

Trastorno psicótico compartido: a propósito de un caso entre dos hermanas

Carolina Rodríguez Torres¹
Marcelo Andrés Hernández Yasno²
Martha Constanza Rangel Morales²
Ángela María Martínez Gutiérrez³
Yaneth Valero Varela⁴

Resumen

Introducción: El trastorno psicótico compartido, también conocido como *folie à deux*, es un trastorno mental caracterizado por el desarrollo de síntomas psiquiátricos (síntomas psicóticos) en un individuo que tiene una relación interpersonal cercana con otro individuo que tiene una enfermedad mental establecida (usualmente con presencia de delirios). No se considera un cuadro común, es un diagnóstico poco frecuente y una condición en la que los factores psicosociales son fundamentales para su desarrollo. *Objetivo:* Presentar el caso de dos hermanas con trastorno psiquiátrico compartido, ahondando en sus consecuencias sociales y en las dificultades en la intervención, al igual que en los aspectos éticos relacionados con la internación involuntaria. Realizar una breve revisión del tema para tener un marco de referencia frente al caso. *Metodología:* Reporte de caso. *Conclusiones:* Se pone en evidencia la dificultad para realizar una adecuada intervención tanto farmacológica como psicoterapéutica, debido a que el delirio puede afectar no solo a uno, sino a varios miembros de la familia. Así mismo, este caso da cuenta de los riesgos individuales e inherentes a la enfermedad y de los riesgos sociales en los que se ven involucrados terceros.

Title: Shared Psychotic Disorder between Two Sisters

Abstract

Introduction: The Shared Psychotic Disorder, also known as “*folie à deux*”, is a mental disorder characterized by the development of psychiatric symptoms (psychotic symptoms) in an individual within the context of a close interpersonal relationship with another individual who has an established mental illness, usually with the presence of delusions. It is not considered a common disorder, its diagnosis is rare and it is a condition in which psychosocial factors are vital for its development. *Objective:* To present the case of two sisters, the social conse-

¹ Médica psiquiatra, Pontificia Universidad Javeriana. Hospital Santa Clara. Bogotá, Colombia.

² Médico(a) psiquiatra, Universidad Nacional de Colombia. Hospital Santa Clara. Bogotá, Colombia.

³ Médica psiquiatra, Universidad El Bosque. Hospital Santa Clara. Bogotá, Colombia.

⁴ Trabajadora social, Colegio Mayor de Cundinamarca. Universidad Santo Tomás. Hospital Santa Clara. Bogotá, Colombia.

quences and difficulties in the intervention as well as ethical issues related to involuntary hospitalization. To perform a brief review of the topic so as to have a framework for the case. *Method:* Case report. *Conclusions:* This case makes evident the difficulty to achieve an adequate pharmacological and psychotherapeutic intervention because delusion symptoms can affect not only one but several family members. Furthermore, this case accounts both for individual risks inherent to the disease and for social risks involving third parties.

Introducción y revisión de tema

Se han encontrado registros del trastorno psicótico compartido (TSC) desde el siglo XVI, por William Harvey, y en la literatura se encuentra que fue descrito inicialmente por Baillarguer en el siglo XIX, como *folie communiquée*, pero solo hasta 1877, en Francia, Lasègue y Falret acuñan el término *folie à deux*, uno de los más conocidos para nombrar esta condición médica (1).

En 1942, Alexander Gralnick propuso la división en cuatro subtipos del *folie à deux*: a) *folie imposée*; o sea, la forma clásica en la que los delirios de un individuo psicótico son transferidos a un individuo no psicótico; b) *folie simultanée*, o la aparición simultánea de una psicosis idéntica en dos personas predispuestas; c) *folie communiquée*, o la transferencia de delirios de una persona a otra, pero solo después de un período largo de resistencia por parte del individuo no psicótico;

en este caso, los delirios persisten a pesar de la separación; y d) *folie induite*; o sea, el desarrollo de nuevos delirios en la persona que está bajo la influencia de otro paciente delirante (2-4).

Enoch y Trethowan han citado las numerosas y diversas formas de llamar al TSC: “insania comunicada”, “insania infecciosa”, “psicosis de asociación”, “psicosis inducida”, e “insania múltiple”; también se la ha descrito como “psicosis simbiótica”, entre otros (4).

En la actualidad, la psicosis compartida entre dos o más individuos está clasificada tanto en el DSM-IV TR como en la CIE-10. En el primer sistema de clasificación se la encuentra como *trastorno psicótico compartido* 297.3, y en el segundo, como *trastorno de ideas delirantes inducidas* F24, e incluye el *folie à deux* (*trois*, etc.), el trastorno paranoide inducido y el trastorno psicótico inducido (5,6).

Se considera al TSC como una condición rara; sin embargo, es más probable que sea poco diagnosticada, pues los pacientes delirantes suelen rehusarse a consultar al médico, y, sobre todo, al psiquiatra (4). No hay estudios de incidencia ni de prevalencia en la literatura que aporten datos epidemiológicos claros a la presente investigación, y lo que se puede encontrar, usualmente, son reportes de caso. Los casos más raros son los de más de dos individuos (*folie à trois*, *à quatre*, *à famille*, etc).

En cuanto a las características de los afectados, se ha descrito que ocurre más a menudo en relaciones del núcleo familiar primario; especialmente, entre esposos, en la diada madre-hijo, y entre hermanas (1). En un artículo publicado por Shimizu *et al.* se revisaron los datos demográficos de cuatro artículos de revisión publicados entre los siglos XIX y XXI, y se encontraron algunas oposiciones a lo planteado en la literatura previa, pues, al parecer, no hay diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en el grupo de individuos afectados como receptores de psicosis, aunque este no es el caso en el grupo de inductores de psicosis (2). Se ha sugerido que hay una tendencia más alta en las mujeres a ser las personas primarias (inductoras de psicosis), si bien no hay hallazgos claros en la literatura que soporten dicho dato (1).

El individuo que presenta el delirio original (caso primario) suele estar crónicamente enfermo (esquizofrenia paranoide, trastorno delirante, trastornos afectivos con psicosis, etc.), y es quien, típicamente, tiene la personalidad dominante e influye de forma categórica en el sujeto receptor (caso secundario). Según Lasègue and Farlet, el caso primario suele ser más activo, de mayor edad, con más alto nivel de educación y más inteligente. Por otra parte, el caso secundario es, usualmente, más joven, menos in-

teligente, más sugestionable, más pasivo y con una autoestima más baja (1,2,7).

Según Munro, existen diversas términos para describir esta relación patológica: “principal y asociado”, “persona dominante y persona sumisa”, “diada paciente”, etc; sin embargo, para este autor, la más correcta sería: “paciente primario, paciente secundario” (4).

Una discusión importante es la que plantea Munro en relación con las posibilidades de crítica semántica en torno a los nombres escogidos para clasificar esta condición mental. El mismo autor manifiesta que al hablar de TSC y *trastorno de ideas delirante inducido* ambos implicarían que los dos individuos son psicóticos. Explica, además, que en la mayoría de los casos esto sería cierto para el paciente primario, pero no para el secundario, pues en la mayoría de los casos, se trataría de sujetos impresionables que adoptan creencias inverosímiles como resultado de una asociación intensa y prolongada con un sujeto delirante, en un contexto de aislamiento social que les reduce la oportunidad de enfrentar la realidad. También plantea que los inductores de creencias inverosímiles no necesariamente son psicóticos, pues si bien la mayoría de los casos se asocian a cuadros psicóticos primarios, se han documentado algunos casos de trastorno no psicóticos que pueden causar un cuadro muy similar al *folie à deux*; sobre todo,

trastornos obsesivos, somatomorfos y disociativos (4).

Se considera que en este cuadro clínico pueden intervenir factores tanto psicosociales como biológicos, por cuanto se han descrito casos donde los pares tienen relación familiar, y otros casos de pares que no la tienen.

En cuanto a las hipótesis que consideran los factores genéticos, lo que se plantea es que se deben considerar, dada la gran cantidad de casos observados entre parientes consanguíneos, como factores que contribuyen al desarrollo de los delirios; no tanto así, como en su transferencia (1). Pese a lo anterior, son los factores psicosociales los que sientan las bases para la etiología de la psicosis compartida. Los sujetos afectados usualmente viven juntos y presentan aislamiento social, y así generan un medio apropiado para el desarrollo de la psicosis (1,7).

También hay perspectivas psicodinámicas y cognitivas asociadas al *folie à deux*. Se han propuesto alteraciones en el proceso de separación-individuación, descrito por Margaret Mahler, y donde el niño desarrolla la habilidad intrapsíquica para diferenciar sus sentimientos, sus pensamientos y sus comportamientos frente a los de su cuidador. Asimismo, se plantea que los delirios pueden ser compartidos como un proceso de identificación con el inductor (caso primario) mediante la utilización de mecanismos de defensa arcaicos, como la identifi-

cación o la proyección; incluso, se describe la “identificación con el agresor” en estos casos (1).

La teoría cognitiva plantea la importancia del desarrollo de los delirios basado en procesos de aprendizaje; se ha sugerido que los delirios se forman en un intento de explicar una experiencia que de otra manera es incomprendible (1).

En la forma más común del TSC, el *folie imposée*, lo primordial es tratar la enfermedad de base del paciente primario, así como proceder a separar, por un tiempo, la diada que comparte el delirio (4). Si el sistema delirante es solo impuesto en un par sugestionable, el tratamiento realizado al paciente primario usualmente resulta en la resolución de síntomas del afectado. 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 agentes neurolépticos, en el caso secundario (8).

Algunos autores han argumentado que la separación de dos personas con una relación tan cercana puede tener un impacto traumático en el individuo, por lo cual se sugiere hacer una separación que implique la hospitalización de una de las partes, pero con visitas asiduas, aunque limitadas, a la otra (1,8). Son fundamentales la intervención psicoterapéutica individual y la terapia familiar, así como el trabajo social. La meta sería aumentar la

autonomía de cada individuo, realizar un tratamiento farmacológico y una psicoeducación adecuados, y, paulatinamente, intentar comprometerlos en un proceso terapéutico a largo plazo, para evitar así las recaídas (8).

Vale la pena destacar, como se mencionó anteriormente, la dificultad para intervenir a esta clase de pacientes. La mayoría de los individuos que presentan un TSC carecen de introspección y no buscan activamente un tratamiento. El curso es crónico, pues la condición descrita se da, principalmente, en relaciones de larga data y que son resistentes al cambio (7).

Caso clínico

María y Juana son hermanas. Tienen otros hermanos, pero todos ellos viven lejos de la capital y hace muchos años no vienen a visitarlas. María tiene 56 años y Juana tiene 52. Dicen vivir en una casa heredada; se mantienen gracias a su trabajo como aseadoras. Completaron sus estudios de bachillerato, y luego se dedicaron a los “oficios varios”. Ninguna se casó; de hecho, fueron de pocos “amigos y novios”. María es enfática en decir que tuvo parejas, “pero nada estable”; Juana prefiere callar al respecto.

María aclara que siempre han estado juntas, se acompañan mutuamente, y comenta: “La verdad es que no necesitamos a nadie”. Incluso, desde hace varios años

trabajan en sitios cercanos, salen a los mismos lugares, realizan las mismas actividades y comparten la misma cama. “Nos gusta ver televisión”, refiere María; Juana sonríe.

Ambas tienen una actitud colaboradora, responden con frases precisas y pertinentes, su discurso es claro, así como su afectividad es apropiada. Su aspecto es el de dos señoras recatadas, con poca variedad de colores en su indumentaria, pero de apariencia cuidada. Sin embargo, hay un momento en el que María comienza a cambiar su tono de voz y su discurso: empieza a hablar de sus vecinos y de los problemas que tienen con ellos. Se torna algo irritable, eleva levemente el tono de su voz y cuenta: “[...] desde hace 6 años empezaron a molestarnos [...]. Todo empezó con un vicioso del barrio, Luis [...] empezó a fumar marihuana, a robar [...], a decir mentiras de nosotros, a molestarnos [...]. Los demás decidieron protegerlo, las otras familias. Juana y yo nos dimos cuenta [de] que todos ahí son viciosos, prostitutas, jibaros [...]. El papá de una de esas mujeres se murió de sida, la otra está embarazada porque es una zorra [...], mandan a sus niños a que nos insulten, hablan de nosotras y nos agreden verbalmente, físicamente [...]. Se ha empeorado la situación, porque nos ha tocado demandarlos, hemos puesto denuncias; pero la policía está aliada con esos viciosos [...], quieren asustarnos [...]. Uno de los

policías está enredado con una de esas prostitutas [...].”

Juana también comenta: “Me tocó defenderme de una de esas brujas, porque amenazó a mi hermana de muerte; nos hemos visto muy afectadas [...]; ese Luis empezó molestando a mi hermana, a reírse de nosotras; María me hizo caer en cuenta [...], nos gritan que nos vayamos, pero ellos son los sucios, cochinos [...].”

María pregunta por qué son ellas las que han sido traídas al hospital, y no ellos, sus vecinos: “los locos, los malos, son ellos, no nosotras [...]; seguro, la policía le pagó a esa ambulancia [...].”

Al cambiar de tema de conversación, vuelve la cordialidad, aunque ya menos amables: Se tornan más cortantes y contenidas. Manifiestan que llamarán a uno de sus hermanos, quien vive en Fusagasugá, pues no consideran necesario que las hospitalicen.

Las dos hermanas llegaron al hospital traídas por una ambulancia del CRUE, llamada, a su vez, por un grupo de vecinos que no soportó más la situación. Según refieren, desde hace más de 3 años las hermanas han venido presentando cambios comportamentales que han afectado gradualmente a la comunidad.

Todo empezó con una discusión que tuvieron con el hijo de unos vecinos: “[...] empezaron a decir que Luis era un vicioso solo porque es callado, sale solo y hace los mandados de la familia; es un joven

especial [...], no se mete con nadie [...]; la mayor empezó a insultarlo, a pelear con la familia [...]. Poco a poco ya no fue solo con esa familia, sino con todos nosotros [...], nos botan cosas por la ventana, nos escupen, nos dicen groserías [...]; sobre todo, la señora Juana: ella le pegó a una chica que está embarazada y tuvo que ir a Medicina Legal, le dieron incapacidad por lesiones personales [...]. Los niños juegan en los parques o en las calles, y ellas dicen que los mandamos para molestarlas. Lo peor es que ellas ponen querellas, denuncias [...], y son ellas las que son violentas con la comunidad [...]. Estamos cansados. Dicen que viven en una casa de la familia y que trabajan, pero las vemos salir poco de allí, no entran otras personas, se ve que esa casa está en mal estado. Hemos diligenciado cartas a la Personería y otros entes del Distrito para que nos ayuden; también, a los medios de comunicación [...]. No aguantamos más, están enfermas y necesitan ser tratadas [...]”. Adjuntan a la valoración inicial fotocopias donde se observan cartas de quejas firmadas por más de 50 personas, querellas y denuncias de ambas partes, y documentos de lesiones personales producidas por las hermanas, entre otros.

Durante la hospitalización se observa un patrón relacional adecuado con los demás pacientes; no presentan alteraciones en la organización del pensamiento ni

en su discurso, su afecto es modulado, excepto cuando se toca el tema de los vecinos. Se niegan a recibir medicamentos argumentando la ausencia de enfermedad. Es llamativo cómo, aunque se las separa durante la hospitalización, buscan la manera de permanecer unidas todo el tiempo; exigen, incluso, la presencia de una y de la otra durante las entrevistas, y se muestran evasivas y contenidas cuando están separadas.

En ningún momento se evidencia la presencia de alteraciones sensorio-perceptivas, como tampoco déficit o deterioro cognitivo u otras alteraciones diferentes del contenido delirante paranoide relativo a la comunidad donde viven.

Finalmente, uno de sus hermanos es contactado, y al entender que sus hermanas se hallan hospitalizadas en una unidad de salud mental, no está de acuerdo con ello y solicita la salida voluntaria. A pesar de explicársele el delirio de contenido paranoide persecutorio que comparten sus hermanas, el hermano las respalda: cree firmemente en cuanto le refieren respecto a sus vecinos, y decide firmar la salida. Explica que, si bien hace varios años no vive con ellas, sus hermanas mantienen contacto telefónico ocasional, y desde hace varios años le venían informando de la situación con estas personas. Considera que no hay nada de “anormal” en sus hermanas y decide retirarlas de la institución.

Discusión del caso

Se considera interesante el caso descrito, por varios aspectos. En primer lugar, se trata de un diagnóstico poco común; o, mejor, poco reportado. Un caso de *folie à deux* siempre llama la atención, pues no afecta solo a un individuo, sino a dos o más. En este caso, se trata de dos hermanas que nunca habían sido valoradas por psiquiatría; de hecho, muy pocas veces acudieron durante su vida a un médico, y fue la comunidad la que decidió intervenir para que se realizara su valoración y el concepto sobre su estado.

Se trata de dos hermanas que viven solas, y cuya única familia es un hermano que no vive en la ciudad y con quien se ven una vez al año o, incluso, con menos frecuencia. Su única comunicación ocasional es por vía telefónica, y de lo que le hablan es de cómo la comunidad, desde hace unos años, “no para de hacerles daño”.

Las pacientes fueron llevadas al hospital por una ambulancia que llamaron vecinos del lugar, personas incapaces de soportar más la situación que se ha venido sucediendo durante los últimos años. Como fue descrito en el caso, se anexa una serie de cartas y de quejas, fotocopias de denuncias de parte y parte, reclamos, etc., relacionados con la situación de todo un barrio y la difícil relación con estas mujeres.

En estos papeles adjuntos se pone en evidencia todo el conflicto

generado por la patología y cómo repercute en toda la comunidad. Más de 50 personas firmaron cartas dirigidas a figuras del Distrito y a los medios de comunicación, con el fin de solicitar apoyo para que se les realice una valoración mental y se tomen medidas, pues han llegado al extremo de agredir verbal y físicamente a personas que pasan cerca de su casa, incluyendo a una mujer embarazada. Este punto es muy importante, pues pone en evidencia las consecuencias sociales que acarrea una situación particular como la descrita. El daño a terceros es claro, y fue, de hecho, el motivo para que la comunidad decidiera recurrir a las autoridades competentes.

Así mismo, ni la valoración ni la intervención terapéutica de las hermanas fueron fáciles. La separación dentro de la unidad mental generó malestar en ambas. La hermana mayor era la más elocuente: clara en su discurso y muy complaciente con los entrevistadores, pero negando siempre cualquier síntoma y solo irritándose al mencionar las dificultades con la gente del barrio.

La hermana menor, por otra parte, era mucho más emocional, lábil en su afecto, con puerilidad evidente en su actitud, en su corporalidad y en su discurso; referencial con los vecinos, buscando siempre gestos de aprobación de su hermana, y, probablemente, su protección y su compañía.

Al ser separadas para evaluarlas en un contexto individual, se tornan

irritables, contenidas y muy querulantes; incluso, referenciales con el entrevistador, con el argumento de que se habían unido “al juego de los viciosos, de esa gente que nos quiere hacer daño”.

Algo llamativo, por otra parte, era la solicitud persistente de poder dormir juntas. La hermana mayor aclara en su entrevista individual que siempre han dormido, estudiado y trabajado juntas “Arreglando ropa, ayudando en casa de familia”. Incluso, describe sus vidas como “normales”, pues aunque no han tenido parejas ni tienen amigos, “Siempre hemos estado las dos, nos acompañamos desde que nuestros padres murieron”. Describe sus actividades cotidianas como ver televisión, escuchar radio, trabajar en casas de familia “como personas de bien”. No se evidencian alteraciones sensorio-perceptivas; su discurso es claro y estructurado, y ello corrobora cada vez más la ausencia de un cuadro esquizomorfo o afectivo asociado.

Al serles negada la posibilidad de dormir juntas (colecto), deciden oponerse a seguir colaborando con las entrevistas. Solicitan a la trabajadora social comunicarse con su hermano, y amenazan al personal con “demandas” si no son retiradas de la institución; siempre manifiestan que no tienen ninguna enfermedad, y que el hospital está aliado con “ellos”.

Al hablar de enfermedad mental o de diagnóstico psiquiátrico en la

población en general, se crea un sinnúmero de imaginarios en torno al individuo y a las conductas denominadas anómalas, o síntomas psiquiátricos; por esto se desencadenan más y mayores dificultades cuando se presenta una idea delirante compartida, que es detectada mediante la interacción de unos individuos con la totalidad de una comunidad que forma parte del entorno donde se desenvuelven. Es la situación que se presenta con estas hermanas, quienes pertenecen a un grupo con un elevado grado de vulnerabilidad, lo cual generó que inicialmente se asumiera una actitud permisiva, y esta fue perpetuando las conductas anómalas y condujo a que se acentuaran las ideas delirantes; poco a poco dichas ideas se fueron transmitiendo a otros miembros del sistema familiar, a través de un pobre contacto; eso dificultó, en gran medida, la intervención de la patología.

En el caso observado, para el sistema familiar las ideas delirantes concuerdan con el tipo de interacción que se presenta en la comunidad de la que forman parte las pacientes; sin embargo, las manifestaciones de resistencia de un gran número de miembros de la comunidad, quienes se han visto afectados por su actitud desafiante y agresiva, no sopesan las ideas delirantes. Es aquí donde se demuestra cómo la patología ha afectado no solo a dos, sino a más miembros del sistema familiar, ya que al intentar

ampliarse la red y vincular en el proceso a otros miembros del sistema familiar, la respuesta obtenida fue la solicitud de la salida voluntaria, y que “debemos ayudarlas a salir de esos problemas”.

Dichas condiciones familiares permiten remitirse a lo que algunos autores han denominado *familias multiproblemáticas*, haciendo referencia a algunas de sus características específicas, determinadas por su estructura, tales como la presencia simultánea de dos o más miembros de comportamientos problemáticos que requieren la intervención de terceros, la insuficiencia de actividades funcionales para asegurar el correcto desarrollo de la vida familiar, y que acentúan o refuerzan las conductas anómalas, y la labilidad de los límites propios del sistema, ante lo cual se hace obligatoria la participación de agentes externos.

Vale la pena anotar ciertas características propias de dicha estructura familiar, como la pobreza, la cual limita las oportunidades culturales y educacionales, además de la presencia de aglutinamiento, que disminuye el reconocimiento de los límites y de las normas, y ante lo que se establecen como únicos sus patrones de funcionamiento. Las características familiares mencionadas determinan la necesidad de establecer sistemas terapéuticos que permitan la inclusión de las diferentes redes sociales de apoyo capaces de facilitar una intervención

asertiva a casos como el que se ha descrito en el presente artículo.

Las dificultades en el manejo integral de una patología tan poco habitual, pero tan compleja, limitan el uso de unos canales apropiados que agilicen la consolidación de las múltiples quejas, querellas y demandas interpuestas por las dos partes: las pacientes dentro de su entorno familiar y la comunidad. Este caso es la manifestación del vacío jurídico existente para la intervención de situaciones asociadas a la presencia de síntomas y conductas anómalas de pacientes psiquiátricos.

Es el hermano quien decide retirarlas de la institución, pese a las explicaciones frente a los casos, las cuales validaban la información sobre sus hermanas; incluso, se tornó demandante y querellante con el personal. Ahí radica otro punto importante del caso: las consideraciones éticas frente a la indicación o no de mantener la hospitalización.

Consideraciones éticas

En la mayoría de los trastornos psiquiátricos es habitual una pobre conciencia de enfermedad (o, incluso, nula), lo que, entre otras cosas, obliga a la internación forzosa, y es allí donde entran en la disputa los cuatro principios bioéticos: la *No Maleficencia*, la *Beneficencia*, la *Autonomía* y la *Justicia*; existe un valioso debate sobre su diferente priorización, pues solo evaluando las

circunstancias se puede ordenarlos jerárquicamente.

En pacientes como las del caso descrito, cuya sintomatología compromete su capacidad de decisión para una intervención, se requiere que la autorice un tutor o un representante legal. Como ya fue descrito, cuando se intentó ampliar la red, y permitir de esta manera la autorización citada, la respuesta obtenida fue la solicitud de la salida voluntaria; se plantean aquí varios interrogantes: Al darles salida voluntaria a las pacientes, ¿se actúa de manera correcta frente a la posibilidad de riesgo para las personas de la comunidad? ¿Hay que mantener hospitalizadas a las pacientes, pese a la negativa de ellas mismas y de su familia a permanecer internadas? ¿Se debe mantener el principio de autonomía contra el bien común?

Conclusiones

La complejidad de la patología por tratar exige una postura integral que permita ampliar la visión, y así realizar una intervención global que logre cubrir la totalidad de elementos que intervienen en la patología desde su aparición, su evolución y su intervención, con una perspectiva biopsicosocial, intentando la participación de los diferentes sistemas que se ven involucrados en el desarrollo y la atención de patologías que interfieren en tal proporción a la totalidad tanto de una familia como de una comunidad.

Al evaluar y enfocar un caso de trastorno delirante compartido es importante tener en cuenta la condición psiquiátrica de cada una de las personas incluidas. Como los factores asociados y la condición varían entre individuos, la atención debe estar dirigida a la gama de los síntomas clínicos, en vez de dirigirla a los múltiples factores y teorías asociadas al término *folie à deux*.

La intervención más efectiva es, probablemente, la separación de la diada o grupo, pues se espera que la disminución o la remisión de los síntomas en el polo secundario se dé con el simple cese de la interacción, la cual se instaura en conjunto con la implementación del tratamiento formal a la condición psiquiátrica del polo primario. En la mayoría de los casos hay poca adherencia al tratamiento, por cuanto el vínculo de la pareja se ve constantemente amenazado por factores externos, como la intervención del grupo terapéutico.

Al igual que en todas las entidades poco usuales, para realizar un tratamiento y un abordaje adecuados el primer paso lo constituye la identificación del cuadro clínico y de su situación. Puede ser difícil reconocer una psicosis si las creencias son confirmadas, en apariencia, por algún familiar. En la evaluación del cuadro y de la situación deben tenerse en cuenta los factores clínicos y sociales que subyacen, pues son muy importantes para la

configuración de un entorno que conduce a compartir el delirio.

Si bien el entendimiento del trastorno psicótico compartido se ha enriquecido desde el momento en el cual fue descrito inicialmente, sigue siendo un reto para el clínico que lo enfrenta. Esta entidad plantea diversos dilemas tanto para el clínico como para profesionales jurídicos. Su naturaleza es distinta de la naturaleza de la mayoría de los trastornos psiquiátricos, pues compromete, *mínimo*, a dos personas, y, como en el caso examinado, termina involucrando a la mayor parte de la red familiar y perjudicando a toda una comunidad.

Referencias

1. Incorvaia D, Helmes E. Shared psychotic disorder: A psychosocial psychosis? *Curr Psychiatry Rev.* 2006;2:353-60.
2. Shimizu M, Kubota Y, Toichi M, et al. Folie à Deux and Shared Psychotic Disorder. *Current Psychiatry Rep.* 2007;9:200-5.
3. Tényi T, Somogyi A, Hamvas E, et al. Coexistence of folie communiquée and folie simultanée. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2006;10:220-2.
4. Munro A. Delusional disorder, paranoia and other related illnesses. Cambridge: University Press; 1999.
5. CIE-10 Clasificación Internacional de las enfermedades, OMS. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2004.
6. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Washington: APA; 2000.

7. Joshi KG, Frierson RL, Gunter TD. Shared psychotic disorder and criminal responsibility: a review and case report of folie à trois. J Am Acad Psychiatry Law. 2006;34:511-7.
8. Sanjurjo-Hartman T, Weitzer MA, Santana C, et al. Cancer and folie à deux. Case report, treatment and implications. Cancer Pract. 2001;9:290-4.

Conflictos de interés: Los autores manifiestan que no tienen conflictos de interés en este artículo.

Recibido para evaluación: 10 de noviembre de 2011

Aceptado para publicación: 8 de abril de 2012

Correspondencia
Carolina Rodríguez Torres
Hospital Santa Clara
Carrera 15 No. 1-59 Sur
Bogotá, Colombia
carorodriguez10@hotmail.com