascado de origen psicógeno.

Las mejoras de L. coinciden con periodos de estudio más intenso, empeorando en vacaciones, especialmente en las que coinciden con que la madre abandona el trabajo por “sentirse explotada” y se ven obligadas a convivir todo el día. Su relación se hace más agresiva, cruzándose acusaciones de observarse mutuamente. Comienza el nuevo curso con peor rendimiento, pese a que permanece gran parte de las noches estudiando.

En marzo de 2005 la madre informa de una actitud muy violenta de L. con ella misma y los objetos de la casa. L. se justifica por la tensión que dice acumular durante las clases, debido a que tiene la sensación de que todos están en contra suya. También se siente observada cuando trata de pensar por su cuenta sobre sí misma o su futuro. Idéntica sensación de control tiene por parte de la madre. Cree que quizás es esta quien la ha enseñado a desconfiar de todos e informa del convencimiento de la madre de que gente extraña conoce cosas de ella muy íntimas y que han pasado hace años en otro país. Preguntada sobre ello, la madre no duda que las sensaciones de L. sean reales pero opina que no debería preocuparse si sus pensamientos son limpios. Respecto a sí misma corrobora la información dada por L. y añade que está siendo seguida por la policía judicial por haber enviado una carta al médico amigo suyo, con quien mantuvo relaciones, pidiéndole explicaciones acerca de una intervención quirúrgica a la que fue sometida y que ahora sospecha pudo tratarse de un aborto practicado sin su consentimiento.

Se pauta tratamiento con risperidona a dosis de 1 mg/día y a la vez se recomienda tratamiento psiquiátrico a la madre, quien lo rechaza.

Poco después L. realiza un gesto autolítico porque su madre no le permite someterse a una liposucción. Se ingresa a L., lo que ambas viven con mucha angustia, llegando a expresar la madre que “denunciaría a los médicos si le ocurre lo mismo que a la abuela que ingresó por una abdominalgia y a los pocos días murió”. L. se mantiene a la defensiva, sin verbalizar ideas delirantes, justificando las de su madre (su único vómito lo presenta tras confrontarla con ellas). Sólo acepta hablar de su TCA.

Se aprecia un empeoramiento de la psicopatología de la madre, dando interpretaciones delirantes a hechos que había relatado antes de otra manera y añadiendo nuevos contenidos: Piensa que el “aborto” se lo hicieron para extraerla el embrión y darlo en adopción, pues su familia “forma parte del patrimonio universal”. Además asegura que intentaron abusar de L. y al resistirse, le contagiaron la sarna que acabó transmitiéndole a ella. Para mantenerlas separadas, se ofrece a L. acudir a hospitalización parcial, que en principio acepta de buen grado, aunque cuando la madre expresa su disconformidad lo rechaza.

Tras el alta se aíslan aún más, ocupando ambas el tiempo en ir a la biblioteca, donde la madre investiga en Internet sobre implantes de chips cerebrales, que ella misma cree portar. Envía cartas a la policía judicial y a los psiquiatras de la Unidad de hospitalización para que “estén al tanto de todo por si les pasa algo y demostrar que no está loca”. L. mantiene sus consultas en el Equipo de Salud Mental de adultos, donde sigue mostrándose hostil al tratamiento. Se ha solicitado una orden judicial para someter a la madre a tratamiento involuntario.

DISCUSIÓN

Este caso comparte muchas características con bastantes de los ya publicados. Tanto en la serie realizada en Japón por Kashiwase y Kato⁴ como en los trabajos de Gralnick³, el 92% de ellos son familiares, de los cuales entre el 73% y el 75% están involucradas dos personas, y lo más frecuente es que sean madre e hija⁴. El 61% de los casos de la serie japonesa son mujeres. Lo más habitual es que la persona activa sea de mayor edad que la pasiva³. Así, Dewhurst y cols.² opinan que este es el factor decisivo para que se transmita la psicosis, lo que es rebatido por Kashiwase y Kato⁴, que otorgan este papel a la asociación cercana, y más concretamente a la relación perturbada entre ellos.

Lo que hace singular este caso es el diagnóstico comórbido de un Trastorno de la Conducta Alimentaria en la persona pasiva, pues hasta ahora en ellos se han comunicado trastornos de la personalidad⁷. Además, ha sido precisamente el TCA lo que ha llevado a la consulta de Salud Mental a la paciente, pues es la única condición para la que ambas tenían conciencia de enfermedad, y su única vía de petición de ayuda. También es llamativo que lo que precipitara el ingreso de L. en la Unidad de Psiquiatría sea un intento autolítico relacionado con su alteración del esquema corporal, quizá el síntoma más cercano al trastorno delirante.

El éxito terapéutico depende de la respuesta del paranoico primario si la separación no puede efectuarse. Es fundamental en el sujeto pasivo el tratamiento psicoterapéutico, con la finalidad de aceptar que el otro está enfermo y que hay otras formas de permanecer juntos sin necesidad de compartir la locura o, llegado el caso, elaborar la pérdida de la otra persona o su relación.

BIBLIOGRAFIA

1. Cuhadaroglu Cetin F: Folie à famille and separation - individuation. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2001; 10: 194 - 199.
2. Dewhurst K, Todd J. The psychosis association - Folie à deux. *J Nerv Ment Dis* 1956; 124: 451 - 459.
3. Gralnick A. Folie à deux- the psychosis of association. *Psychiatr Quart* 1942; 16: 230 - 230.
4. Kashiwase H, Kato M: Folie à deux in Japan - analysis of 97 cases in the Japanese literature. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 96: 231 - 234.
5. Lasegue Ch, Falret J: La folie à deux. *Ann Med Psychol (Paris)* 1877; 18: 321.
6. Lazarus A: Folie à deux. Psychosis by association or genetic determinism? *Compr Psychiatry* 1985; 26: 129 - 135.
7. Scharfetter C: *Symbiotische Psychosen*. Berne: Verlag Hans Huber 1970.
8. Simmonds JF, Glenn T: Folie à deux in a child. *J Autism Child Schizophr* 1976; 6: 61 - 73.
9. Spradley JB: Discussant: in Grover M: Study of cases of folie à deux. *Am J Psychiatry* 1937; 93: 1054 - 1062.
10. Wehmeir PM, Barth N, Remschmidt H: Induced delusional disorder: A review of the concept and an unusual case of folie à famille. *Psychopathology* 2003; 36: 37 - 45.