

Laura Gallardo Borge, Carlos Ímaz Roncero, Soraya Geijo Uribe, Eva Sotelo Martín, María Victoria Martín Arranz.

Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Correspondencia:

C/ Gondomar N°14 6°C 47011 Valladolid
lgallardoborge@gmail.com

*“Folie à trois”, cuando
la locura sobrepasa a una
persona*

*“Folie à trois”, when the
madness exceed one person*

RESUMEN

Presentamos el caso de un varón de 16 años al que le han transmitido ideas delirantes por parte de su madre y la pareja de ésta, constituyendo una “folie à trois” o trastorno psicótico compartido. Se trata de una entidad bastante rara debido a la escasa búsqueda de ayuda por parte de los afectados y una deficiente evaluación de las familias de los pacientes psicóticos. El principal tratamiento es la separación, por lo que el menor fue ingresado en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría Infanto-Juvenil y posteriormente un abordaje multidisciplinar por parte de Salud Mental y Servicios Sociales.

Aún en nuestros días, la etiología de esta entidad sigue siendo un desafío por la falta de marcadores biológicos por lo que se suele apelar a las explicaciones de mecanismos psicológicos y ambientales.

Palabras Clave: Folie à deux, folie à trois, trastorno psicótico compartido.

ABSTRACT

We report the case of a 16 year old man whose mother and her partner have transfer delusional ideas; they suffer a “folie à trois” or shared psychotic disorder. It is a rare illness due to the limited help searching of the members and the scarcity evaluation of families with psychotic members. The main treatment is the separation, the

teenager was hospitalized in a child and adolescence psychiatry unit, and afterwards a multidisciplinary approach of mental health and social services was done.

Nowadays, the etiology of this entity is a challenge, because of lacking of biological markers and the explanations of psychological and environmental mechanisms.

Key words: Folie à deux, folie à trois, shared psychotic disorder.

INTRODUCCIÓN

La folie à deux (o trois, famille, plusieurs...) o delirio compartido se define como la transferencia de ideas delirantes en individuos con una relación estrecha y cercana (8). Se trata de una entidad poco prevalente que se da en todas las culturas. Generalmente se trata de un cuadro crónico, ya que para realizar esta transferencia es necesario un aislamiento social crónico y una estrecha relación de dependencia entre sus implicados (2).

Históricamente se ha otorgado el término a Lasègue y Falret, que lo citaron por primera vez en 1873 y cuatro años más tarde presentaron 7 casos con una descripción mucho más detallada (6), aunque con anterioridad ya habían sido descritos entidades que encajan con este cuadro diagnóstico. En 1651 aparece la primera descripción clínica descrita por William Harvey, que

describió un “embarazo fantasma” en el cual dos hermanas sentían movimientos en sus vientres al permanecer juntas en una cama (3). Tras él, numerosos autores, sobre todo ingleses, han descrito numerosos casos de “infectiousness of insanity” en los cuales dejaban claro la idea de transmisibilidad, contagio de locura o locura infecciosa (3,4). En 1860, Baillaguer describió 4 casos a los cuales acuñó el término de folie communiquée (9). Años más tarde, ya en 1942, Gralnik decidió definir 4 subtipos: folie imposée, folie simultanée, folie communiquée y folie induite (9).

En esta entidad el inductor o polo primario transmite su ideación delirante al inducido o polo secundario. El inductor se trataría de una persona con sintomatología psicótica franca, frecuentemente diagnosticado de esquizofrenia, trastorno afectivo o trastorno delirante; mientras que el inducido no necesariamente debe poseer una entidad psicótica franca y frecuentemente se trataría de un trastorno de personalidad o una reacción paranoide (3,4).

Es una enfermedad de la que desconocemos la incidencia y la prevalencia exacta dada la dificultad de su diagnóstico. Se sabe que en la mayoría de los casos la enfermedad afecta a 2 personas, y su porcentaje disminuye cuando aumenta el número de personas involucradas (8). Generalmente, los individuos más añosos transmiten sus creencias a los de menor edad, excepto en Japón, que lo más frecuente es lo opuesto (4), y habitualmente la temática delirante versa sobre persecución, grandeza e hipocondría (8).

CASOS

Presentamos el caso de un menor de 16 años que convive en la actualidad con su madre viuda diagnosticada de trastorno delirante en un gran aislamiento familiar y social con muy poco contacto con la realidad. Años atrás convivieron con la pareja de su madre que parece ser el inductor de la transferencia de ideas delirantes, en primer lugar a la madre y ambos al paciente.

CASO 1: Inductor

Varón, 32 años, pareja de la madre del paciente y conviviente con ellos durante 3 años.

Como antecedentes psiquiátricos destacamos el diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo y trastorno del comportamiento en su adolescencia. A partir de los 18 años mantuvo seguimiento en consultas de Salud Mental

donde se le diagnosticó de trastorno adaptativo. Tras su inicio en el consumo de tóxicos (hachís, ácido, éxtasis, heroína, codeína, tramadol, setas, mescalina) debutó con un episodio psicótico de tipo místico por el cual tuvo que ser hospitalizado. Refería ser el arcángel San Miguel y debía crear un nuevo orden mundial, además, refería alucinaciones auditivas de parte de Dios. Estas ideas han permanecido durante los años en los que ha convivido con nuestro paciente y su madre. Hace 2 años ingresó en una secta, en la que permanece actualmente “extendiendo la Biblia” y desde la cual le envían a Sudamérica para evangelizar.

CASO 2: Inducida (por su pareja) e inductora (a su hijo)

Mujer, 42 años, madre de nuestro paciente con escaso contacto con sus familiares.

Como antecedentes psiquiátricos cabe destacar un trastorno adaptativo tras el fallecimiento de su marido. Tras iniciar la relación con su pareja actual, acude al Centro de Salud Mental refiriendo que oye voces y recibe mensajes místicos “veo señales en las palomas, es el Espíritu Santo”, posee una ideación delirante de tipo místico y mesiánico y cree estar en este mundo para salvarle. Además, también tiene una ideación delirante de perjuicio (cree que hay gente que quiere separarle de su hijo) y erotomaníaca (“muchos hombres quieren tener sexo conmigo”). Realiza un mal cumplimiento terapéutico y abandona su seguimiento.

CASO 3: Inducido

Varón de 16 años con sintomatología psicótica que ingresa en la unidad de agudos de psiquiatría infanto-juvenil del Hospital Clínico Universitario de Valladolid procedente del servicio de urgencias, donde acude tras episodio de heteroagresividad hacia su madre.

El paciente refiere encontrarse mal desde que la pareja de su madre se marchó a una secta en la cual “él se cree inmortal”. Relata que en casa hay una habitación con una persona hechizada “se mete en mí y soy como si fuera él (la pareja de la madre), hablo raro como él”, quiere realizar un horrocrux a su perro porque también tiene el espíritu. También refiere que es el arcángel Miguel quien hace la vida imposible entre él y su madre.

Su madre refiere que el paciente se siente atraído por ella, lo que ella comprende pues “las niñas de su clase son esqueléticas” y además “cuando voy por la calle todo

el mundo me mira porque quiere hacerlo conmigo”. De hecho, afirma que “es muy religiosa y que su pareja, que es el arcángel Miguel, y uno de sus amigos, que es la reencarnación de Jesucristo, quieren hacer un trío con ella y tener un hijo”. El hecho que precipita el ingreso es la intención del paciente de acostarse con su madre, quien no obstante, no ve ético las relaciones incestuosas.

Antecedentes personales

El paciente es fruto de un embarazo deseado dentro del matrimonio. No señalan problemas durante el embarazo, parto ni período neonatal. Reseñable es la tardanza tanto en la deambulación (17 meses) como en la aparición de un lenguaje fluido (4 años); el resto de parámetros del desarrollo están dentro de la normalidad.

Con 8 años fue diagnosticado de hipoacusia neurosensorial bilateral para lo que precisó de implantes en ambos oídos.

Mantuvo seguimiento en consultas de psiquiatría infanto-juvenil en su infancia temprana, donde fue diagnosticado de trastorno reactivo de la vinculación a la edad de 5 años, y de trastorno por déficit de atención e hiperactividad a los 7, con escasa respuesta al metilfenidato. Posee un CIT de 73, pese a lo cual cursa 4° ESO con apoyo escolar.

Antecedentes familiares

Madre, 42 años, viuda, con estudios primarios básicos. Refiere antecedentes de cuadros depresivos tras el fallecimiento de su marido. Tiene un hermano diagnosticado de esquizofrenia paranoide.

Padre, fallecido a los 23 años tras sobredosis de heroína cuando el paciente tenía pocos meses de vida. Antecedentes de consumo de sustancias.

Nulo contacto con familia paterna y escaso contacto con su familia de origen.

Exploración psicopatológica

El paciente se encuentra consciente, orientado, abordable y colaborador. En su discurso minimiza sus problemas e incluso intenta ocultarlos por temor a la separación de su madre. Aparenta bajo nivel intelectual, dada su argumentación pobre y limitada. Posee un delirio de influencia claramente relacionado con la problemática mental de la madre. En ocasiones refiere voces y fenómenos de control del pensamiento que parecen más justificaciones inadecuadas mezcladas con

fantasía ante el comportamiento que presenta, que claras alucinaciones. Presenta cierto nivel de ansiedad y ánimo subdepresivo. Aislamiento y fracaso social.

Diagnóstico

Según la clasificación diagnóstica DSM-IV podríamos clasificar al paciente:

- Eje I: F24 Trastorno psicótico compartido (297.3).
- Eje II: F70.9 Retraso mental leve (317).
- Eje III: Hipoacusia neurosensorial bilateral corregida.
- Eje IV: Problemas en el grupo primario de apoyo, con interacción con el sistema social y legal.
- Eje V: EEAG al ingreso 30, al alta 50.

Tratamiento y evolución

La primera medida es la separación del menor de su progenitor ingresándole en la Unidad de Hospitalización Infanto-Juvenil. En ocasiones, la simple separación y el tiempo hacen que las creencias delirantes pierdan fuerza y dejen de permanecer en el pensamiento del inducido. En nuestro caso, se le puso en tratamiento con aripiprazol 10 mg con buena respuesta y remisión completa del delirio.

Inicialmente hubo visitas de la madre a la Unidad supervisadas por personal sanitario, se intentó contactar con familiares maternos para disminuir el aislamiento familiar con buena respuesta. Durante uno de los permisos terapéuticos, la madre secuestró al menor, no devolviéndolo a la unidad, por lo que a través de orden judicial se les buscó. Al encontrarles, el menor fue devuelto a la unidad y la madre fue obligada a mantener seguimiento y tratamiento con antipsicóticos. Le fue retirada la tutela de forma temporal y tras el alta, el paciente fue trasladado a un Centro de Protección de Menores donde se mantuvo el contacto con su madre hasta que ha cumplido 18 años. Entonces decide regresar con su madre al domicilio familiar. Actualmente ambos mantienen seguimiento y tratamiento por Salud Mental y están bajo la supervisión de Servicios Sociales.

DISCUSIÓN

El caso que exponemos se trata de una folie à trois, en la que en primer lugar la pareja de la madre transmitió sus ideas mesiánicas y religiosas a la madre, enriqueciendo así su delirio con componentes autorreferenciales y erotomaniacos, transmitiéndoselo posteriormente al menor. Se trataría, en nuestra opinión, de dos tipos de

folie à deux: una folie communiquée y una imposée. En primer lugar, una folie communiquée ocasionada por la transmisión del delirio de la pareja a la madre, siendo ésta ya una persona predispuesta a la psicosis, enriqueciendo así sus delirios con nuevas aportaciones; la sintomatología no mejoró tras la separación de la pareja puesto que se trataría de dos enfermos psicóticos. En segundo lugar, una folie imposée entre la madre, que transmite sus creencias delirantes a su hijo, y éste es un “enfermo por reflejo” y por lo tanto, al no padecer una psicosis orgánica franca, mejora con la separación (1,3,9).

Esta situación se vio muy favorecida por los numerosos factores de riesgo como son: el aislamiento socio-familiar (1), dependencia materna, deficiencia psíquica, deficiencia física y bajo nivel cultural. Hay que tener en cuenta que la bibliografía habla de una relación de dominancia-sumisión y que se relaciona en un 25% de los casos en la literatura con una incapacidad física del inducido que le genera una gran dependencia del inductor (4).

Varias son las explicaciones que se han dado sobre los mecanismos que producen esta transmisión de ideas delirantes, siendo la base de todas ellas una disfunción de las relaciones interpersonales entre los miembros (3). Este tipo de relación permitiría al inductor mantener un estrecho contacto con la realidad y al inducido disfrutar de esta relación de dependencia aunque disfrazada de psicosis. Se trataría de un funcionamiento psicótico solidario para facilitar la convivencia y disminuir la amenaza y hostilidad del carecer de un juicio de realidad alterado (7).

Esta claro que el desconocimiento hace que las actuales clasificaciones diagnósticas, como DSM-IV y CIE-10, se basen en su fenomenología y no en sus mecanismos

etiológicos para configurar sus criterios diagnósticos (9).

Aunque como ya dijo uno de los psicopatólogos más minucioso de principios del siglo XX Clerambault: “lo único que se puede transmitir es el delirio, no la psicosis” (2).

BIBLIOGRAFÍA

1. Catenasi R, Punzi G, Rodríguez WC, Solarino B, Di Vella G. Faith, folie à famille, and mummification: a brief review of the literatura and a rare case report. *J Forensic Sci*, 2014, 59(1): 274-280.
2. Clerambault G. *Ouvre psychiatrique*. Paris: Press Universitaire France, 19442.
3. Dogic-Curkovic K, Curkovic M, Degmecic D, Delalle M, Mihanovic M, Filakovic P. Shared psychotic disorder (>>folie à deux<<) between mother and 15 years old son. *Coll Antropol*, 2008;4:1255-1258.
4. Enoch D and Ball H. *Folie à deux (y folie à plusieurs)*. Síndromes raros en psicopatología. 1st ed. Madrid: Triacastela, 2007. p.223-258.
5. Ireland WW. *Folie à deux-a mad family*. History of psychiatry. 1st ed. England, 1998. P.383-395.
6. Laseguè C, Falret J. La folie à deux ou folie communiquée. *Ann Med Psychol*, 1877;18:321-355.
7. Rodríguez-Rendo MC. *Legado psicótico y soledad*. 1st ed. Buenos Aires: Dunken, 2010.
8. Shimizu M, Kubota Y, Toichi M, Baba H. Folie à deux and shared psychotic disorder. *Cur Psychiatry Rep* 2007; 9: 200-205.
9. Teixeira J, Mota T, Fernandes JC. Folie à deux: a case report. *Clinical schizophrenia and related psychosis*, 2013, 93-96.