

Folie á deux: a propósito de un caso

Loreto Brotóns Sánchez, J. F. Tello Robles,
M. J. Martínez Herrera.

Residentes de Psiquiatría 2º año. Hospital General Universitario de Murcia, España.

PALABRAS CLAVE: Folie á deux, trastorno psicótico compartido, trastorno de ideas delirantes inducidas, paranoia, trastorno delirante crónico.

[14/2/2001]

Resumen

Folie á deux es un término surgido en el S.XIX en Francia. En el DSMIV se llama trastorno psicótico compartido. En el CIE10 trastorno de ideas delirantes inducidas. La folie á deux tiene tres variantes: impuesta, que es la más frecuente, simultánea y comunicada. Es un trastorno raro, aunque no se conoce su distribución exacta, pues los afectados no suelen acudir al psiquiatra al no tener conciencia de enfermedad psíquica. Suele implicar a dos personas que frecuentemente pertenecen a la misma familia, conviviendo durante mucho tiempo juntos y aislados del mundo externo. Supuestamente uno de los miembros de la pareja, que tendría el trastorno primario, sería el que inocularía el delirio al otro, más dependiente, sumiso o sugestionable. Presentaremos el caso de una madre e hija con una relación simbiótica y alejada de contactos sociales, que comparten la convicción de estar conviviendo con el espíritu de la abuela materna, presencia que perciben de forma incuestionable y que viven como amenazante y persecutoria. La primera en ser valorada fue la hija que nos es remitida desde el servicio de Urgencias para descartar cuadro psicógeno en relación a unos desmayos. A continuación hablamos con la madre y de pronto nos preguntamos: ¿quién es la enferma?.

INTRODUCCIÓN

Los delirios compartidos han ido recibiendo diferentes nombres a lo largo de la historia de la psiquiatría, siendo el término utilizado por Laségue y Falret, "folie á deux" el que ha trascendido, el cual ya había sido propuesto por Hoffman, en 1899. La primera descripción de las locuras inducidas fue la de Harvey, en 1651. Posteriormente fueron perfectamente analizadas por la psiquiatría francesa de la segunda mitad del S.XIX. En la folie á deux deben distinguirse tres grupos: 1-la folie simultánea, en la que la psicosis aparece al mismo tiempo en dos sujetos igualmente predispuestos y determinada por una causa común. 2-la folie impuesta, e la cual un enfermo "fuerza" a delirar a otro, el cual es intelectual o moralmente débil. Es la más frecuente, se cuestiona si estos pacientes son delirantes o muy impresionables 3-la folie comunicada, en la que un sujeto (inductor) enferma de psicosis paranoide, cuyos síntomas arraigan en otro sujeto relacionado en el primero (inducido). Este segundo enfermo desarrolla con posterioridad una enfermedad autónoma, que evoluciona independientemente del otro, aun después de la separación de ambos. Esa tercera forma es la verdadera "locura inducida".(1), (2).

Esta entidad, en el DSM IV. Recibe el nombre de " trastono psicótico compartido" y en el CIE10, "trastorno de ideas delirantes inducidas".(3)

CASO CLÍNICO.

El deliro surge en el seno de una familia integrada por una madre soltera y su hija de 24 años, que llamaremos S. Madre e hija acuden al servicio de Urgencias, tras haber sufrido S. un desvanecimiento. No es la primera vez que S. Se desvanece, perdiendo aparentemente la conciencia . En los últimos tres meses le ha ocurrido con relativa frecuencia. Durante los desvanecimientos no convulsiona ni pierde el control de los esfínteres, no existe mordedura de lengua, ni daños secundarios a la caída, reacciona a estímulos dolorosos, y las exploraciones físicas neurológicas son siempre normales, así como las exploraciones complementarias (TAC craneal , EEG, EKG, analíticas completas) que se le han realizado. Y un dato curioso, la mayoría de las veces S. se desmaya estando dentro de una Iglesia, al igual que en esta ocasión.

S. es una joven alta y de bellos rasgos faciales, pesa 84 kilos, hace unos años pesaba 114, lleva las uñas de las manos muy largas y cuidadosamente pintadas de fucsia. Su contacto es bueno, se la percibe como una persona seductora, sus ademanes son exagerados, su tono de voz es afectado, teatral, al igual que sus gestos. Es una joven con rasgos de personalidad dependiente, de apariencia histeriforme, sugestionable, sumisa, con poco nivel intelectual y para la que su madre lo es todo: "su única amiga, su confidente, su médico, su psicóloga, su psiquiatra,". Ha sufrido dos cuadros de amnesia disociativa en relación a dos abusos sexuales, a consecuencia de uno de ellos parió a un hijo que dio en adopción y de cuyo embarazo no se percató hasta el mismo momento en que rompió aguas, creyendo hasta entonces que era virgen, (por lo visto durante esta gestación la paciente estaba muy obesa y no se percató de los cambios físicos), por muy absurdo que parezca madre e hija corroboran esta situación. Nació en Madrid y no conoció nunca a su padre, que no quiso darle sus apellidos. A los pocos años llegó a Murcia donde se fue a vivir a casa de la abuela materna junto a su madre. La abuela materna era una mujer dominante con un marido totalmente ausente , nunca demostró cariño por una nieta no deseada, y la que culpaba del infortunio de su hija, de la deshonra de la familia. Falleció hace cuatro años y es a partir de este momento cuando aparentemente surge el delirio. La madre de S. es una mujer que en su juventud debió ser bonita, una . Fue durante muchos años peluquera. Su edad debe ser próxima a los 40 años. Lleva un audífono en el oído izquierdo, secundario a un trauma sonoro en la adolescencia. En el momento de la entrevista lleva un aspecto descuidado, un pelo muy largo mal teñido de rubio recogido en una cola, unas uñas sin pintar y sucias, viste con ropa demasiado abrigada para la temperatura que hace, lleva los ojos maquillados con colores muy fuertes que contrastan con una tez inusualmente blanca a pesar del sol que luce en Septiembre en el Levante español . Llama también la atención el hecho de que lleve el torso, cuello y brazos completamente vendados con el fin de ocultar graves quemaduras sufridas cuatro años antes, exactamente a la semana de fallecer su madre. Su contacto es distante y desconfiado, muy receloso y querulante.. No trabaja, no guarda ninguna relación con la única hermana que tiene ni con nadie de la familia, para ella su hija lo es todo y así madre e hija forman una pareja cerrada ,prácticamente aisladas en la casa de una abuela que vivían de forma persecutoria ya fallecida , sin amigos ni relaciones y con poco contacto con la realidad, que viven como amenazante y de la saben que han de protegerse.. En relación a los desmayos actuales de S. , que "casualmente" ocurren dentro de Iglesias y viendo la actitud de desconfianza y secretismo de la madre y la intuición de que había información que estaban ocultando, intento establecer una relación que no vean amenazante y en la que sientan que pueden confiar. Y poco a poco empiezan a contarme... Desde que murió la abuela materna están ocurriendo cosas muy extrañas en su casa: a los 7 días de su fallecimiento, la madre de S. sufrió un accidente en el que se quemó el 60% de su superficie

corporal, accidente que asegura no fue casual, sino provocado por el mismísimo espíritu de la difunta abuela ,y día tras día empezó a ver sombras, luego figuras de una mujer paseándose por las noches por el domicilio, los cuadros se caen, le falta dinero, los electrodomésticos se le estropean, la gente es manipulada por el espíritu para que las traten mal y les hagan daño, están pasando mucho miedo. Todo esto empezó a advertirlo la madre y poco a poco fue viéndolo también la hija. "La bruja", que así llaman al espíritu de la abuela, no las deja entrar en la Iglesia porque allí está la salvación de ellas, ocurriéndole cosas extrañas a S. cada vez que entran en alguna y en el día en que las entrevisto en Urgencias venían de una cita con el cura de la iglesia, al que le iban a pedir que les hiciera un exorcismo a la vez que querían demostrarle los poderes de la bruja, pues estaban seguras de que algo iba a sucederles, y así fue, pues S. volvió a desmayarse. La madre de S. está convencida de que es absurdo que su hija esté siendo valorada por un psiquiatra, porque nada de lo que les ocurre es producto de una alteración mental, no teniendo ninguna conciencia de enfermedad psíquica, siendo todas sus creencias e ideas irrefutables. No espera que las crea, pues saben que la bruja se va a encargar de que las trate como enfermas.. Llevan viviendo con estas ideas unos cuatro años y parecen haberse habituado a este tipo de vida y a convivir con un espíritu que les hace la vida imposible. No se percibe angustia psicótica, ni síntomas depresivos, ni ideas de muerte. Se niegan a recibir tratamiento psiquiátrico alguno y amenazan con denuncias a los medios de comunicación y a la justicia en caso de que queramos ingresarlas.

DISCUSIÓN.

La folie impuesta, la forma más frecuentemente descrita, se presenta principalmente en grupos socioeconómicos menos favorecidos, mayoritariamente en mujeres y en un 90% de los casos pertenecientes a una misma familia(4). A su vez deben tener nexos de larga data y casi siempre vida social muy limitada. La relación que caracteriza a los miembros que comparten el delirio, aunque de dependencia, también puede caracterizarse por ambivalencia, con sentimientos profundos de amor y odio(2). En ocasiones la persona sumisa se gana el reconocimiento de la persona dominante adoptando los síntomas psicóticos de ésta. Es importante el tener en cuenta los factores responsables de que sea posible la transmisión de las creencias. Con frecuencia se ha recurrido a la sugestión, y debemos preguntarnos que factores influyen en que en esta relación madre-hija este mecanismo funcione: el hecho de que la madre padezca una sordera adquirida, podría haber influido en la aparición de ideas delirantes de tipo paranoide, y los rasgos de personalidad de la hija, con gran sugestionabilidad y probable bajo C.I., son buenos ingredientes para que la sugestión "prenda" más, máxime en esta atmósfera cargada de afectividad, con esa necesidad de ser amada de una hija por su madre y la necesidad de unión de una madre por su hija, lo que podría despertar la necesidad de crear un vínculo, de compartir algo ajeno al resto de los mortales, de estar dentro del mismo mundo en el que se encuentran solas, pero las dos juntas.

BIBLIOGRAFÍA

- 1-Barcia Salorio D. Tratado de Psiquiatría .Tomo 1: 318.
- 2-Harold I.Kaplan, Benjamin J. Sadock..Tratado de Psiquiatría,6ª edición,volumen2:964-977.
- 3-Vallejo Ruiloba,J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría, 4ª edición,páginas496-499..
- 4-Manual del Residente de Psiquiatría, página 1007.
- 5-DSMIV,Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales,1995. Masson.pag312-314.