# **ANÁLISIS COMPARATIVO EN FOLIE À DEUX**

V. Di Lella Pinilla, E. Baeza Tena, S. Gasque Llopis, A. Palma Conesa, M. Marrón Cordón, X. Estrada Prat Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) Sant Martí-La Mina. Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions (INAD). Parc de Salut Mar (Barcelona).

#### Introducción

Folie à deux es un trastorno mental aparentemente poco común conocido mundialmente tras la descripción de Laségue y Falret en 1877. Tiene las siguientes características:

- 1) Dos o más personas comparten el mismo tema o sistema de ideas delirantes y se apoyan mutuamente en sus creencias.
- 2) Ambas comparten una relación extraordinariamente estrecha por ser familiares cercanos o por estar aislados del entorno por su lengua, cultura o factores geográficos.
- 3) Hay evidencia temporal y circunstancial de que las ideas delirantes están inducidas en la persona pasiva de la pareja por el contacto con la persona activa.
- 4) Cuando los delirios de la persona primaria se comparten por más de dos personas pasa a denominarse folie à trois, folie à quatre o folie à famille.

#### **Objetivo**

Análisis comparativo de 14 casos clínicos en relación al tratamiento psicológico, farmacológico y resultados obtenidos.

#### Método

Revisión bibliográfica de la literatura científica del Folie à deux. Criterios de inclusión: artículos publicados en los últimos cinco años, de carácter internacional y que informen del tipo de tratamiento realizado.

### Resultados

ARTÍCULO	TRATAMIENTO PSICOLÓGICO	TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO	RESULTADO
Aravind, V., Krishnaram, V. & Vimala, R. (2014). Folie a Trois: Atypical Presentation as Shared Transient Psychotic Episode. <i>Indian Journal of Psychological Medicine</i> , 36(2), 211-214.	En los 3 pacientes: durante la hospitalización sesiones psicoterapéuticas de apoyo.  Después de tres días de separación los síntomas agudos disminuyen y se les permite interactuar entre sí y estar en la misma habitación.	En los tres pacientes: leves dosis de Risperidona y Clonazepam.	La mayoría de los síntomas son controlados a partir del 7º día. Sin embargo, los delirios d persecución persisten en los tres individuos. Son dados de alta para asistir a la ceremonia ritua de su madre en el 11º día. Una semana más tarde, en la visita de seguimiento, refieren sentirse relajados, sin sensación d miedo ni peligro. El delirio en el inductor persistió.
Ghasemzadeh, M.R., Vasfi, M.G., Nohesara, S. & Shabani, A. (2012). Shared Psychotic Manic Syndrome in Monozygotic Twins: A Case Report. <i>Iranian Journal of Psychiatry and Behavioural Sciences</i> , 6(1), 75-77.	Ambas: Con el primer diagnóstico (trastorno bipolar I): hospitalización. Con el segundo (FAD): separación de las gemelas, una en la casa y la otra con un familiar.	En ambas: para el trastorno bipolar I, episodio maníaco con síntomas psicóticos: Litio, Haloperidol y Benzodiacepinas. Para el FAD: Antipsicóticos en la paciente primaria. Hipotiroidismo en las dos: Valproato de sodio y Levotiroxina.	1r diagnóstico: Tras tres semanas de hospitalización el estado de ánimo mejora y son dadas dalta. Sintomatología psicótica continúa en la paciente primaria.  2º diagnóstico: Los síntomas psicóticos en la paciente secundaria disminuyen mientras que el la primaria persisten, siendo diagnosticada de Esquizofrenia.
Bugeme, M., Mukuku, O., Mobambo, P., Koba, B. & Muyumba, E. (2013). Folie à Trois in Lubumbashi: about one case. <i>The Pan African Medical Journal</i> , 14, 47.	Hospitalización: separación de las tres hermanas en diferentes habitaciones.  Tras el alta, seguimiento ambulatorio regular durante 6 meses.	En las 3 pacientes durante la hospitalización: haloperidol 15 mg/día, Levomepromazina 150 mg/día y Clorpromazina 100 mg/día.	Tras 1 semana de hospitalización se da marcada mejoría en la condición clínica y todos lo síntomas desaparecen. La tasa de regresión de los síntomas es más lenta en la hermana inductor Se observa remisión completa durante la siguiente semana de control (en el hospital, s medicación). No desorden durante los meses de control ambulatorio.
Sanjiv, N. & Dilip, C. (2015). Delusional parasitosis with Folie à deux: A case series. <i>Industrial Psychiatry Journal</i> , 24(1), 97-98.	Los pacientes inducidos no aceptan ningún tipo de tratamiento ni la separación de la persona principal. Se realiza tratamiento de la persona 1ª esperando mejoría de los familiares.	Pimozida y Risperidona.	Paciente principal: mejora con Risperidona. Reducción de la intensidad de los delirios en las personas secundarias debido a la mejoría en sintomatología del caso primario.
Ohnuma, T. & Arai, H. (2015). Genetic or Psychogenic? A Case Study of "Folie à Quatre" Including Twins. Case Reports in Psychiatry, 1-3.	Asesoramiento del paciente principal y seguimiento de la transmisión de los síntomas a los pacientes inducidos.	Paciente principal (diagnosticado de esquizofrenia), hermano gemelo y madre visitas con psiquiatría.	Paciente principal pregunta a los profesionales si son capaces de ver el material que sale de boca (delirio somático). Tras la respuesta negativa, abandona las visitas.
Francois, D., Bander, E., D'Agostino, M., Swinburne, A., Broderick, L., Grody, M.B. & Salajegheh, A. (2014). Folie à deux in monozygotic twins with cerebral palsy. Clinical Schizophrenia & Related Psychoses, 1(1), 1-10.	Separación física en diferentes unidades del hospital psiquiátrico. Cese de contacto entre ellas ya que produce alteraciones de comportamiento en la hermana primaria. Tras el alta, hermana secundaria empieza programa de hospital de día.	Ambas pacientes: Risperidona intramuscular durante las dos primeras semanas de hospitalización. Ambas: Cambio a Risperidona oral 6 mg/día. Más adelante, hermana inducida, Olanzapina oral 15mg/día durante dos semanas.	Continúan manifestando delirios somáticos, de persecución e ideas de referencia a pesar de separación.  Con Risperidona: Hermana primaria: disminución de alucinaciones y delirios. Hermana secundaria: reducción de alucinaciones auditivas pero mantenimiento de delirio somáticos y aislamiento.  Olanzapina + cese de contacto, hermana secundaria: disminución de alucinaciones y los delirio son menos fijos.
Rahman, T., Grellner, K.A., Harry, B., Beck, N., & auriello, J. (2013). Infanticide in a Case of Folie à deux. <i>The American Journal of Psychiatry</i> , 170(10), 1110-1112.	No se realiza.	Caso primario (mujer): hospitalizada involuntariamente gran número de veces por sintomatología de trastorno esquizoafectivo.	Caso secundario (marido): acusado de 30 días de cárcel. Seis meses después de separarse de su esposa, cese de ideas delirantes.
Teixeira, J., Mota, T. & Fernandes, J.C. (2013). Folie à deux: a case report. <i>Clinical Schizophrenia &amp; Related</i> <i>Psychoses</i> , 7(2), 93-96.	Caso primario (hija): comienza la evaluación psicológica pero abandona tras la primera sesión. Argumenta que no necesita psicoterapia sino una evaluación psicológica para probar su cordura mental con el fin de quejarse en la estación de policía sobre "la radiación del terrorismo".	Caso primario: derivada a psiquiatría por psicosis aguda. Acude a 6 citas psiquiátricas pero siempre se niega a cualquier tratamiento farmacológico. Caso secundario (madre): acude a 3 citas psiquiátricas y se le prescribe ziprasidona 80mg/2 al día y flurazepam 30 mg. Abandona tratamiento después de 3 semanas sin mejoría clínica y se niega a tomar otra medicación.	Caso primario: después de 4 meses de baja médica por ausencia, la paciente decide reincorporar en el trabajo y 3 semanas más tarde se observa mejoría clínica, disminuye la intensidad de li ideas delirantes. Empieza a mostrar cierta conciencia de enfermedad.  Caso secundario: mantiene síntomas clínicos pero mejora su funcionalidad una semana matarde de la reincorporación laboral de la hija.
Baweja, R., Mahr, F. & Aggarwal, R. (2013). Folie à deux and Anorexia Nervosa: A Case Report. <i>The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences</i> , 25(2), 56-57.	Caso secundario (hija): Hospitalización. Psicoterapia para el tratamiento de los comportamientos relacionados con el trastorno alimentario. Visitas Ilmitadas de la madre: 2 por semana y supervisadas.	Caso secundario: Rehabilitación nutricional. Madre (caso primario): Recomendación de evaluación psiquiátrica.	Caso secundario: Las creencias delirantes se debilitan durante la estancia en el hospital. Despu de semanas pasa a un programa parcial de trastornos alimentarios en adolescentes.
Lew-Starowicz, M. (2012). Shared Psychotic Disorder with Sexual Delusions. <i>Archives of Sexual Behavior</i> , 41(6), 1515-1520.	Caso primario (mujer): acude a psicología, sexología y exorcista por creencia de infidelidad. No acepta evaluación ni tratamiento psicológico relacionado con su trastorno delirante.	Caso secundario (marido):  1r tto: 4 meses de hospitalización.  2º tto: Perazine. Firma alta voluntaria tras 12 días de hospitalización. Continúa seguimiento ambulatorio con Risperidona.  Caso primario: no acepta tto farmacológico.	Caso primario: los delirios de persecución hacia el personal del primer hospital hacen que se pi el alta del marido.  Tto psicológico: Dificultad para recabar información objetiva e iniciar tratamiento.  Caso secundario: los síntomas se ven reducidos al separar a la pareja (incluso disminuyendo do de Risperidona).
Haqqia, S. & Ali, N. (2012). Folie a deux: a case report. F1000Research, 1, 18.	Separación de la díada: caso secundario (hijo) tiene como plan de futuro realizar sus estudios superiores en otra ciudad, se le anima a marchar.	Caso primario (madre, diagnosticada de esquizofrenia con delirios paranoides): Risperidona.	Caso secundario: notable mejoría, disminución de los delirios y aumento del rendimiento académi Caso primario: debilitamiento de la ideología delirante y mejora del cuidado personal. Mantie poco insight de su enfermedad psiquiátrica.
Yazar, M.S., Erbek, E., Eradamlar, N. & Alpkan, L. (2011). The Seven Sleepers: a Folie à deux case originating from a religious-cultural belief. <i>Transcult Psychiatry</i> , 48(5), 684-692.	Caso primario (marido): 2º episodio: Consulta externa durante 1 año tras haber tenido el alta del hospital. Caso secundario (mujer): nunca buscó ayuda profesional.	Caso primario, 1r episodio (trastorno esquizofreniforme): hospitalización y 10 mg de Haloperidol por día. 2° episodio: 7 sesiones de tratamiento electroconvulsivo y luego 300 mg de Clozapina por día. 3° episodio (se le diagnostica esquizofrenia): Clozapina 300 mg por día.	Caso primario, 1r ep.: recuperación parcial. Desaparecen alucinaciones y disminuyen los delirio Tras el alta del hospital deja la medicación y la atención psiquiátrica.  2º ep.: En 8 semanas remisión clínica completa y se da el alta del hospital. Control durante año y mejora notable en su funcionalidad.  2 años más tarde deja la medicación para ocultar la enfermedad a la nueva pareja.  3 años más tarde 3r episodio: tratamiento farmacológico mejora la mayoría de los síntom psiquiátricos.
Forres, C.R., Yasno, M.A., Morales, M.C., Gutiérrez, Á.M. & Varela, Y.V. (2012). Shared Psychotic Disorder Detween Two Sisters. Revista Colombiana de Psiquiatría, 41(2), 444-455.	Separación en diferentes habitaciones del hospital, evaluación e intervención terapéutica.	Ambas hermanas: hospitalizadas a petición de la comunidad que lleva 50 firmas a comisaría. Se niegan a tomar medicación por falta de conciencia de enfermedad.	Ambas: al ser separadas para evaluarlas en un contexto individual, se tornan irritables, contenid y querulantes, exigen la presencia de la otra hermana durante las entrevistas. No existen alteracion sensoperceptivas, deterioro cognitivo o alteraciones del contenido delirante. Cuando se les niega dormir juntas, se oponen a seguir colaborando con las entrevistas. Solicit a la trabajadora social comunicarse con su hermano y amenazan al personal con demandas no son retiradas de la institución.  El hermano no está de acuerdo en que sigan hospitalizadas y solicita la salida voluntaria.
Caribé, A.C., Daltro-Oliveira, R., Araújo, R.H., Cardoso, A.P., Guimarães, P.B., Miranda-Scippa, A. & Quarantini, L.C. (2013). Systemic lupus, folie a trois and homicide. Comprehensive Psychiatry, 54(7), 1032-1033.	Separación de la díada durante la hospitalización. Tras el alta, seguimiento del caso secundario (hijo) de forma ambulatoria.	Caso primario (madre) y caso secundario (hijo menor) tras el homicidio del hijo mayor: ingreso en hospital local durante 1 mes: Haloperidol, Clorpromazina, restricciones mecánicas y Haloperidol inyectable cuando se precisa. Ambos: Hospitalización psiquiátrica dos meses más tarde sin ningún tipo de medicación.  Caso primario diagnosticado de trastorno psicótico agudo.	Caso secundario: durante el seguimiento ambulatorio, consciente pero con comportamier infantil, dificultad en la abstracción e interpretación de los hechos en contexto religioso.  Caso primario: durante la hospitalización psiquiátrica, colaboración, pensamiento organizado, s cambios en la percepción sensorial, estado de ánimo deprimido, consciente de los hechos pe justificando sus acciones con argumentos espirituales.  En los meses siguientes: episodios breves e intermitentes de agitación, dificultad en el discur con contenido místico que meiora con el uso de antipsicóticos.

## **Conclusiones**

Caso primario diagnosticado de trastorno psicótico agudo.

Caso secundario de discapacidad intelectual. Ambos: trastorno psicótico compartido.

con contenido místico que mejora con el uso de antipsicóticos.

Más adelante: presenta astenia, disminución de la fuerza muscular y artritis, estreñimiento, dolor

abdominal, erupción malar y fiebre. Los resultados del laboratorio presentan anticuerpos antinucleares (ANA) positivos. Desarrolla convulsiones y muere con diagnóstico SLE.