

Cuerpo, trauma y disociación: complejidad clínica en una adolescente institucionalizada

Mar González Testón, Raúl Camino Díaz, María de la Luz Morales Jiménez

Hospital Universitario de Badajoz

Presentamos el caso de una adolescente de 17 años con antecedentes de **trauma relacional temprano** que desarrolla un cuadro complejo de **disociación grave**, sintomatología alimentaria y manifestaciones somáticas, con importante impacto funcional y necesidad de múltiples ingresos.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Motivo de consulta: Adolescente de 17 años en seguimiento por Salud Mental Infanto-Juvenil, con reingresos recurrentes por episodios disociativos graves y descompensación conductual.

Antecedentes traumáticos: inicio a los 13 años de restricción alimentaria con conductas purgativas y ejercicio compensatorio. Historia de negligencia y probable abuso físico y sexual en la infancia en contexto de múltiples parejas maternas. Padre fallecido en la primera infancia. Desde hace 6 meses reside en centro de menores bajo tutela institucional.

Presenta múltiples ingresos en Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Adolescentes y estancia prolongada en unidad de media estancia (2 años), con diagnósticos al alta de **trastorno de estrés posttraumático**, **trastorno disociativo**, **crisis no epilépticas** y **problemática relacional en el entorno primario**.

INTERVENCIÓN

Abordaje multidisciplinar. A nivel psicoterapéutico, intervención centrada en trauma en fase de estabilización, priorizando regulación emocional, psicoeducación y manejo de la disociación. Durante el ingreso, la evocación de recuerdos traumáticos se asocia a un aumento inicial de crisis, con posterior mejoría. A nivel farmacológico, reajuste orientado a sintomatología ansioso-depresiva e impulsividad, con seguimiento estrecho. Coordinación con el centro residencial y la madre, favoreciendo contención y estructuración del entorno.

DISCUSIÓN

El caso plantea interrogantes clínicos relevantes: ¿Cómo manejar la emergencia de recuerdos traumáticos cuando se asocia a descompensación disociativa grave? ¿Qué lugar ocupa el síntoma alimentario como estrategia de regulación en el trauma complejo? ¿Cómo diferenciar fenómenos disociativos de síntomas psicóticos en adolescentes? Asimismo, se abre el debate sobre los límites y riesgos de la intervención traumafocal en pacientes con escasa red de apego segura y elevada vulnerabilidad somática.

BIBLIOFRAGÍA

- Herman JL. Trauma and recovery: The aftermath of violence—from domestic abuse to political terror. New York: Basic Books; 1992.
- Van der Kolk BA. Developmental trauma disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. Psychiatr Ann. 2005;35(5):401–8
- Putnam FW. Dissociation in children and adolescents: A developmental perspective. New York: Guilford Press; 1997
- Brewerton TD. Eating disorders, trauma, and comorbidity: Focus on PTSD. Eat Disord. 2007;15(4):285–304
- Ford JD, Courtois CA. Complex PTSD, affect dysregulation, and borderline personality disorder. Borderline Personal Disord Emot Dysregul. 2014;1:9

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

TEPT complejo vs. trastorno disociativo estructural vs. trastorno de la conducta alimentaria en contexto traumático vs. trastorno psicótico incipiente.