

FOLIE À DEUX: UN RETO PARA LA ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

MARIA RE HERNÁNDEZ

Unidad de Hospitalización de Psiquiatría de Agudos Adultos.
Hospital Clínic de Barcelona.



RESUMEN DEL CASO

La *folie à deux* es un trastorno psiquiátrico poco frecuente, que se caracteriza por la transmisión de una sintomatología delirante de un paciente a otro. Normalmente, tiene que darse entre un mínimo de dos personas, pero puede llegar a implicar a más, teniendo estas una relación muy estrecha y con tendencia a estar socialmente aisladas. Este trastorno tiende a ser infradiagnosticado, lo que dificulta su hallazgo y el tratamiento precoz, y llega, a veces, a convertirse en un problema grave. Se expone el caso clínico de una paciente de 21 años que mantiene un delirio compartido con su madre. Se describe el caso y se explican sus características, las intervenciones de enfermería que se llevaron a cabo y la evolución que presentó.

Palabras clave (MeSH): *folie à deux, shared psychotic disorder, shared paranoid disorder.*

INTRODUCCIÓN

La *folie à deux* (o trastorno psicótico compartido) es un trastorno caracterizado por compartir un delirio específico entre dos o más personas que mantienen una relación estrecha¹.

El inductor —caso primario—, que, en la mayoría de las ocasiones, acostumbra a tener un trastorno psi-

cótico, infunde en otro individuo —inducido o caso secundario— una creencia delirante basada en el trastorno psicótico del primero. Lo más habitual es verlo entre dos individuos, pero, en algunos casos, puede incluir grupos más grandes².

Jules Baillarger³ fue el primero en describir este trastorno en 1854, al que llamó *folie à double forme* y, más tarde, en el año 1877, fueron Lasègue y Falret⁴ los que, bajo la hipótesis de que la transmisión de una enfermedad psiquiátrica podía ser posible si un individuo lograba dominar al otro, acuñaron el

Correspondencia: Maria Re Hernández
Correo electrónico: mre@clinic.cat

término de *folie à deux* y definieron los criterios que formaban parte de este trastorno, siendo estos los que se describen a continuación: tiene que cursar entre un mínimo de dos personas; los individuos que mantienen el delirio conviven juntos de forma íntima y no tienen ninguna influencia externa; y, por último, los delirios tienen algún grado de semejanza entre ellos.

La incidencia y la prevalencia de este trastorno es difícil de estimar, aunque, según la bibliografía, más del 90 % de los individuos formaban parte de la misma familia⁵. Algunos estudios informan de que este trastorno es responsable de entre un 1,7 y un 2,6 % de los ingresos hospitalarios. Los datos podrían subestimar el porcentaje real, ya que es un trastorno que tiende a ser poco diagnosticado².

Para diagnosticarlo, se debe efectuar un diagnóstico diferencial. Principalmente, se realiza una prueba de tóxicos en orina para descartar cualquier trastorno psicótico inducido por tóxicos y, si esta da negativo, posteriormente, se llevará a cabo una evaluación psiquiátrica exhaustiva. También es útil la inclusión de una tercera persona para que dé su opinión sobre los individuos con el trastorno⁶.

El tratamiento debe ser individualizado. Hay estudios que demuestran que la separación de los individuos implicados es vital para poder lograr una buena evolución.

La farmacoterapia también es necesaria. Los fármacos que se emplean con más frecuencia son: antipsicóticos, antidepresivos o una combinación de estabilizadores del ánimo con antipsicóticos. La psicoterapia puede ser de ayuda y podría ser individual o con todos los individuos. También se ha demostrado que la terapia electroconvulsiva es una opción que tener en cuenta^{2,6}.

EXPOSICIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se estudia el caso de una mujer de 21 años, que ingresa en la unidad de agudos de psiquiatría por descompensación de su enfermedad de base (trastorno esquizoafectivo) y abandono del tratamiento farmacológico. Mantiene un delirio compartido con su madre. En el momento del ingreso, muestra elevada desorganización conductual, con heteroagresividad hacia el personal sanitario a causa de las alucinaciones auditivas imperativas. También presenta alucinaciones hápticas y una marcada ideación delirante de perjuicio hacia el padre. Además de taquipsiquia, discurso verborreico incoherente con descarrilamientos, asociaciones laxas y falsos reconocimientos, se muestra también hipertímica, con conducta hipersexualizada y desinhibida.

VALORACIÓN GENERAL

A su ingreso, se realizó la valoración de enfermería siguiendo los patrones funcionales de Marjory Gordon⁷ (tabla 1).

PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS CUIDADOS

Se diseña un plan de cuidados (tabla 2) siguiendo la taxonomía NANDA⁸ (North American Nursing Diagnosis Association) para identificar los diagnósticos enfermeros, se establecen los resultados mediante la clasificación de resultados de enfermería NOC⁹ (Nursing Outcomes Classification) y, finalmente, se enumeran las intervenciones de enfermería según la clasificación de intervenciones NIC¹⁰ (Nursing Interventions Classification).

Tabla 1. Valoración según los patrones funcionales de Marjory Gordon

Percepción/manejo de la salud	El trastorno de base de la paciente se ha descompensado en las últimas semanas, y no es capaz de seguir el tratamiento y mantener su salud.
Nutricional/metabólico	Ingesta inferior a las necesidades por su estado actual de salud.
Eliminación	Buen control de esfínteres; presenta estreñimiento.
Actividad/ejercicio	No tiene limitaciones para realizar actividad, aunque no realiza ejercicio de manera estructurada.
Sueño/descanso	Presenta insomnio; refiere sentirse cansada.
Cognitivo/perceptivo	Alteración del contenido y curso del pensamiento; juicio crítico de la realidad alterado.
Autopercepción/autoconcepto	Presenta elevada angustia psicótica, por lo que se encuentra hipervigilante, llegando hasta a mostrarse heteroagresiva con el personal sanitario.
Rol/relaciones	Antes del ingreso, vivía con la madre, con la que mantiene el delirio compartido. Presenta también ideación delirante de perjuicio hacia el padre y toda la familia paterna, lo que dificulta la relación con estos.
Sexualidad/reproducción	Mantiene una vida sexualmente activa; no tiene descendencia.
Adaptación/tolerancia al estrés	Inquietud, angustia.
Valores/creencias	Religión cristiana.

Tabla 2. Plan de cuidados de enfermería

NANDA	[00251] Control emocional inestable r/c enfermedad psiquiátrica m/p heteroagresividad.	
NOC	[1405] Autocontrol de los impulsos.	PI: 1; PD: 5; PA: 5
	[1204] Equilibrio emocional.	PI: 1; PD: 5; PA: 4
NIC	[4370] Entrenamiento para controlar los impulsos.	
	[6160] Intervención en caso de crisis.	
	[6450] Manejo de las ideas ilusorias.	
NANDA	[00121] Trastorno de la identidad personal r/c alteración de la percepción sensorial m/p alucinaciones visuales y táctiles.	
NOC	[1403] Autocontrol del pensamiento distorsionado.	PI: 1; PD: 5; PA: 3
	[0916] Nivel de delirio.	PI: 1; PD: 5; PA: 3
NIC	[6510] Manejo de las alucinaciones.	
	[6440] Manejo del delirio.	
	[4820] Orientación de la realidad.	
	[6486] Manejo ambiental: seguridad.	

Continúa

Tabla 2. Plan de cuidados de enfermería (continuación)

NANDA	[00159] Disposición para mejorar los procesos familiares.	
NOC	[2600] Afrontamiento de los problemas familiares.	PI: 1; PD: 5; PA: 2
	[2602] Funcionamiento familiar.	PI: 1; PD: 5; PA: 1
NIC	[7140] Apoyo de la familia.	
	[7130] Mantenimiento de los procesos familiares.	
NANDA	[00146] Ansiedad	
NOC	[1211] Nivel de ansiedad.	PI: 1; PD: 5; PA: 3
	[1402] Autocontrol de la ansiedad.	PI: 1; PD: 5; PA: 4
NIC	[05230] Administración de la medicación.	
	[5820] Disminución de la ansiedad.	
NANDA	[00138] Riesgo de violencia dirigida a otros.	
NOC	[1401] Control de la agresión.	PI: 1; PD: 5; PA: 5
NIC	[6487] Prevención de la violencia.	
	[4350] Manejo de la conducta.	

Escala de Likert: puntuación de 5 = la mejor posible; 1 = la peor posible.

m/p: manifestado por; NANDA: diagnósticos enfermeros (North American Nursing Diagnosis Association); NIC: intervenciones enfermeras (Nursing Interventions Classification); NOC: criterios de resultados de enfermería (Nursing Outcomes Classification); PA: puntuación alcanzada; PD: puntuación deseada; PI: puntuación inicial; r/c: relacionado con.

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS Y SEGUIMIENTO

Los objetivos e intervenciones se han llevado a cabo durante las ocho semanas que dura el ingreso hospitalario. Para valorar la evolución, se utiliza la escala de Likert, en la que, comparando la puntuación inicial con la del alta, se puede ver que la evolución ha sido muy favorable, ya que ha aumentado la puntuación inicial de todos los indicadores.

Mediante la psicoterapia y las actividades psicoeducativas que se han llevado a cabo, se ha logrado, junto con el ajuste del tratamiento farmacológico y la terapia electroconvulsiva, la consecución de los objetivos propuestos. También ha desempeñado un papel muy importante en el tratamiento y su mejora

la separación respecto a la inductora del delirio (su madre), ya que se restringieron las visitas y el contacto telefónico de esta con la paciente y, con ello, se pudo ver como la implicación afectiva hacia las ideas delirantes iba disminuyendo conforme pasaban los días.

DISCUSIÓN E IMPLICACIÓN PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

El delirio compartido o *folie à deux* puede llegar a ser un trastorno muy grave y hay varios factores pre-disponentes, por lo que precisa de cuidados específicos de enfermería por la vulnerabilidad que presentan los sujetos implicados en este trastorno.

Al ser un trastorno tan desconocido, es muy complicado ver realmente qué impacto tiene en la sociedad y cuántos casos existen.

La investigación es muy importante para poder realizar una práctica clínica de calidad. Es imprescindible establecer un diagnóstico precoz, para, así, poder llevar a cabo unos correctos cuidados e intervenciones de enfermería, dispensar el tratamiento adecuado y evitar posibles complicaciones que puedan suponer un agravamiento de la patología de las personas implicadas en este trastorno. También así es posible mejorar la calidad de vida y evitar descompensaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Shimizu M, Kubota Y, Toichi M, Baba H. Folie à deux and shared psychotic disorder. *Curr Psychiatry Rep.* 2007;9(3): 200-5.
2. Al Saif F, Al Khalili Y. Shared psychotic disorder. En: Stat-Pearls. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2020.
3. Pichot P. 150e anniversaire de la folie circulaire [Circular insanity, 150 years on]. *Bull Acad Natl Med.* 2004;188(2): 275-84.
4. Lasègue C, Falret F. La folie à deux ou folie communiquée. *Ann Médico-Psychol.* 1887;18:321-55.
5. Guivarch J, Peircecchi-Marti MD, Poinso F. Folie à deux and homicide: literature review and study of a complex clinical case. *Int J Law Psychiatry.* 2018;61:30-9.
6. Arnone D, Patel A, Tan GMY. The nosological significance of folie à deux: a review of the literature. *Ann Gen Psychiatry.* 2006;5(1):11.
7. Gordon M. Manual de diagnósticos de enfermería. 11.ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.
8. NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2018-2020. Edición hispanoamericana. Barcelona: Elsevier; 2019.
9. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Medición de resultados en salud. 5.ª ed. Madrid: Elsevier Mosby; 2013.
10. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 7.ª ed. Madrid: Elsevier Mosby; 2018.