Chapter 3

Folie à deux y contagio

PEDRO CUBERO BROS

CONTENTS

Sobre el contagio conductual

El exponente más conocido de la faceta social de la conducta paranoide lo constituye la *folie à deux*, que, por definición, es una enfermedad que se padece a dúo. Tal como se concibe este trastorno, desde que fuera descrito por Lasègue y Falret (3), un sistema delirante es compartido por dos personas que casi siempre tienen una relación de pareja o de parentesco. Merece la pena resaltar que, aunque el número de casos publicados en la literatura es reducido, cuando un investigador se tomó la molestia de rastrear activamente la transmisión de las ideas delirantes a los allegados de sus pacientes paranoicos, la frecuencia con la que las personas del entorno cercano también deliraban fue muy superior a la esperada.

> Trastorno delirante hipocondríaco
> En mi grupo de 50 pacientes, hay nueve casos asociados con *folie à deux* (o *trois*) (4)

Los dos componentes del dúo delirante tienden a mantener una relación asimétrica, a aislarse del entorno y a desarrollar una interdependencia enfermiza, formando un *grupo fuertemente cohesionado* que, obviamente, comparte un conjunto de *creencias paranoides*-…

Tradicionalmente se ha admitido la existencia de un inductor activo del delirio y la de un receptor pasivo del mismo. Sin embargo, la observación clínica muestra que, al menos algunas ocasiones, son los dos miembros de la pareja quienes, influyéndose mutuamente y actuando en sincronía, desarrollan, extienden y sistematizan el delirio. Así, el delirio de la *folie à deux* se nos presenta como un producto social, el producto de una sociedad, eso sí, de tamaño muy reducido.

> Folie à deux
> La madre también empezó a expresar dudas sobre la identidad de su hijo. Dijo que ‘ese chico’ se había estado comportando irresponsablemente saliendo hasta tarde por la noche (por contraposición al verdadero comportamiento de su hijo). Examinó viejas fotografías de su hijo, descubriendo diferencias. Al alimón madre e hija decidieron que el sustituto de su hijo por el doble tuvo que ocurrir en 1983, cuando empezó por primera vez la ‘mala conducta (1).

Posteriormente se describirían varios casos en los que el sistema delirante es compartido por varios miembros de una familia, por lo que se hablaría de “*folie à famille*” o de

“trastorno psicótico compartido” (sin especificar por cuántas personas, pero admitiéndose la posibilidad de que sean más de dos).

Sobre el contagio conductual

La práctica totalidad de autores aluden al *contagio del delirio* como el mecanismo nuclear en la génesis del trastorno. Un enfermo paranoico (el *inductor*, que es quien juega un papel dominante en la pareja) transmitiría a otra persona o personas, con la(s) que mantiene una relación estrecha, su idea mórbida.

> Folie à six. Caso de la peluquera austríaca
>
> Empezó a sospechar de los vecinos, temiendo que pudieran empezar a manipular a la familia con dispositivos técnicos. Cuando comprobó que la factura de la luz había subido y un día vio un cable de electricidad colgando frente a su ventana, sintió que se confirmaba. En el invierno 1984-1985 el delirio había engullido al resto de la familia. Su marido y los dos hijos tenían síntomas similares a ella durante la noche y cansancio por la mañana. Una cuñada y un sobrino que accedierona dormir en el apartamento también tuvieron síntomas físicos inciertos (2).

Contagio es un término que se aplica básicamente a las enfermedades infecciosas, que se transmiten de individuo a individuo. El contacto con un portador (animal o humano) hace que el receptor se coloque en situación de riesgo de inocular en su propio organismo el virus o bacteria patógenos y contraiga así la enfermedad.

A diferencia de lo que acontece en las enfermedades infecciosas, se afirma que el mantenimiento del delirio en el *inducido* precisa que se conserve la estrecha relación entre los dos individuos. Por consiguiente, se supone que, mediante la simple separación, el delirio remitiría únicamente en aquel miembro del dúo delirante cuyo delirio es prestado pero no en el “inductor” enfermo. Y ciertamente sucede así en la mayoría de casos, pero no en todos. Hay parejas delirantes en que, tras la separación física, ambos siguen con sus delirios activos. El supuesto inductor y el supuesto inducido. Tampoco se cumple siempre el principio de la asimetría, pues hay casos en que la relación es relativamente igualitaria y ninguno de los dos impresiona claramente de ser el elemento dominante de la pareja.

El trastorno psicótico compartido es una auténtica *rara avis* de la Psiquiatría, pues de ninguna otra enfermedad se admite la posibilidad de un contagio, excepto de una: la histeria. Son conocidas las descripciones clásicas de las epidemias de síntomas histéricos en los antiguos grandes manicomios, pero también hay constancia histórica de epidemias acaecidas en contextos abiertos. Sirois (5) comenta los más conocidos de esos brotes de los que hay constancia histórica desde la Edad Media.

La literatura especializada sigue registrando la ocurrencia ocasional de pequeñas epidemias de histerismo colectivo. GW Small et al (6) presentan un caso típico: 247 adolescentes, de las 600 que participaban en un recital escolar, se vieron afectadas por un cuadro agudo que incluía los síntomas y características típicos de los episodios de histeria colectiva (al menos los que se han producido y publicado en los últimos tiempos): rápida ocurrencia de un conjunto de síntomas carentes de explicación física, aparente transmisión por la visión o el sonido, preponderancia en el sexo femenino, presencia de hiperventilación o síncope, preponderancia en adolescentes y preadolescentes, rápida difusión y remisión del cuadro y evidencia de una situación de tensión psíquica inhabitual.

Característico de estas epidemias, es su curso breve y autolimitado. También hay que destacar que lo que se contagia en las mismas no es tan solo el fenómeno de la conversión-disociación sino unos síntomas determinados producidos por ese hipotético mecanismo. Dicho de otro modo, en las epidemias histéricas no despliega cada individuo sus propios síntomas conversivo-disociativos sino un síntoma o conjunto concreto de síntomas, iguales para todos los afectados.

Si bien durante siglos los síntomas predominantes parecen haber sido los movimientos involuntarios y las pérdidas sensoriales, Sirois (5) refiere en su artículo que desde la Primera Guerra Mundial los más frecuentes son los desmayos, el dolor abdominal, las náuseas, la cefalea y la hipotonía. Varios informes publicados en la literatura médica, como el de Small (6), corroboran la aparición episódica de brotes epidémicos con este patrón, especialmente en ambientes escolares.

Se trata de episodios en los que el predominio de los síntomas somáticos genera inicialmente dudas respecto a la posible etiología tóxica del cuadro, lo que pone en marcha los dispositivos de actuación urgente de las autoridades sanitarias facilitando un diagnóstico médico y también psiquiátrico. Soy de la opinión de que en otros contextos, principalmente religiosos, se siguen produciendo episodios de histeria colectiva (alucinaciones visuales, estados de

trance y posesión, etc) más parecidos a los “antiguos” y que, sin embargo, al no generar la misma alarma ni ser interpretados como una enfermedad, pasan más desapercibidos para la Psiquiatría.

Aparentemente, existen dos grandes diferencias entre las epidemias de histeria y la *folie à deux*:

- las primeras tienen una duración breve mientras que la segunda es un trastorno que puede prolongarse durante años o décadas, si no se produce una intervención terapéutica (y, en no pocos casos, aunque se produzca)
- se piensa que el contagio de la *folie à deux* se produce como consecuencia de un intenso trabajo de persuasión por parte del enfermo al sujeto sano de la pareja, mientras que en las epidemias histéricas no se atribuye ningún papel a la persuasión lógica y parece predominar el componente imitativo y sugestivo.

El intrigante fenómeno de los contagios paranoico e histérico, quizá resulte menos sorprendente si tenemos en cuenta que el contagio de comportamientos no se limita al ámbito de la patología sino que se produce también en algunas de las conductas que consideramos sanas. Por poner dos ejemplos, la tristeza y la risa son dos patrones de conducta que, como todos sabemos, se transmiten con una gran facilidad de un sujeto a otro. Con la impaciencia, la cólera, el miedo o la sonrisa sucede algo parecido.

Este contagio de conductas, tampoco es específico de nuestra especie. La Etología nos enseña que en las especies animales sociales (es decir, en aquellas que se organizan en grupos estables de individuos) algunos patrones de comportamiento —no todos— tienen la potencialidad de “contagiarse” al resto de componentes del grupo. El repentino inicio de una huida por parte de una gacela que ha divisado un depredador aproximándose desencadena una huida igualmente rápida por parte del resto de miembros del rebaño que no lo han visto, el aullido de un lobo anima al resto de miembros de la manada a aullar y la reconciliación de dos chimpancés enfrentados desencadena en el grupo un griterío de júbilo que parece contagiarse de unos a otros.

REFERENCES

1. Christodoulou GN, Margariti MM, Malliaras DE, Alevizou S. Shared delusions of doubles. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1995; 58:499-501.
2. Dippel B, Kemper J, Berger M. Folie à six: a case report on induced psychotic disorder. Acta Psychiatr Scand 1991; 83: 137-141.
3. Lasègue C, Falret, J. “La folie à deux”, en Archives générales de médicine, septiembre 1887. Citado en F. Colina y J. M. Alvarez. El delirio en la clínica francesa. Madrid: Ediciones Dorsa; 1994.
4. Munro A, Mok H. An overview of treatment in paranoia/delusional disorder. Can J Psychiatry 1995; 40(10): 616-22.
5. Sirois F. Epidemic Hysteria. Acta Psychiatr Scand 1974. 252: 1-46.
6. Small GW. Mass Hysteria Among Student Performes: Social Relationship as a Symptom Predictor. Am J Psychiatry 1991; 148 (9): 1200-1205.