

## Trastorno Psicótico Compartido en una pareja de pacientes geriátricos

**Juan Francisco Gálvez Flórez, M. D.\***

Al Servicio de Urgencias del Hospital San Ignacio llega una paciente de 61 años, casada, oriunda y procedente de Bogotá, bachiller, con estudios incompletos de bellas artes, remitida por un psiquiatra tratante en otra institución. Vive con su esposo hace 18 años, relación de la cual no existen hijos. Practica la religión católica, actualmente se dedica a los oficios de su casa y su pasatiempo es pintar.

Durante la entrevista clínica la mujer refiere un cuadro de aproximadamente cinco días de evolución, consistente en la aparición de 'larvas' múltiples en su casa sobre una manta nueva comprada en almacén de alfombras la semana anterior. Es enfática en resaltar que éstas fueron arrojadas por los niños que viven en el edificio aledaño, quienes los molestan constantemente, pero que esta vez se «pasaron de la raya». A raíz de la cantidad de 'larvas' en la manta decide fumigar la casa y encuentra sorprendentemente que las «larvas hacían 'combustión' con el insecticida, que se multiplican por miles y que infestan la manta y posteriormente todo su hogar. Ante la persistencia del problema, acude a empresa especializada, que realiza una extensa fumigación, la cual según la paciente y su esposo fue infructífera.

La angustia se acrecentaba y las larvas empezaron atacarla; se internaron en la piel de manos, brazos, pies y piernas, como nos señala en las lesiones expuestas al grupo de trabajo durante la entrevista inicial (zonas no cubiertas por prendas de vestir), sin afectar otras zonas del cuerpo. «Me están invadiendo y no lo soporto», nos manifestaba la mujer durante su relato. Empleando medidas extremas, decide botar la manta infestada, pero no encuentra solución alguna. Desesperada, llama a las autoridades sanitarias (Ministerio de Salud de ese entonces) con el fin de solicitar una inspección en la casa. Los funcionarios, al igual que los empleados de la empresa de fumigación y su esposo, en los primeros días de quejas por parte de la señora, no encontraron nada. Ellos mismos aconsejan al esposo que consulten a un médico, razón por la cual la paciente es llevada a la Fundación Cardioinfantil, donde, en Urgencias, el cuadro es interpretado como secundario a una alteración metabólica.

\* Médico residente de tercer año, Pontificia Universidad Javeriana.

A su ingreso, además de las reclamaciones somáticas en piel por la 'infestación', refería somnolencia, mareos, disnea, cefalea, asociado a mucha contrariedad por el «maltrato que me dan, es que nadie me cree doctor y yo no estoy loca».

Al realizar los exámenes paraclinicos, se documenta acidosis metabólica e hipocalcemia grave, por lo tanto se decide hospitalizarla por Medicina Interna para compensar el cuadro clínico. Se le coloca catéter central y se inicia la reposición de potasio, con el asocio de espironolactona más acetazolamida, con lo cual se restaura el balance hidroelectrolítico. Se concluyó por parte de los médicos tratantes que la descompensación era secundaria a la sobreutilización de hidroclorotiazida por parte de la paciente, asociado a una exacerbación de su EPOC tipo enfisema. Durante la hospitalización presenta cuadros de agitación psicomotora sin indicios de fluctuación de la conciencia, por lo que requiere varios esquemas de sedación con haloperidol con pobres resultados. Por las dificultades de manejo en el servicio de enlace, se decide remitirla al Hospital Universitario de San Ignacio para manejo en Unidad de Salud Mental.

Como antecedentes de importancia de la paciente se registran: hipertensión manejada con espironolactona, hidroclorotiazida y verapamilo; EPOC tipo enfisema secundario a tabaquismo crónico en tratamiento con inhaladores (tres), teofilina oral y oxígeno domiciliario; hipotiroidismo controlado

con 50 ig de levotiroxina; incontinencia urinaria de esfuerzo en tratamiento con oxibutilina 5 mg y VO cada doce horas, más suplencia hormonal para síntomas posmenopáusicos. Los demás antecedentes son negativos.

Dentro del marco de historia personal cabe resaltar la frustración que imprimió en ella la incapacidad para terminar sus estudios por múltiples pérdidas emocionales y dificultades económicas, por las cuales pasó hace aproximadamente veinte años, que marcaron su curso de vida. Se describe como una persona alegre, creativa, artística, extrovertida, optimista, emprendedora, con múltiples relaciones interpersonales en el pasado, antes de adquirir enfermedades que disminuyeron su capacidad de interacción y que la llevaron a refugiarse en su matrimonio y la soledad de su casa. Su relación de pareja se basa en una mutua dependencia, que en ocasiones puede ser interpretada como patológica, donde ella es el polo dominante de la relación, mientras él es de corte más sumiso y dependiente (1), posiblemente debido a su enfermedad de Parkinson en curso, sin tratamiento en la actualidad.

En el examen físico de ingreso la mujer presentaba leve dificultad respiratoria, asociado a roncus diseminados en ambos campos pulmonares y sibilancias inspiratorias en 2/3 superiores de ambos hemitórax. Asimismo, se encontraron cifras tensionales ligeramente elevadas, con un examen

neurrológico normal; se descarta afectación de órgano blanco. En el examen mental se evidenciaba una paciente con inadecuada actitud ante la situación médica que presentaba, poco preocupada con el desenlace ulterior. Consciente, alerta y lúcida, orientada, dispróxima, con ligera disartria y bradilalia secundarias a efectos extrapiramidales producidos por medicación neuroléptica administrada en el sitio de remisión. Mostraba pensamiento coherente, con ideas delirantes de características somáticas, sobre una base autorreferencial de corte paranoide; además, de alucinaciones cenestésicas y visuales complejas, sobre una base afectiva triste, poco resonante con el medio, hipobúlica, con signos de fatiga. Sus funciones cognitivas impresionaron como promedio con un MMSE (minimal) 27/30. Su juicio y raciocinio son deficientes, su entendimiento pobre y su prospección incierta.

Al finalizar la evaluación se realiza una entrevista privada con su esposo, quien nos aclara que durante las primeras 72 horas que su señora se quejó de la infestación, el ni vio ni sintió nada. De hecho, le dijo a ella «son cosas tuyas, aquí lo que hay son unas cuantas pulgas y nada más». Ante la insistencia periódica y constante, el señor no tiene más remedio que aliarse con ella, por lo que presenta síntomas similares, dados por prurito y por las alteraciones sensorio-perceptivas resaltadas por su pareja; además, comparten el material delirante,

aunque asociado a crítica parcial, en la ausencia del control externo ejercido por la señora en él, vínculo de pareja, puesto en escena en evaluaciones posteriores.

Se le realizó una impresión diagnóstica inicial de trabajo de trastorno delirante de características somáticas (delirios parasitarios), dado que persistía la sintomatología con ausencia de crítica, a pesar de presentar corrección de alteraciones orgánicas previas. Se asocia también el diagnóstico de trastorno delirante compartido entre una pareja de ancianos, población vulnerable a psicopatología, dadas las enfermedades orgánicas asociadas. Se propuso hospitalización, la cual no fue aceptada por ninguno de los dos, quienes firmaron una salida voluntaria, pero se les insistió en la necesidad de tratamiento.

La pareja acude a control por consulta externa, plantea la misma problemática sin soluciones e insisten en que no es producto de la imaginación de la paciente y que en verdad existen. Ella nos entrega un material de plástico con esparadrapo y argumenta que en éste hay una 'larva'. Su esposo la seguía apoyando e insistiendo en verlas él también. Al finalizar la sesión, se formula haloperidol 3 mg VO día, y se expide una orden para realizarle a ella resonancia magnética cerebral, pruebas de tiroides y electrolitos, los cuales estaban dentro límites normales para su edad y condiciones médicas. Asimismo, se acuerda filmación en cámara de Gessell en próxima entrevista para

llevarlo a una junta médica de caso difícil. Tanto docentes de Psiquiatría y Geriátrica como residentes estuvieron de acuerdo con el diagnóstico y discutieron las probables alternativas terapéuticas a largo plazo, aunque por las condiciones psicosociales de la pareja en mención son difíciles de instaurar.

Durante el lapso que tuve la oportunidad de atender a esta pareja nunca se adhirió al tratamiento recomendado, ya que argumentaba que ella no necesitaba medicación porque «no estaba loca». Ellos continuaron funcionando de forma dependiente, sin indicios de deterioro en sus actividades de la vida cotidiana, con reaparición de componente delirante cada vez que éste era explorado.

### Breve revisión bibliográfica

#### *Historia*

Según Greenberg (2), la primera descripción fue hecha por Harvey, en 1651, seguido por Jules Baillager, en 1860, quien la llamó la psicosis de la comunicación. Para fines prácticos y teóricos, Lasegue y Falret (3) son los primeros en describirlo como se le conoce en la actualidad *Folie à Deux*, en 1877. Posteriormente, Marandon de Montiel subdivide el trastorno psicótico compartido en tres de sus cuatro subtipos, y los llamó según el patrón de interacción que predominara en aquellos que conformaban la diada psicótica. Según esto, podían ser impuestas, simultáneas o de la comunicación, como la descripción original de Baillager.

Posteriormente, Lehman adiciona la psicosis inducida, como el cuarto subtipo del trastorno. A principios de los años cuarenta, Garlnick (4),(5) y Grover (6) unifican los cuatro subtipos para aumentar aún más la dimensionalidad del trastorno. Las clasificaciones actuales lo incluyen dentro de la nosología a partir de 1980, cuando es incluido en el DSM III como *trastorno paranoide compartido*. En el DSM III-R cambió a *trastorno psicótico inducido*. Finalmente, en el DSM IV (1994) y IV-TR (2000) se unificaron conceptos y se denomina *trastorno psicótico compartido*. En el CIE-10 se denomina *trastorno delirante más trastorno psicótico inducido* con similares criterios nosológicos.

#### *Epidemiología*

La incidencia y prevalencia del trastorno psicótico compartido en la población general son muy inciertas, según Sony y Rockley (7). El reconocimiento de esta patología en el ámbito clínico es muy escaso, bien sea por su rareza, por desconocimiento o por lo poco que consultan estos pacientes. Tiende afectar más a las mujeres en todos los rangos de edad, y la incidencia aumenta a medida que se envejece, según las conclusiones de los pocos casos descritos. En el 90% de los casos, los polos involucrados tienen consanguinidad (son madre-hijo o hermano-hermano, los más frecuentes) o una relación íntima (afectiva o espiritual); además, se han encontrado antecedentes familiares de psicosis en un 35%-60%

de los casos. Menos del 10% ocurre en amigos cercanos sin relación genética. Las comorbilidades más frecuentes son depresión, psicosis primarias, procesos neurodegenerativos del sistema nervioso central (SNC) y retardo mental.

### *Etiopatogenia*

Existen múltiples formas de enfocar el desarrollo del trastorno psicótico compartido, pero hasta el momento ninguna arroja resultados que permitan argumentar que una sea más plausible que la otra.

Las teorías psicodinámicas resaltan la importancia de los procesos adaptativos al medio, tal y como lo proponen Layman y Cohen (8); el modelo de identificación con el agresor de Pulver y Brunt (9), y los procesos de separación-individuación inadecuados, que llevan a desarrollar dependencias patológicas que llegan a estos extremos delirantes en ocasiones, como lo describe Pine (10) en su artículo publicado a finales de la década de los setenta.

Desde la perspectiva cognoscitiva, se reconocen los trabajos de Garety (11),(12), los cuales proponen un modelo de razonamiento simple y rápido con pobre grado de reflexión, asociado a coeficientes intelectuales disminuidos, que llevan a interpretar la realidad de forma congruente con lo delirante en el polo primario. Se sostiene que esta manera de procesamiento de la información es pieza fundamental para la instauración y mantenimiento de este trastorno.

### *Diagnóstico diferencial*

Siempre se deben tener en cuenta los trastornos facticios, simulación, trastornos psicóticos secundarios a enfermedad médica general, demencias y psicosis secundaria a sustancias psicoactivas.

### *Curso-pronóstico*

El 70% de los casos presenta un claro componente paranoide, sin descuidar la presencia de contenidos hipocondríacos, somáticos y de grandeza. Su inicio es variable, dependiendo del subtipo de patrón psicótico instaurado en la interacción, así como de la patología del polo primario.

Se encuentra aislamiento social en 70%-80% de los casos, pero por lo general se acompaña de alteraciones en las pruebas neuropsicológicas en las esferas cognoscitivas. Los trastornos psicóticos compartidos, como el que padecían los pacientes del relato inicial, es decir, donde el polo primario presenta delirios somáticos, se presenta en el 10%-15% de los casos, y el 50% en parejas matrimoniales, que cursa en el 70%-90% con alucinaciones visuales y fenómenos ilusorios complejos (13). En vista de lo anterior, siempre que sospechemos este cuadro debemos asegurarnos del espectro en el cual se mueve la patología del polo primario, generalmente entre la esquizofrenia y la organicidad. Hasta la fecha de redacción de este artículo no existía ningún caso reportado en la bibliografía mundial que asociara un delirio parasitario

compartido a un trastorno depresivo en el polo primario. Es mucho más frecuente esta patología en el polo secundario.

### Tratamiento

El tratamiento consiste en separar a los integrantes de la diada psicótica, dar tratamiento formal al polo primario y esperar la mejoría en el polo secundario con el simple cese de la interacción. Esto tiene un valor tanto diagnóstico como terapéutico. En segunda instancia, se decide qué intervención utilizar en el polo primario. Generalmente se requiere la instauración de tratamiento antipsicótico, así como intervenciones terapéuticas de apoyo, cognoscitivas y psicoeducación. Algunos investigadores sostienen la posible eficacia de combinar ISRS o antagonistas de receptores opiáceos, no obstante, estos estudios carecen de pruebas metodológicamente adecuadas. En la mayoría de los casos, como en nuestros pacientes, la adherencia al tratamiento es pobre, lo cual se convierte en un reto para el clínico que se enfrenta a tan fascinante patología.

### Bibliografía

- Porter T, Levine J, Dinneen M. Shifts of dependency in the Resolution of Folie à Deux. *BJ Psychiatry* 1993;162:707-13.
- Greenberg HP. Crime and Folie à Deux: review and case history. *J Ment Sci* 1956;102: 772-9.
- Lasegue C, Falret J. La Folie à Deux. *Ann Med Psychology* 1877;18:31-355.
- Gralnick A. Folie à Deux-the psychosis of association. *Psychiatric Quart* 1942;16:230-6.
- Gralnick A. Folie à Deux-the psychosis of association. *Psychiatric Quart* 1942;16:491-520.
- Grover MM. A study of cases of Folie à Dux. *Am J Psychiatry* 1937;93:1045-62.
- Sony SD, Rockley GJ. Socio-clinical substrates of Folie à Deux. *Br J Psychiatry* 1974;15:230-5.
- Layman WA, Cohen L. A modern concept of Folie à Deux. *Journal Nevrr Ment Dis* 1957;125:412-9.
- Pulver SE, Brunt MY. Definition of hostility in Folie à Deux. *Arch Gen Psychiatry* 1961;5:65-73.
- Pine F. On the pathology of the separation-individuation process as manifested in later clinical work: an attempt at delineation. *International Journal of Psicoanalysis* 1979; 60: 225-42.
- Garety PA. Making sense of delusions. *On Psyquiatry interpersonal and Biological Processes* 1992;55:282-91.
- Garety PA, Hemsley DR, Wessely S. Reasoning in deluded schizophrenic and paranoid subjects: biases in performance a probabilistic inference task. *Journal of Bervous and Mental Disease* 1991;179:194-201.
- Brooks S. Folie à Deux in the aged: variations in psychopathology. *Can J Psychiatry* 1987 Feb;3(1):61-3.
- Michaud R. La Folie à Deux. *Am J Psychiatry* 1964;11:2-23.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistic manual of mental disorders. 3rd ed. Washington: APA; 1980.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistic manual of mental disorders. 3rd ed. Washington: APA; 1987.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistic manual of mental disorders. 4th ed. Washington: APA; 1994.
- Lazarus A. Folie à Deux: psychosis by association or genetic determinism. *Comprehensive Psychiatry* 1985;26:129-33.
- Sacks M. Folie à Deux. *Comprehensive Psychiatry* 1988 May-June;29(3):270-7.
- Siviera J, Seeman M. Shared psychotic disorder: a critical review of the literature. *Can J Psychiatry* 1995 Sep;40:389-95.