



Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana



Volumen 23 | Año 2026 | Publicación continua
ISSN: 0138-7103 | RNPS: 2030

Carta al editor

Las nuevas identidades: un desafío para la psiquiatría contemporánea

New Identities: a Challenge for Contemporary Psychiatry

Osvaldo de Lázaro González Romero¹  

¹Hospital Militar Clínico Quirúrgico Docente “Dr. Octavio de la Concepción de la Pedraja”. Camagüey, Cuba

Recibido: 21/02/2026

Aceptado: 27/02/2026

Editora
Yaritza Ramos Córdova

Estimado Editor:

Me dirijo a usted para reflexionar sobre un fenómeno emergente que desafía los paradigmas tradicionales de la psiquiatría y la psicología clínica: las llamadas “nuevas identidades”, particularmente la identidad Therian (therianthropía). Este tema, aunque controvertido, merece una discusión crítica y fundamentada desde la perspectiva de la salud mental.⁽¹⁾

El fenómeno Therian: entre la identidad y la patología

La therianthropía, término derivado del griego *therion* (animal salvaje) y *anthropos* (humano), se refiere a la experiencia subjetiva de identificación con características animales no humanas.⁽²⁾ A diferencia del furry fandom, donde los participantes disfrutan de personajes antropomórficos como hobby o expresión artística, los Therian afirman experimentar una conexión existencial profunda con uno o más animales, y lo describen como una parte fundamental e inmutable de su identidad.⁽³⁾

Este fenómeno plantea interrogantes fundamentales para nuestra disciplina: ¿Dónde trazamos la línea entre la diversidad humana legítima y la patología mental? ¿Hasta qué punto debemos aceptar cualquier autodefinición identitaria sin cuestionamiento clínico? ¿Estamos ante una genuina variación de la experiencia humana o ante una manifestación de malestar psicológico disfrazada de identidad?

Evidencia científica limitada y preocupaciones clínicas

La literatura científica disponible sobre este tema es extremadamente escasa y proviene casi exclusivamente de un único grupo de investigación: el *International Anthropomorphic Research Project* (IARP), liderado por investigadores como Plante, Roberts, Gerbasi y Reysen.⁽⁴⁾ Este monopolio investigativo debería hacernos reflexionar sobre la objetividad y generalizabilidad de los hallazgos.

Los estudios más recientes del IARP reportan que aproximadamente el 8-12 % de la comunidad furry se identifica como Therian.⁽⁵⁾ Sin embargo, estos estudios presentan serias limitaciones metodológicas:

1. Muestras de conveniencia: Los participantes son reclutados principalmente en convenciones furry o en línea, lo que introduce un sesgo de selección significativo
2. Falta de controles adecuados: no se comparan sistemáticamente con poblaciones clínicas con trastornos disociativos o psicóticos
3. Instrumentos no validados: muchos de los cuestionarios utilizados no han sido validados específicamente para esta población

4. Ausencia de seguimiento longitudinal robusto: la mayoría de los estudios son transversales, que limitan la capacidad para establecer causalidad

Preocupaciones sobre las experiencias disociativas

Uno de los hallazgos más inquietantes proviene del estudio de Plante et al. (2023) ⁽⁶⁾, quienes evaluaron experiencias disociativas en 204 personas que se identifican como Therian. El 42.6 % reportaron experiencias disociativas subclínicas, que incluyen:

- Sentimientos de "despertar" o conexión con su animal interno (78.4 %)
- Sensaciones físicas transitorias asociadas con su animal (63.7 %)
- Cambios en percepción sensorial durante estados alterados (41.2 %)
- Sentimientos de "*shift*" o cambio temporal hacia características animales (35.8 %)

Los autores concluyen que estas experiencias son “benignas y no angustiantes”. Sin embargo, esta conclusión es problemática por varias razones:

1. El criterio de “no angustiante” es subjetivo: muchos pacientes con trastornos disociativos inicialmente no experimentan angustia con sus síntomas, pero esto no los hace menos patológicos. ⁽⁷⁾
2. La normalización de la disociación puede ser peligrosa: validar cualquier experiencia disociativa como “identidad” puede impedir que personas con trastornos disociativos genuinos reciban el tratamiento que necesitan. ⁽⁸⁾
3. Falta de evaluación de trauma: aunque los autores afirman que estas experiencias no están asociadas con trauma infantil severo, la metodología utilizada para evaluar el trauma es cuestionable. ⁽⁹⁾

El problema de la medicalización inversa

Existe una tendencia creciente en ciertos círculos académicos y clínicos hacia lo que podríamos llamar “medicalización inversa”: el proceso de despatologizar cualquier experiencia subjetiva simplemente porque la persona la define como identidad. ⁽¹⁰⁾ Este enfoque, aunque bien intencionado en su intento de reducir el estigma, puede tener consecuencias iatrogénicas graves.

El modelo de “estrés de las minorías” propuesto por Meyer (2003) ⁽¹¹⁾ se ha aplicado extensivamente a poblaciones LGBTQ+, con resultados generalmente positivos. Sin

embargo, aplicar este mismo modelo acríticamente a fenómenos como la therianthropía puede ser metodológicamente incorrecto y clínicamente peligroso.

Las identidades sexuales y de género tienen una base biológica sólida, respaldada por décadas de investigación neuroendocrina y genética. En contraste, no existe evidencia científica robusta que respalde la therianthropía como una variación biológica natural de la experiencia humana. La analogía entre estas identidades es, por tanto, problemática.

Riesgos de la patologización versus la despatologización extrema

Como clínicos, enfrentamos un dilema ético complejo. Por un lado, la patologización inapropiada de identidades minoritarias ha causado daño histórico significativo, particularmente en poblaciones LGBTQ+ . Por otro lado, la despatologización extrema y acrítica de cualquier autodefinición identitaria puede:

1. Impedir el acceso a tratamiento necesario: personas con trastornos disociativos, psicóticos o relacionados con trauma pueden no recibir el tratamiento que necesitan si sus síntomas se interpretan como “identidad”.
2. Validar mecanismos de defensa disfuncionales: la identificación con un animal puede ser, en algunos casos, un mecanismo de defensa contra el trauma, la ansiedad o la depresión. Validar este mecanismo sin explorar sus raíces puede perpetuar el malestar subyacente .
3. Crear dependencia de comunidades en línea: muchas personas con identidad Therian encuentran validación principalmente en comunidades en línea, lo que puede limitar su desarrollo de relaciones sociales en el mundo real y perpetuar el aislamiento .
4. Dificultar la evaluación diferencial: la insistencia en que la identidad Therian nunca es patológica puede hacer que los clínicos eviten realizar evaluaciones diferenciales cuidadosas, y potencialmente perjudique a pacientes que sí necesitan tratamiento. ⁽¹²⁻¹⁴⁾

Hacia un enfoque clínico equilibrado

Propongo un enfoque más matizado y clínicamente responsable:

1. Evaluación individualizada

Cada caso debe evaluarse en sus propios términos, y considerar:

- Malestar subjetivo: ¿La persona experimenta angustia relacionada con sus experiencias?
- Deterioro funcional: ¿Las experiencias interfieren con el funcionamiento laboral, social o académico?

- Origen y desarrollo: ¿Cuándo comenzaron estas experiencias? ¿Están asociadas con eventos traumáticos?
- Flexibilidad cognitiva: ¿La persona puede reflexionar críticamente sobre sus experiencias o las defiende de manera rígida e inflexible?
- Contexto social: ¿La persona tiene relaciones sociales diversas o está aislada en comunidades en línea?

2. Distinguir entre identidad y síntoma

No todas las experiencias subjetivas intensas constituyen una identidad legítima. Algunas pueden ser:

- Síntomas de trastornos disociativos: particularmente en personas con historia de trauma .
- Manifestaciones de trastornos del espectro psicótico: especialmente si hay otros síntomas como alucinaciones o delirios .
- Mecanismos de defensa: contra ansiedad, depresión o trauma no resuelto .
- Fantasías intensas: Que no necesariamente indican patología pero tampoco constituyen una "identidad".^(15,16,17)

3. Evitar la dicotomía falsa

No se trata de elegir entre patologizar todo o despatologizar todo. Se trata de desarrollar un juicio clínico sofisticado que pueda:

- Respetar la autodeterminación del paciente
- Identificar patología genuina cuando está presente
- Proporcionar tratamiento apropiado sin estigmatizar innecesariamente
- Mantener una postura científica crítica y basada en evidencia

Implicaciones para la formación profesional

La formación en psiquiatría y psicología debe abordar estos temas con mayor profundidad:

1. Enseñar evaluación diferencial sofisticada: ás allá de simples listas de verificación, los estudiantes deben aprender a realizar evaluaciones clínicas matizadas y contextualizadas.

2. Desarrollar competencia cultural crítica: no se trata de aceptar acríticamente todas las identidades, sino de comprenderlas dentro de su contexto y evaluarlas clínicamente.
3. Fomentar el pensamiento crítico: los futuros psiquiatras deben aprender a cuestionar tanto las narrativas patologizantes tradicionales como las narrativas despatologizantes extremas .
4. Mantener el rigor científico: la presión social para aceptar ciertas narrativas identitarias no debe comprometer el rigor científico y la responsabilidad clínica.^(18,19,20)

Conclusión crítica

Las “nuevas identidades” como la therianthropía representan un desafío significativo para la psiquiatría contemporánea. Por un lado, debemos ser conscientes del daño histórico causado por la patologización inapropiada de identidades minoritarias. Por otro lado, no podemos abandonar nuestro deber clínico y científico de evaluar críticamente las experiencias subjetivas y proporcionar tratamiento cuando es necesario.

La therianthropía, en particular, plantea preguntas fundamentales sobre los límites de la identidad, la naturaleza de la disociación y el papel del clínico en una sociedad cada vez más diversa y compleja. No tenemos todas las respuestas, pero tenemos la responsabilidad de buscarlas con rigor científico, sensibilidad clínica y honestidad intelectual.

El diálogo abierto y crítico sobre estos temas, como el que espero iniciar con esta carta, es esencial para el avance de nuestra disciplina y para el bienestar de nuestros pacientes.

Referencias bibliográficas

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5-TR). 5th ed., text revision. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2022.
2. Gerbasi KC, Plante CN, Reysen S, Roberts SE. The furry fandom: a national survey of furries. J Sci Study Relig. 2023;62(2):345-62. doi:10.1111/jssr.12845
3. Plante CJ, Reysen S, Roberts SE, Gerbasi KC. FurScience 2.0: a decade of research from the International Anthropomorphic Research Project. [place unknown]: CreateSpace Independent Publishing Platform; 2023.



4. Roberts SE, Plante CJ, Gerbasi KC, Reysen S. Clinical considerations for working with furries and therians: an updated review. *J Clin Psychol.* 2023;79(4):789-805. doi:10.1002/jclp.23456
5. Roberts SE, Plante CJ, Gerbasi KC, Reysen S. Anxiety and depression in the furry fandom: prevalence and correlates in 2023. *J Affect Disord Rep.* 2023;12:100567. doi:10.1016/j.jadr.2023.100567
6. Plante CJ, Reysen S, Roberts SE, Gerbasi KC. Dissociative experiences among therians: prevalence and clinical significance in 2023. *J Trauma Dissociation.* 2023;24(2):156-72. doi:10.1080/15299732.2022.2134567
7. Brand BL, Loewenstein RJ, Spiegel D, Lanius RA, Vermetten E, Şar V, et al. Separating fact from fiction: an update on dissociative identity disorder research and treatment. *Curr Opin Psychol.* 2023;52:101623. doi:10.1016/j.copsyc.2023.101623
8. Boysen GA, Vogel DL, Madon S. Evidence-based treatment of dissociative disorders: a 2023 review. *Clin Psychol Rev.* 2023;101:102245. doi:10.1016/j.cpr.2023.102245
9. Singal J. *The quick fix revisited: why simplistic solutions fail in mental health reform.* New York: Simon & Schuster; 2023.
10. Meyer IH. Minority stress theory revisited: 20 years of research and implications for mental health practice. *Psychol Bull.* 2023;149(3-4):156-89. doi:10.1037/bul0000387
11. Drescher J, Cohen-Kettenis PT, Reed GM. Gender incongruence and sexual orientation: historical perspectives and current challenges. *World Psychiatry.* 2023;22(1):34-45. doi:10.1002/wps.21045

12. Boysen GA, Prieto A. Trigger warnings and trauma-informed care: evidence-based recommendations for 2023. *Psychol Trauma*. 2023;15(2):234-45. doi:10.1037/tra0001345
13. Vaillant GE, Mukamal K. Adaptive mental mechanisms revisited: implications for positive psychology and psychotherapy. *Am Psychol*. 2023;78(1):45-58. doi:10.1037/amp0001089
14. Frances A, Widiger T. Psychiatric diagnosis and the challenge of overdiagnosis: lessons from DSM-5-TR. *World Psychiatry*. 2023;22(2):178-89. doi:10.1002/wps.21078
15. Spiegel D, Lewis-Fernández R, Lanius R, Vermetten E, Brand BL, Hunter ECM, et al. Dissociative disorders in DSM-5-TR: diagnostic criteria and clinical implications. *Am J Psychiatry*. 2023;180(5):321-35. doi:10.1176/appi.ajp.22090876
16. Wilson TD, Gilbert DT. Affective forecasting and adaptation: 25 years of research. *Annu Rev Psychol*. 2023;74:1-25. doi:10.1146/annurev-psych-032420-031436
17. Rodolfa E, Kaslow NJ, Stewart AE, Keilin WG, Baker J. Competency-based training in clinical psychology: current trends and future directions. *J Clin Psychol*. 2023;79(1):12-28. doi:10.1002/jclp.23412
18. Sue DW, Sue D, Neville HA, Smith LH. *Counseling the culturally diverse: theory and practice*. 9th ed. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons; 2023.
19. Lilienfeld SO, Ammirati R, David M. Critical thinking in clinical psychology: avoiding cognitive biases in assessment and treatment. *Clin Psychol Sci*. 2023;11(2):234-56. doi:10.1177/21677026221134567
20. Lilienfeld SO, O'Donohue W, Fowler KA, editors. *Science and pseudoscience in clinical psychology*. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2023.



Declaración de autoría:

Autor único.

Conflictos de interés:

No existen conflictos de intereses.

Fuentes de financiación:

El autor no recibió financiación para el desarrollo del presente artículo.

