

THERIAN: LA HISTORIA NO CONTADA

Marko Klatev (R1 Psiquiatría Infantil CHUB), Isabel Prados Rodríguez (R2 Psiquiatría HME).

Presentación del caso

Adolescente que ingresa en la Unidad de Hospitalización Breve InfantoJuvenil tras una ingesta medicamentosa voluntaria en contexto de acoso escolar. La paciente acumula múltiples antecedentes traumáticos: historia de abuso sexual infantil repetido —tanto intrafamiliar como por un desconocido—, dinámica familiar desestructurada, relación materna conflictiva, ausencia de figuras de referencia, TDAH tipo combinado y experiencias continuadas de bullying.

En el momento del ingreso, destaca una vivencia de falta de identidad y una tendencia a la mimetización de conductas observadas en su entorno, como autolesiones y la adopción del fenómeno therian, con identificación espiritual con tres animales.

La exploración psicopatológica muestra ideación autolítica no estructurada ni planificada, que gradualmente desaparece durante el ingreso. Además, muestra episodios breves de cuadrupedia durante el ingreso, actitud desafiante y demostrativa, discurso verborreico centrado en experiencias de discriminación por parte de iguales, baja tolerancia a frustración y búsqueda del placer inmediato mediante consumo de alcohol y tabaco, ansiedad libre y en crisis, hipotimia, labilidad, sentimientos de culpa y autoestigma, junto con baja autoestima y falta de proyecto vital. No se objetivan síntomas psicóticos.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial incluye TDAH combinado (ya diagnosticado previamente), rasgos emergentes de personalidad (A y B), EMAR (estado mental de alto riesgo) y la valoración de características dentro del espectro autista. En las distintas intervenciones durante ingreso, objetivamos los antecedentes traumáticos como principal desencadenante los rasgos emergentes de personalidad y posible EMAR, además de explicar la inestabilidad relacional de la paciente con iguales.

Estrategia terapéutica

La estrategia terapéutica se basó en una alianza sólida centrada en el respeto a sus creencias y en evitar etiquetas diagnósticas precipitadas que pudieran incrementar el autoestigma, para facilitar introducción de tratamiento farmacológico, ya que la paciente mostraba reticencia al consumo de psicofármacos. Se realizó exploración psicobiográfica detallada (genograma, redacción guiada de historia personal) y psicoeducación orientada a la regulación emocional, además de adquirir estructura trabajando con Terapia Ocupacional. Asimismo, se enfatizó la prevención de consumo de tóxicos debido a su perfil de riesgo y entorno social.

Respecto al tratamiento farmacológico, y tras decisión consensuada con la paciente, se inició aripiprazol 10 mg (hasta 1 – 1 – 0) para la impulsividad y desorganización conductual, junto con sertralina 50 mg (1/2 – 0 – 0 como inducción) para la sintomatología afectiva. Se mantuvo lorazepam de rescate.

Posterior al ingreso, durante seguimiento de la paciente en Hospital de Día, la menor mostró progresiva adherencia terapéutica, mayor capacidad de introspección y disminución de conductas impulsivas y autolesivas. Además, por iniciativa de la paciente, se decide trabajar el trauma en Hospital de Día mediante psicoterapia cognitivo conductual con Psicología.

Conclusiones

Se ha estudiado recientemente de forma amplia y exhaustiva la relación entre trauma infantil y rasgos incipientes de personalidad de cluster B, entre ellos la sensación de vacío y el establecimiento de conductas de corte autodestructivo. En este caso, además de establecer esta relación, se observa la mimetización de conductas e identidades. En lo que concierne a nuestra paciente, impresiona de ser altamente relevante la búsqueda de pertenencia social en este caso, que conlleva la adopción de la identidad therian.