

Folie imposée en dos hermanas gemelas*Folie imposée in two twin sisters***Marcelo O'higgins**¹, **Sandra González**¹, **Julio Torales**¹.¹Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Cátedra de Psiquiatría, San Lorenzo, Paraguay.**Cómo citar este artículo:** O'Higgins M, González S, Torales J. *Folie imposée* en dos hermanas gemelas. Med. clín. soc. 2020;4(2):81-85.**RESUMEN**

Folie imposée (trastorno de ideas delirantes inducidas) es una entidad poco frecuente en psiquiatría clínica. Este es un reporte de caso de dos hermanas gemelas, que requirieron internación en un servicio de psiquiatría tras la aparición de ideas delirantes de perjuicio y de contenido místico que, tras una intervención adecuada y separación de la paciente sin antecedentes de cuadros similares, recuperaron su funcionalidad previa. El trastorno de ideas delirantes inducidas tiene diferentes subtipos clínicos que se diferencian en el modo en que inician su efecto en la persona inducida. El tratamiento involucra enfoques farmacológicos y psicoterapéuticos, al igual que una importante psicoeducación sobre el cuadro.

Palabras clave: Folie imposée; Trastorno de ideas delirantes inducidas; Diagnóstico; Tratamiento.**ABSTRACT**

Folie imposée (induced delusional disorder) is a rare entity in clinical psychiatry. This is a case report of two twin sisters, who required hospitalization in a psychiatry service after the appearance of delusions of prejudice and mystical content that, after an adequate intervention and separation of the patient without a history of similar symptoms, recovered their previous functionality. Induced delusional disorder has different clinical subtypes that differ in how they initiate their effect in the induced person. The treatment involves pharmacological and psychotherapeutic approaches as well as an important psychoeducation on the disease.

Keywords: Folie imposée; Induced delusional disorder; Diagnosis; Treatment.**INTRODUCCIÓN**

Folie imposée, trastorno de ideas delirantes inducidas o trastorno psicótico compartido (también denominado trastorno paranoide compartido o trastorno psicótico inducido) (1), es una entidad poco frecuente en psiquiatría. Sin embargo, se debe considerar en la práctica cuando se presentan pacientes que comparten de alguna forma un sistema delirante común.

Este trastorno se conoce desde el siglo XVI, descrito ya por William Harvey, luego ampliado en su fenomenología por Baillarger en el siglo XIX, como *folie communiquée*, pero solo hasta 1877, en Francia, Lasègue y Falret acuñan el término bastante difundido de *folie à deux* (2).

Autor correspondiente: Prof. Dr. Julio Torales (jtorales@med.una.py).**Manuscrito recibido:** 13 de junio de 2020. **Manuscrito aceptado:** 05 de agosto de 2020.Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

El trastorno se caracteriza por la transferencia de delirios de una persona a otra. Ambas personas están estrechamente relacionadas durante un tiempo y conviven en un aislamiento social relativo (3).

En su presentación más usual, el paciente que desarrolla el delirio inicialmente (caso primario) es el enfermo con una patología psiquiátrica ya conocida y por regla general es el miembro más influyente de la relación con una persona más sugestionable (caso secundario) que luego desarrolla también el delirio (4).

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Dos pacientes de sexo femenino de 40 años de edad, gemelas, de nacionalidad paraguaya, procedentes de zona urbana. Una de las pacientes (P1) se encuentra casada y la otra paciente (P2) se encuentra separada desde cinco años antes de iniciar sus consultas con nuestro servicio. Ambas con educación universitaria, de profesión odontólogas.

Fueron internadas en un hospital monovalente de Psiquiatría durante cinco días por agitación psicomotriz e insomnio, luego se retiran mediante alta voluntaria y acuden a nuestro servicio para ser evaluadas. Se encontraban con indicación de Olanzapina 15 mg/día, Clonazepam 2 mg/día y Biperideno 2mg/día para P1; y Risperidona 3 mg/día, Clonazepam 2 mg/día para la P2.

Sobre los antecedentes del cuadro actual, tres meses antes del ingreso a su primera internación las pacientes comienzan a acudir a la iglesia cristiana. Desde entonces P1 mantiene la idea de que debe llevar una vida "de austeridad". Tanto P1 como P2 sostienen que han pasado por "experiencias espirituales muy intensas".

Dos semanas antes del ingreso P1 sospecha que su niñera mantiene una relación con su esposo, también piensa que la niñera está poseída por un demonio y practica "magia negra". Nueve días antes del ingreso, P1 y P2 junto con su madre van a una misa de sanación, donde se confiesan y "cambian" e intentan hacer cambiar a la madre despojándole de sus ropas y accesorios como anillos y aros "prácticamente a los tirones" según la hermana. P1 comienza a llenar la casa de imágenes de santos, solo escucha música cristiana en la radio. Seis días antes del ingreso las pacientes comienzan a buscar pruebas de que la niñera había hecho "magia negra" en la casa y empiezan a sacar objetos de valor a la calle.

La hermana refiere que ambas empezaron a romper las figuras de santos y crucifijos que P1 tenía en la casa, se desvisten y se arropan con sábanas blancas "como ángeles" y P1 empieza a autoagredirse en el rostro con un crucifijo. Los familiares intentan detenerlas, pero ambas responden con agresividad por lo que deciden llevarlas a otro servicio donde se requiere tranquilización rápida con medicación parenteral y quedan internadas.

Un día antes del ingreso las pacientes solicitan retirarse contra consejo médico de su internación, bajo responsabilidad de la hermana mayor que es licenciada en enfermería. Al llegar a su casa la paciente y su gemela, les dicen a los familiares que se encuentran sanas, que no van a seguir las indicaciones terapéuticas y que van a volver a atender pacientes en el consultorio que tienen en la casa. Esa noche no logran conciliar el sueño y se levantan por la madrugada a limpiar la casa, cocinar, despiertan a sus hijos y los alimentan en repetidas ocasiones. Ambas pacientes refieren que se van a mudar por lo que quisieron subir sus hijos a una camioneta y llevarlos. Los familiares las detienen y traen a ambas a consulta de urgencia en nuestro servicio donde se decide la internación debido a la dificultad de los familiares para la contención.

En cuanto a antecedentes remotos, P1 tuvo un episodio 20 años antes del ingreso luego un problema académico que coincide con las características de depresión de síntomas psicóticos, siguió tratamiento en el Hospital psiquiátrico y cesó el cuadro. Cinco años antes del ingreso, luego de dar a luz a su segundo hijo, presentó un episodio compatible con depresión de inicio en el postparto. Indica antecedente de traumatismo cráneo-encefálico en la infancia. P2 refiere que consumía la medicación de su hermana, desde el año pasado consume Clonazepam en forma irregular. Refiere asfixia perinatal en la infancia. Ambas niegan consumo de sustancias y antecedentes de otras afecciones médicas de base.

En cuanto al examen psíquico de P1, los datos de valor encontrados fueron humor hipertímico, afecto congruente, verborreica. Pensamiento de curso circunstancial, tangencial por momentos. Con ideas delirantes místicas “mi niñera esta poseída, hace magia negra”, de perjuicio “mi hermana me quiere quitar mi dinero”. Introspección nula. En cuanto al examen Psíquico de P2 se encontraba verborreica, con ideas delirantes de perjuicio congruentes con las de P1. La impresión diagnóstica de P1 es Trastorno Bipolar tipo I, episodio maníaco actual con síntomas psicóticos (F31.2) y de P2 es de un trastorno de ideas delirantes inducidas (F24).

Debido a la falta de contención en el hogar y el riesgo para terceros, se indica su internación. Se solicitan análisis laboratoriales de rutina (Hemograma, urea, creatinina, electrolitos, glucemia, perfil lipídico, hepatograma, orina simple, perfil tiroideo) que retornaron con valores dentro del rango normal. Permanecen internadas en salas separadas por un periodo de tres días tras lo cual P2 muestra una remisión parcial de los síntomas, estando mucho más contenible, empieza a criticar las ideas anteriormente delirantes y empieza a criticar sus actos anteriores. Se indica un permiso en el hogar para P2. P1 mantiene su cuadro que empieza a ceder a las tres semanas de administración de medicación. La paciente P1 es dada de alta a los 32 días de internación, luego de realizar psicoeducación a la familia. Tras esto la paciente inicio controles por Psiquiatría Ambulatoria.

DISCUSIÓN

Es una patología poco habitual. No se dispone de cifras de incidencia y prevalencia y la bibliografía especializada se basa más que nada en casos clínicos (5). En el caso de Paraguay no existe mucha bibliografía en cuanto al cuadro psicopatológico y poca experiencia en la práctica con pacientes semejantes.

En 1942, Alexander Gralnick propuso la división en cuatro subtipos del *folie à deux*. Entre ellos se encuentran: el *folie imposée*, que corresponde a la presentación clásica en la que los delirios de un individuo con psicosis son transferidos a un individuo que no los poseía; el *folie simultanée*, que corresponde a la aparición simultánea de una psicosis idéntica en dos personas predispuestas; el *folie communiquée*, que implica que luego de la transferencia de ideas delirantes de una persona a otra, las mismas persisten a pesar de la separación de la persona inductora y de la persona inducida; y, por último, el *folie induite*, que se refiere a la adicción de nuevas ideas delirantes en un paciente previamente con psicosis, bajo la influencia de otro paciente con ideas delirantes (6).

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría, en la versión revisada de la cuarta edición (DSM-IV-TR), se lo denominaba trastorno psicótico compartido. En la Codificación Internacional de Enfermedades, en su edición diez (CIE-10), se lo denomina trastorno de ideas delirantes inducidas. El trastorno se excluyó del DSM-5, debido a que la mayoría de los pacientes que habrían recibido antes el diagnóstico de *folie à deux* cumplían los criterios para el trastorno delirante, que es la categoría en la que deben incluirse ahora. De lo contrario, se tendrá que diagnosticarlos como “otro trastorno psicótico especificado” con el especificador “Síntomas delirantes en la pareja de un individuo con trastorno delirante” (7).

El inductor también puede denominarse caso primario, caso activo, dominante o alienado. Es el que realmente sufre un trastorno mental. En la gran mayoría de los casos presenta un cuadro psicótico de tipo crónico. En el polo primario entre las condiciones mórbidas asociadas se pueden describir a la esquizofrenia, trastornos del afecto, los trastornos delirantes y a los trastornos neurocognitivos (8). En el caso de este reporte, el caso inductor corresponde al paciente P1, que había tenido episodios previos de trastornos del estado de ánimo y que en el episodio actual corresponde a un episodio maníaco con síntomas psicóticos dentro de un trastorno bipolar tipo I. La paciente respondió luego de unas semanas al tratamiento con antipsicóticos que fue cediendo en un plazo de unas semanas.

En cuanto al paciente en donde se le induce el delirio se conocido como caso secundario, pasivo, dominado o receptor. Una de las características principales es una alta sugestionabilidad de los pacientes, quienes son descritos además como inmaduros, dependientes, pasivos, con baja autoestima, y en general de poca inteligencia (8). En cuanto a este reporte, el caso secundario corresponde a la hermana gemela de la paciente, sin cuadros semejantes anteriores, en donde se indujo el cuadro delirante.

Se han dado casos en que se trata de dos miembros de una misma familia: hermano y hermana, madre e hija o dos hermanas, como este caso entre gemelas. Esta posibilidad existe igualmente entre marido y mujer, o miembros de una pareja como lo describe el DSM-5. Para que se dé el delirio común, es necesario que esos dos individuos vivan durante un largo período en un mismo ambiente y cultiven los mismos intereses. Otra condición necesaria para que se instaure el delirio compartido tiene que ver con el carácter verosímil del delirio; cuanto menos fantástica parezca, tanto más fácil será de comunicar (9).

En otras palabras, el contagio es tanto más fácil cuanto más se mantiene el delirio dentro de límites aceptables. Sólo esta condición permite que las convicciones de uno se implanten en la razón del otro (10). En el caso descrito, ambas estuvieron expuestas a estímulos importantes al cambiar de religión que en el caso del P1 dieron lugar a un sistema delirante que luego fue inducido en P2.

En cuanto al tratamiento, en la forma más común, el *folie imposée*, lo primordial es tratar la enfermedad de base del paciente primario, así como proceder a separar, por un tiempo, a los individuos que comparte el delirio (4). En cuanto a este reporte, la paciente inducida respondió bien a la separación de la paciente inductora.

Sin embargo, cuando la separación no es suficiente y los síntomas psicóticos persisten, o se trata de un *folie communiquée* o de un *folie simultanée*, se debe también iniciar el tratamiento con antipsicóticos. La separación de dos personas con una relación tan cercana puede tener un impacto negativo en el individuo, por lo cual se sugiere hacer una separación que implique la hospitalización de una de las partes, pero con visitas continuas, aunque limitadas, de la otra persona. Es importante el tratamiento psicoterapéutico individual y familiar. La meta sería aumentar la autonomía de cada individuo, optimizar el tratamiento farmacológico y, paulatinamente, intentar comprometerlos en un proceso terapéutico a largo plazo, para evitar así las recaídas (2, 7).

CONFLICTOS DE INTERÉS Y FUENTE DE FINANCIACIÓN

Los autores declaran no poseer conflictos de interés. Fuente de financiación: ninguna.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Incorvaia D, Helmes E. Shared Psychotic Disorder: A Psychosocial Psychosis?. *Current Psychiatry Reviews* 2006;2:353. <https://doi.org/10.2174/157340006778018148>

2. Balducci PM, Gobbicchi C, Moretti P, Tortorella A. Delusional sharing: a history focus-on and case report of folie à deux. Riv Psichiatr. 2017;52(4):168-171. <https://doi.org/10.1708/2737.27910>
3. Chalise P, Subedi S, Sharma P. Folie a deux. JNMA J Nepal Med Assoc. 2015 Dec;53(200):295-297. <https://doi.org/10.31729/jnma.2750>
4. Saragih M, Amin MM, Husada MS. Shared Psychotic Disorder (Folie À Deux): A Rare Case with Dissociative Trance Disorder That Can Be Induced. Open Access Maced J Med Sci. 2019;7(16):2701-2704. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2019.821>
5. Bout A, Berhili N, Hlal H, Aalouane R, Rammouz I. Folie à deux ou le partage de symptômes comme modalité relationnelle: à propos d'un cas [Folie à deux, symptoms sharing us a relationship modality: a case report]. Pan Afr Med J. 2019;32:47. French. <https://doi.org/10.11604/pamj.2019.32.47.8378>
6. Shimizu M, Kubota Y, Toichi M, Baba H. Folie à deux and shared psychotic disorder. Curr Psychiatry Rep. 2007;9(3):200-205. <https://doi.org/10.1007/s11920-007-0019-5>
7. Delgado MG, Bogousslavsky J. De Clérambault Syndrome, Othello Syndrome, Folie à Deux and Variants. Front Neurol Neurosci. 2018;42:44-50. <https://doi.org/10.1159/000475685>
8. Daulatabad D, Sonthalia S, Srivastava A, Bhattacharya SN, Kaul S, Moyal D. Folie a deux and delusional disorder by proxy: an atypical presentation. Australas J Dermatol. 2017 Aug;58(3):e113-e116. <https://doi.org/10.1111/ajd.12490>
9. Haqqi S and Ali N. Folie a deux: a case report [version 1; peer review: 2 approved]. F1000Research 2012;1:18. <https://doi.org/10.12688/f1000research.1-18.v1>
10. Teo DC, Abraham AM, Peh AL. Folie à deux and Fregoli syndrome with greater severity in the 'secondary' - A case report. Asian J Psychiatr. 2017;25:254-255. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2016.12.011>