

Revista Chilena de Neuropsiquiatría

ISSN: 0034-7388

directorio@sonepsyn.cl

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y
Neurocirugía de Chile
Chile

Morán S., Inés; de Concepción S., Asunción

Locura familiar: Revisión clínica y a propósito de un caso

Revista Chilena de Neuropsiquiatría, vol. 46, núm. 2, junio, 2008, pp. 129-133

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile

Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331527712005>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

Locura familiar: Revisión clínica y a propósito de un caso

Folie a famille: Clinical review and a case report

Inés Morán S.¹ y Asunción de Concepción S.¹

Introduction: Shared paranoid disorder, also known as folie à deux, is a fairly uncommon disturbance characterized by the presence of similar psychotic symptoms in two or more individuals. Most often the symptoms are delusional. The 'primary' case, the individual who first develops psychotic symptoms, can be distinguished from one or more 'secondary' cases, in whom the symptoms are induced. Usually two people are involved, although full family case reports are described. These cases are even more uncommon and more difficult to treat. **Case report:** We describe a case of folie a famille, this condition being a type of shared paranoid disorder. The case involves a father and his three sons and clinical picture appears after fourth son's suicide. The dead son is the 'primary' case, whilst his three brothers and his father are 'secondary' cases. The father was admitted to psychiatric unit for in-patient treatment. **Conclusions:** Treatment success was moderate in terms of improving the features of folie a famille in the four individuals involved. The first step for a right treatment is a right diagnosis. Social features and family relationships need to be considered.

Key words: Shared paranoid disorder, folie a famille, diagnosis, treatment.

Rev Chil Neuro-Psiquiat 2008; 46 (2): 129-133

Introducción

La folie à deux es un cuadro florido y poco frecuente, de gran relevancia en la comprensión de la psicopatología humana. Es quizás el ejemplo más claro de lo que es una relación patológica y constituye la única situación en la que los síntomas psicóticos son realmente contagiosos, necesitando unas condiciones muy específicas para su desarrollo. Desde que Lasegue y Falret lo describieron por primera vez en 1877 ha recibido muchos nombres distintos haciendo referencia la mayor parte de ellos a la "transmisiabilidad" del cuadro¹. Está reconocido en la CIE-

10 y en el DSM-IV como trastorno de ideas delirantes inducidas y trastorno psicótico compartido, respectivamente^{2,3}.

Se caracteriza por la aparición de ideas delirantes compartidas en dos o más personas que viven en íntima proximidad y que habitualmente están aisladas del mundo externo. Uno de los sujetos, el "inductor" o "principal", transfiere el delirio al "acompañante secundario" o "receptor" y ambos a partir de ese momento se apoyan mutuamente en sus creencias. La relación que mantienen los afectados es de dominancia-sumisión, enfermando en primer lugar el dominante que suele ser más inteligente y tener una personali-

Recibido: 11 de junio de 2008

Aceptado: 15 de julio de 2008

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

El presente artículo ha sido presentado como comunicación en el IX Congreso Virtual de Psiquiatría Febrero 2008.

¹ Centro de Salud Mental Cartagena (Murcia); Hospital Román Alberca (Murcia) España.

dad más marcada. El inducido suele tener una personalidad premórbida patológica y dependiente. La mayoría de los pacientes son familiares consanguíneos siendo las combinaciones más frecuentes hermana-hermana y madre-hijo.

No disponemos de cifras concretas de incidencia y prevalencia pero parece ser más frecuente de lo que inicialmente pensaron los científicos. El número de casos publicados es creciente y además hay que considerar que muchos casos quedan sin identificar debido a que los pacientes rara vez buscan ayuda por sí mismos y a la deficiente evaluación de la familia de aquellos pacientes que se identifican como psicóticos. La frecuencia del cuadro es inversamente proporcional al número de personas involucradas. Glassman sólo encontró en la literatura 20 casos en los que la totalidad de la familia estuviera afectada⁴.

Caso Clínico

Presentamos el caso de un varón de 63 años que ingresa remitido desde el Centro de Salud Mental (CSM) por alteraciones del contenido del pensamiento con tórpida evolución a nivel ambulatorio.

Como antecedentes personales encontramos cirugía de hernia inguinal que ha recibido seguimiento por el CSM desde 1997 por clínica depresiva a raíz del debút de una patología psicótica en un hijo.

Los antecedentes familiares psiquiátricos establecen que un hijo fue diagnosticado de Esquizofrenia Paranoide, en seguimiento en el Centro. Los otros hijos no han recibido atención en el CSM, si bien son serios e introvertidos y mantienen poca relación con gente ajena a la familia. Otro hijo se suicida en Febrero del 2007 con la ingestión de órganos fosforados tras intento fallido de ahorcamiento. Existe el antecedente de trastorno psicótico en la familia de su mujer fallecida en el año 2001.

Desde entonces el paciente se encargó del cuidado de los cuatro hijos, teniendo que abandonar su tarea habitual de campesino. Ha consistido con antidepresivos y ansiolíticos. Estando apa-

rentemente estabilizado estos años y acudiendo a revisiones ambulatorias anuales. En la última revisión no se observó descompensación psicopatológica y se le citó de nuevo en un año. Meses después se contactó telefónicamente con el CSM solicitando adelantar la cita por el fallecimiento de "J", uno de sus hijos. En la cita nos comunica la muerte por suicidio de "J" por la ingestión de órganos fosforados. Uno de los hijos del paciente que lo acompañaba refirió cómo evitó el suicidio por ahorcamiento de su hermano, dos días antes de su fallecimiento. El paciente se mostró abatido por esta muerte, se ajustó el tratamiento y es citado en dos meses para evaluar evolución del duelo. En esa oportunidad no hizo mención de la posibilidad de que su hijo hubiera sido asesinado por miembros de su familia política con la que ha mantenido problemas relacionados con una herencia. Sin embargo, relató que el hijo suicida en días previos habría verbalizado ideas de perjuicio en torno a la familia de su madre, ideación que también habría surgido 6 años antes, cuando comenzaron los litigios por la herencia de terrenos. El paciente dudada si esto pudiera haber sido cierto, no manifestando una alta convicción.

Cuando acudió de nuevo a revisión su aspecto era muy descuidado, verbalizando la existencia de un complot en el que estaban implicados los distintos estamentos involucrados en la asignación de la herencia. Relató con detalle lo referente a las escrituras de los terrenos, las condiciones de la herencia, las personas implicadas en su reparto, incluidos funcionarios, familiares, abogados, personajes conocidos del mundo de la construcción, la policía de su localidad, psiquiatras de familiares de su mujer, un conocido concesionario de coches en el que trabajaba como mecánico uno de los hijos... El discurso era descarilado y abundante, con presión para hablar, e intenso dinamismo; discurso del que se infieren interpretaciones delirantes de perjuicio, sobre una posible base de realidad que pareciera haberse ido gestándose a lo largo de varios meses o incluso años. Demuestra tristeza al referirse al fallecimiento de su hijo. Ahora desconfía del diagnós-

tico de suicidio y está convencido que el hijo sufrió un envenenamiento por parte de sus familiares políticos, con la intención de obtener beneficios en el tema de la herencia, sin embargo, su tono afectivo basal es más bien elevado. Nos informa que tiene interpuestas varias denuncias en su contra por amenazas a su familia política; Amenazas que niega haber realizado, pero que sí verbaliza durante la entrevista por lo que lo derivamos para su hospitalización. El traslado es involuntario dada la nula conciencia del problema y de la necesidad de tratamiento. A su ingreso, los tres hijos del paciente se muestran disconformes con la medida, no reconociendo enfermedad en las interpretaciones de su padre y compartiéndolas en su mayor parte.

Destaca la dinámica familiar en la que parece que los hijos comparten las ideas referidas por el paciente y se muestran recelosos ante las entrevistas. Se mantienen expectantes de los resultados de los juicios pendientes y de aclarar la trama en la que se ven envueltos.

Al ingreso se instaura tratamiento neuroléptico y antidepresivo. El cuadro clínico que motivó el ingreso permanece prácticamente inmodificado tanto en el paciente como en sus familiares. Se observó que el delirio se iba extendiendo como una mancha de aceite implicando a otros actores en este complot que se ha urdido alrededor de la herencia de los terrenos: los terapeutas del paciente, el forense que lo reconoce, el abogado que los defiende, etc. Al alta, el tono afectivo de las alteraciones del discurso se mantiene inmodificada. El paciente niega que vaya a cometer actos violentos contra aquellos que cree implicados en la trama. A pesar del convencimiento delirante de sus interpretaciones, se mantiene colaborador, no planteando problemas de manejo y aceptando su seguimiento ambulatorio.

El paciente acude a las revisiones periódicas y se ha tomado correctamente el tratamiento, si bien, el contenido de los delirios se ha encapsulado permaneciendo invariable. Sin embargo, ha disminuido la intensidad de los síntomas y de su resonancia afectiva, no habiéndose producido denuncias por parte de la familia política. El pa-

ciente ha mantenido sus actividades habituales de cuidado del hogar. La situación del hijo que acudía al centro es similar, permaneciendo la sintomatología enquistada. Respecto a los otros dos hijos que no han recibido tratamiento, intentamos se intentó la derivación al CSM contactando con sus médicos de cabecera con el resultados infructuosos, al no querer ninguno de los dos acudir a consulta. Pusimos la situación en conocimiento del Servicio Social de la zona para la observación de la familia y su intervención en caso necesario.

Discusión

Como en todas las entidades poco frecuentes, para realizar un tratamiento y abordaje adecuados, el primer paso lo constituye la identificación del cuadro clínico y su situación. Puede ser difícil reconocer una psicosis si las creencias son confirmadas en apariencia por algún familiar. En la evaluación del cuadro y la situación, hay que tener en cuenta los factores clínicos y sociales que subyacen, ya que son importantes en la configuración de un entorno que conduce a compartir el delirio. En nuestro caso, la situación se complica aún más con el fallecimiento por suicidio de uno de sus miembros.

Una de las posibles explicaciones etiopatogénicas de la *folie à famille* la encontramos en la teoría de la terapia familiar sistémica⁵. Uno de los conceptos básicos de este constructo teórico lo constituye la causalidad circular, que sustituye al modelo psicológico imperante hasta entonces basado en la causalidad lineal, en el que sólo la comprensión del pasado podía llevar a la comprensión del presente. En el enfoque sistémico cada individuo es una identidad que interactúa dentro de un sistema de relaciones donde existe una influencia recíproca. Según este modelo, el término trastorno psicótico inducido no sería acertado porque implica una relación unidireccional. Ya en la primera descripción del síndrome, Lasegue y Falret enfatizaban en la importancia de una mutua influencia entre inductor y receptor. También resulta primordial analizar la

estructura familiar, en nuestro caso la autonomía de los miembros y los límites entre ellos son muy difusos. La muerte temprana de la madre, cuando los hijos estaban en la adolescencia temprana, supuso un mayor acercamiento entre ellos y el padre, que dejó de trabajar para poder atenderlos. Las únicas relaciones fuera del núcleo básico familiar que mantenían eran con la familia política. A partir de una base real sobredimensionada (un litigio por unos terrenos que venían mal escriturados) comienzan a desconfiar de ellos. El aislamiento social en el que vivían inmersos hizo el resto, impidiéndoles obtener explicaciones alternativas y es más, los escasos contactos sociales que mantenían les sirvieron para reforzar su vivencia paranoide.

Diagnosticamos de forma retrospectiva un probable cuadro psicótico en el hijo suicidado, que por la información de los familiares pudo empezar con la muerte de la madre 6 años antes. Al evaluar al paciente, observamos que compartía el mismo cuadro delirante y, para nuestra sorpresa, en las entrevistas con sus hijos, comprobamos que no veían enfermedad en el padre y compartían con él la mayor parte de sus interpretaciones. Utilizamos la clasificación clásica de Marandon de Montyel (Tabla 1) para la identificación del subgrupo clínico. Este autor subdivide el cuadro en función de la cronología de aparición de la clínica, la influencia entre los sujetos implicados y la resolución o no con la separación de los mismos.

Otra dificultad que nos encontramos al abordar la situación, fue la identificación del paciente primario o principal. Nuestra primera hipótesis fue que el inductor era el hijo suicidado, pero la separación (muy traumática en este caso) no condujo a la resolución del delirio en los familiares inducidos. Tradicionalmente, la separación de los miembros de la familia se ha considerado una medida terapéutica esencial, sin embargo, algunos autores dudan del valor de dicha medida⁶. Otro posible sujeto primario, sería nuestro paciente, el padre de familia. Su separación del resto y la observación de la interacción con sus familiares, lejos de culminar con la resolución del

cuadro, produjo un fortalecimiento de las ideas delirantes, ya que durante el ingreso implicaron en el delirio a más elementos.

Finalmente, consideramos como sujeto principal al hijo fallecido al ser el primero que cronológicamente manifestó las ideas y el que las inviste de especial intensidad y dramatismo con su suicidio. El padre, nuestro paciente, por su posición primordial en la jerarquía familiar, habría “recogido el testigo” y reavivado el núcleo delirante, sucediéndose las alteraciones conductuales y las amenazas heteroagresivas una vez que el suicidio de su hijo ya se ha llevado a cabo, a pesar de que mantenían vivas las creencias de complot durante años. Aunque nos resulta difícil identificar el subgrupo clínico ya que la dinámica familiar ha impedido lograr una separación más real y estable más allá de la temporal acaecida durante el ingreso, nos decantamos por el subtipo de *folie communiquée* o locura transmitida. Esta entidad clínica tiene en cuenta la predisposición hereditaria de los sujetos implicados, el tiempo de latencia transcurrido y la ausencia de mejoría tras la separación.

Otros factores se añaden a la persistencia de la

Tabla 1. Subtipos de Folie à deux

Folie imposée (locura impuesta): El sujeto dominante transfiere los delirios al secundario, elemento pasivo y menos inteligente. Las ideas delirantes del receptor desaparecen tras la separación

Folie simultaneé (locura simultánea): Los delirios ocurren simultáneamente pero de forma independiente en ambas personas que conviven, ambas predisponentes a padecer una enfermedad psicótica. Al no existir sujeto dominante, la separación por sí misma no mejoraría el cuadro en ninguno de ellos

Folie communiquée (locura transmitida): El receptor desarrolla los síntomas psicóticos después de un periodo de tiempo variable y estos síntomas acaban teniendo una evolución propia. La separación no influye sobre el contenido del cuadro

Folie induit (locura inducida): Variante de la anterior. Un sujeto que ya está delirando enriquece sus delirios con los de otro paciente, mientras ambos están en íntimo contacto

sintomatología. La interpretación del suicidio como un envenenamiento por parte de la familia política constituye, por un lado, un factor prolongador de la sintomatología delirante que dificulta sobremanera su resolución ya que “confirma” la existencia de una trama que les quiere dañar y, por otro, una defensa contra el duelo⁷, negando la realidad y proyectando los elementos

agresivos ubicándolos en el espacio externo.

El acompañamiento en la evolución y en la elaboración del duelo permitirá una adecuación lo más adaptada posible de sus vivencias a la realidad, probablemente con un encapsulamiento de la sintomatología como el objetivo terapéutico más factible, proceso que se está llevando a cabo en la actualidad.

Resumen

Introducción: El trastorno psicótico compartido, también conocido como folie à deux, es un cuadro muy poco frecuente caracterizado por la presencia de síntomas psicóticos similares en dos o más individuos. Principalmente los síntomas son delirantes. El caso primario, el individuo que primero desarrolla los síntomas psicóticos se puede diferenciar de uno o más casos secundarios en los que los síntomas son inducidos. Lo más habitual es que participen dos individuos, aunque se han descrito casos que afectan a familias enteras, siendo estos cuadros muy poco frecuentes y con un abordaje más complicado. Caso clínico: Presentamos el caso de una locura familiar, un subtipo de trastorno psicótico compartido. El cuadro abarca a un padre y sus tres hijos y se desarrolla a partir del suicidio del cuarto hijo. El hijo fallecido constituye el caso primario mientras que sus tres hermanos y el padre son los casos secundarios. El padre es ingresado en la planta de psiquiatría. Conclusiones: El éxito del tratamiento fue moderado en el sentido de mejorar las características de la folie à famille en los cuatro sujetos implicados. El primer requisito para un tratamiento correcto es un diagnóstico correcto que tenga en cuenta aspectos sociales y la dinámica familiar.

Palabras clave: Trastorno psicótico compartido, folie à famille, diagnóstico, tratamiento.

Referencias

1. Enoch D, Ball H. Folie à deux (y folie à plusiers). Síndromes raros en psicopatología. Madrid: Triacastela, 2007: 223-59.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV. 4 ed. Barcelona: Masson, 2002.

Correspondencia:

Dra. Inés Morán Sánchez
CSM Cartagena. Calle Real nº 8. CP 30201.
Cartagena (Murcia). España
Teléfono: 0034669119589/ 0034968326700
Nº fax: 0034968326769
E-mail: Inmosa77@hotmail.com

3. Trastornos mentales y del comportamiento CIE 10. Organización Mundial de la salud. Madrid: Meditor, 1992.
4. Glassman J N, Magulac M, Darko D F. Folie à famille: shared paranoid disorder in a Vietnam veteran and his family. Am J Psychiat 1987; 144 (658).
5. Minuchin S. Families and family therapy. Cambridge: Harvard University Press, 1974.
6. Mentjox R, van Houten C, Koolman C G. Induced Psychotic Disorder: Clinical Aspects, theoretical considerations, and some guidelines for treatment. Comprehensive Psychiatry 1993; 34 (2): 120-6.
7. Gabbard G O. Trastornos afectivos. Comprensión psicodinámica de la depresión y la manía. In: Gabbard GO, editor. Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2002: 222-6.