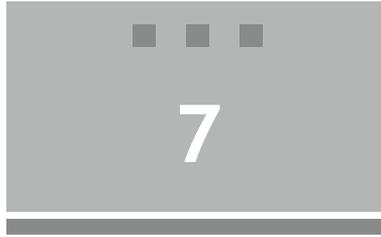


## REPORTES DE CASO

TRASTORNO PSICÓTICO  
COMPARTIDO EN GEMELOS.  
REVISION CLÍNICA A PROPÓSITO DE UN CASO.

Yesenia Lindeman Vergara<sup>1</sup>  
Rigoberto López Quiceno<sup>2</sup>  
Edgard Yamhure Kattah<sup>3</sup>

**Resumen**

El trastorno Psicótico compartido es una condición poco frecuente, con características que incluyen la presencia de un delirio compartido entre personas del núcleo familiar, en la cual existe un paciente primario con patología mental crónica y otro que posteriormente desarrolla síntomas delirantes a partir de la patología del primero, donde los factores que dan génesis a la característica compartida involucran elementos psicosociales y biológicos; los factores genéticos también han sido considerados dada la aparición del cuadro de delirio en pacientes con algún grado de consanguinidad. Objetivo: Reportar un caso de Trastorno Psicótico Compartido entre gemelas. Discusión: Este caso comparte fenómenos observados en otros reportes similares, entre los que cuentan la relación simbiótica entre las dos pacientes, la presencia de comorbilidad psiquiátrica en ambos sujetos, el beneficio terapéutico que se observa al realizar un trabajo simultáneo con las dos hermanas y con la familia para romper la simbiosis, disminuir los factores de refuerzo de la patología así como evitar el aislamiento de ellas frente a los demás.

**Palabras Clave:** Folie a deux, locura compartida, delirio compartido, gemelos.

**Summary**

Shared psychotic disorder is a rare mental illness characterized by shared delusions in individuals close related, in which an “inducer” (primary patient), who is the originally ill patient, transmits his delusional beliefs on another patient. Factors associated with the etiology of this phenomenon involve psychosocial and biological elements; Genetic influences have also been considered, given the apparition of this clinical

<sup>1</sup> Médico Residente de Psiquiatría de segundo año, Universidad El Bosque - Instituto Colombiano del Sistema Nervioso. yesselindeman@gmail.com

<sup>2</sup> Médico Residente de Psiquiatría de segundo año, Universidad El Bosque - Instituto Colombiano del Sistema Nervioso.

<sup>3</sup> Psiquiatra-Psicoanalista - Docente Posgrado Psiquiatría, U. El Bosque. Instituto Colombiano del Sistema Nervioso.

Fecha de recepción: Octubre 2013

Fecha de aceptación: Noviembre 2013

entity in patients related. Objective: Describe a case of shared psychotic disorder in twins. Discussion: This case shows aspects described before in other reports, including a symbiotic relationship between the sisters, psychiatric comorbidity in both individuals and a significant improvement of the symptoms after separation from each other and promote social integration.

**Keywords:** Induced delusional disorder, shared delusional disorder, and folie a deux, twins.

## INTRODUCCIÓN

La *folie a deux*, es un cuadro florido y poco reportado de gran relevancia en la comprensión de la psicopatología humana, siendo el ejemplo más claro de una relación patológica en la que los síntomas psicóticos son compartidos. Este trastorno esta definido como la aparición de síntomas psicóticos en un individuo con una relación interpersonal con otro que tiene una patología mental ya establecida (1). Fue descrito por primera vez por Lassegue y Farlet en 1877, como *folie a deux* y desde entonces ha recibido muchas denominaciones, entre las que cuentan locura doble, psicosis de asociación, y fue conocido en el CIE- 10 y en el DSM-IV TR como trastorno de ideas delirantes inducidas y trastorno psicótico compartido, respectivamente (2).

Es importante notar como para Farlet, el caso secundario o recipiente, es solo un “reflejo” del caso primario o inductor, quien es el paciente “real”, y si el inductor y el recipiente son separados, los delirios desaparecerán en el segundo (3). Sin embargo autores posteriores demostraron que compartir un delirio es posible en dos individuos que tienen una predisposición hacia la psicosis (4), lo que plantea la posibilidad de la carga genética como causal del fenómeno.

Muchos autores han demostraron como la enfermedad mental severa es frecuentemente compartida en gemelos; sin embargo, el hecho que en un gran número de gemelos idénticos no se desarrolle enfermedad mental, demuestra que existen contribuciones de factores ambientales que conllevan al desarrollo del trastorno mental (5). Arnone y cols. estudiaron las características de la naturaleza de las relaciones en las que se presenta este fenómeno; el tipo de relación establecida suele ser con el núcleo familiar primario (97%), siendo más prevalente entre esposos o parejas y subsecuentemente entre hermanas (con mayor frecuencia en el género femenino). No se conoce con certeza la prevalencia de este fenómeno, aunque existe un creciente número de casos reportados en revisiones de la literatura. Diversos autores han observado como factor de riesgo al interior del núcleo familiar, la tendencia a la simbiosis, así como al aislamiento social. Otros factores reportados en el caso secundario incluyen personalidades pasivas, alteraciones cognitivas, alteraciones del lenguaje y eventos vitales (6, 7).

## DESCRIPCIÓN DEL CASO

Este caso clínico trata de dos hermanas gemelas, en la tercera década de la vida, estudiantes universitarias, residentes en zona urbana, quienes viven con sus

padres y una hermana menor. Al ingreso es llamativo el pobre arreglo personal, la contextura delgada y la talla baja, así como una edad aparente menor a la cronológica en ambas pacientes.

La gemela a quien se designara como A, es traída por sus padres por un cuadro clínico de dos años de evolución de presentación de cambios comportamentales dados por irritabilidad, retraimiento social, heteroagresividad verbal dirigida hacia amigos y familiares e insomnio de conciliación. Posterior a un viaje que hizo con su gemela, aflora ideación delirante de contenido paranoide, documentándose por parte de familiares ideas de persecución refería estar siendo víctima de habladerías y que estaba siendo acusada de traficar con sustancias ilegales. Previo al cuadro actual presentó trastorno alimenticio que curso con restricción alimentaria, conductas purgativas y ejercicio compulsivo, durante su manejo se documentó consumo de anfetaminas, cocaína, marihuana y alcohol de forma social y que inició durante los primeros semestres de su carrera, inicialmente no aceptados por la paciente.

La otra gemela a quien se designara como B y quien cursa último semestre de una carrera universitaria, es traída por sus padres por un cuadro clínico de año y medio de evolución, que inicia con cambios conductuales dados por irritabilidad, retraimiento social, heteroagresividad verbal, comportamiento oposicional, deterioro académico y consumo de sustancias. Posterior al viaje de vacaciones que realiza con su gemela, aparece ideación delirante de tipo persecutorio

y extrañas, alucinaciones auditivas simples. La paciente refirió, de igual forma que su hermana, estar siendo víctima de habladerías y haber sido violada por extraterrestres. B, tiene un antecedente de trastorno alimenticio que cursaba con restricción dietaria, consumo compulsivo de alimentos hipercalóricos y conductas purgativas, durante el tratamiento se confirmó consumo de sustancias que inició en los primeros semestres de la carrera, de igual forma que su hermana, lo que fue inicialmente negado por la paciente. Dentro de los antecedentes pre y postnatales de las pacientes es llamativo el embarazo no planeado, aceptado y con controles prenatales, parto por cesárea sin complicaciones perinatales. A es la hermana mayor. La madre refirió dificultades de crianza relacionadas con la lactancia, aseo y cuidado de las menores, por lo que requirió el apoyo de enfermera particular, las pacientes presentaron ansiedad de separación durante el ingreso a jardín infantil siendo contenido por el acompañamiento que desde entonces se han brindado a las hermanas, sumado a esto está el bajo rendimiento académico de B, quien tuvo diagnóstico de Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) que fue tratado con psicología y terapia ocupacional y con apoyo de la hermana para el cumplimiento de retos académicos, según lo ampliado por la madre. Las hermanas compartieron hasta la adolescencia cuarto, juguetes, compañeros de curso y amigos. A los 13 años la familia se traslada a vivir a otra ciudad y las hermanas son separadas de curso con el interés de favorecer la individualidad. Posteriormente B, pierde un grado en bachillerato por bajo rendimiento académ-

mico mientras que A continúa estudios con dificultades académicas pero sin pérdida de años escolares. Las dos pacientes ingresan a carrera universitaria, B pierde un semestre, pero muestra en general buen rendimiento académico. Durante la época universitaria aparecen el consumo de sustancias psicoactivas y el trastorno alimentario.

Dentro de los antecedentes familiares sobresale la esquizofrenia en la familia paterna, y el antecedente de mamoplastia de reducción de las dos hermanas practicado en la época universitaria y previa al diagnóstico de trastorno alimentario. Al ingreso en hospitalización, el manejo estuvo orientado a dar control a la sintomatología psicótica compartida por las pacientes, con el apoyo primario de psicofarmacología, pero teniendo en mente la presentación favorecida en el conocimiento longitudinal, por la historia de vida que demuestra un funcionamiento simbiótico facilitado por el núcleo familiar y por el medio escolar desde etapas tempranas del desarrollo.

Con base en lo anteriormente descrito se manifiestan en la adolescencia y adultez temprana algunos comportamientos que sugieren un pobre control de impulsos, alteraciones de la imagen corporal con trastorno de la alimentación y consumo de sustancias psicoactivas, todo esto de gran importancia en el manejo y el pronóstico del cuadro clínico presentado por las pacientes, lo que sugiere fijaciones en etapas pregenitales de predominio oral (trastorno alimentario, abuso de sustancias y síntomas psicóticos).

Desde la primera semana de hospitalización se observó reducción de los síntomas psicóticos, con persistencia del comportamiento irritable, seductor y manipulador con el personal médico y paramédico, mostrando dificultades en la socialización con otros pacientes, buscando “mimetizarse” y siempre buscando la compañía mutua. Tras la autorización de visitas de familiares se reactivan las ideas delirantes, el insomnio de conciliación y el incumplimiento de acuerdos de manejo sobre hábitos alimentarios, frente a esto se realiza ajuste del tratamiento farmacológico, acuerdos conductuales y finalmente compromiso familiar, enfatizando en facilitar través de la experiencia hospitalaria los procesos de individuación y separación con el fortalecimiento de la autoestima. Al finalizar la segunda semana de hospitalización y en ausencia de alteraciones del pensamiento y presentando ganancia de peso durante la misma, se da salida con recomendación de continuar manejo ambulatorio con psicoterapia psicodinámica orientado a través de la terapia individual de las dos pacientes y terapia de familia.

## DISCUSIÓN

En el tratamiento de las entidades psiquiátricas, es necesario un abordaje integral del caso clínico y su contexto, para realizar un adecuado manejo. En este caso clínico en particular el manejo se necesito de la evaluación de cada paciente en terapia, reforzando las fortalezas individuales, a través del cumplimiento de compromisos personales sin apoyarse en la una en la otra, dado que su historia de vida mostraba como la autonomía de las pacientes y los límites entre ellas eran difusos, y como

el cuadro se perpetuaba, y se reforzaban los delirios, y las alteraciones conductuales cuando las pacientes se encontraban juntas; este mismo escenario ha sido descrito por muchos otros autores, incluyendo Josie et al (2006), quien presentó un caso de delirio compartido donde el manejo incluyó la separación del medio en el cual residían las pacientes, llegando incluso a cambiar su país de residencia (8).

Otro punto de relevancia y que se pone a discusión en la nosología actual del trastorno psicótico compartido es la ausencia de enfermedad psiquiátrica previa en el caso secundario, sin embargo datos precedentes de otros reportes han mostrado asociación con enfermedad psiquiátrica grave con una prevalencia variable (6); en este caso en particular se encuentra la presencia de comorbilidad psiquiátrica tanto en el caso primario como en el secundario, incluyendo la historia de consumo de sustancias y de trastornos de la conducta alimentaria; así como historia familiar de enfermedad psiquiátrica severa.

## CONCLUSIONES

Si bien el entendimiento del trastorno psicótico compartido se ha enriquecido desde el momento en el cual fue descrito inicialmente, sigue siendo un reto terapéutico, ya que compromete al menos a dos pacientes, lo que implica el tener en cuenta, la condición psiquiátrica de cada uno de los individuos, así como la dinámica ambiental y social que favorece la aparición y perpetuación del cuadro.

## Referencias

1. Morán I, Concepción A. Locura familiar: Revisión clínica y a propósito de un caso. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*. 2008; 46 (2): 129-133.
2. American Psychiatric Association (APA). *Manual diagnóstico estadístico de los trastornos mentales (DSM IV- TR)*. Barcelona: Masson, 2002.
3. Shimizu M, Kubota Y, Toichi M, Baba M. Folie à Armone D, Patel A, Tan G. The nosological significance of Folie à Deux: a review of the literature. *Annals of General Psychiatry*. 2006; 5: 1-11.
4. Régis E. *La Folie à Deux ou Folie Simultanée Avec Observations Recueillies à la Clinique de Pathologie Mentale (Thèse)*. Paris. Baillière. 1880
5. Silveira J, Seeman M. Shared psychotic disorder: a critical review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry*. 1995; 40 (7): 389-395.
6. Arnone D, Patel A, Tan GM. The nosological significance of Folie à Deux: a review of the literature. *Annals of general psychiatry* 2006;5(1):1-8
7. Shimizu M, Kubota Y, Toichi M, Baba H. Folie à deux and shared psychotic disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2007;9:200-205.
8. Joshi K, Frierson R, Gunter T. Shared psychotic disorder and criminal responsibility: A review and case report of folie a trois. *Jaapl*. 2006. 34 (4). 511-517.