

A propósito de un caso: supresión emocional en estado avanzado de la enfermedad.

A case report: emotional suppression in advanced disease.

Cristina García Pedrajas ^a, Gema Costa Requena ^b.

^a *Psicóloga Interno Residente. Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Barcelona, España.* ^b *Psicóloga Clínica. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitari Vall d'Hebron. CIBERSAM. Universitat Autònoma de Barcelona, España.*

Correspondencia: Gema Costa Requena (gcosta@vhebron.net)

Recibido: 20/09/2013; aceptado: 14/01/2014

RESUMEN: INTRODUCCIÓN. La supresión emocional se ha definido como un mecanismo predictor de la respuesta de afrontamiento a enfermedades físicas, pudiendo bloquear en la persona el desarrollo de estrategias activas para el manejo de sus emociones. Se expone el caso de una mujer de 59 años que durante los últimos años presenta una clínica somática difusa. Su historia vital de pérdidas significativas, y su tendencia a la supresión emocional como estrategia básica de afrontamiento, enmascararon un cuadro depresivo crónico, dificultando la atención y tratamiento médico, así como retrasaron el diagnóstico certero de la enfermedad. Se plantea la importancia de evaluar con prontitud estas posibles dificultades emocionales, de manera que puedan rescatarse estrategias de afrontamiento positivas que permitan un adecuado manejo de la enfermedad y de conductas de búsqueda de salud.

PALABRAS CLAVE: Supresión emocional, depresión, enfermedad física, estilos de afrontamiento.

ABSTRACT: Emotional suppression has been defined as a mechanism that could be predictor of the coping response to physical illness, this response could block in the person a developing active strategies to manage their emotions. We described the case report of a 59 years-old woman, who showed at the last time diffuse somatic symptoms. Her psychobiography of significant personal losses, and her tendency to show emotional suppression as a basic coping style, masked a chronic depressive disease. These coping styles could be blocked the medical treatment and care of the patient, moreover than delayed the accurate diagnosis of the disease. It was highlight that the early assessment of these coping styles in front of emotional difficulties could be rescue positive coping responses, to allow the appropriate management of the disease and their health related behavior.

KEY WORDS: Emotional suppression, depression, physical illness, coping styles.

Introducción

En los últimos años los factores psicosociales relacionados con la enfermedad han constituido uno de los principales focos de la literatura científica en psicología de la salud y la psiquiatría de enlace (1). En concreto, se ha generado numerosa investigación en torno a la supresión emocional, como estrategia reguladora de emociones y variable psicológica que puede ser crucial en la manifestación de la enfermedad física (2-3). La supresión emocional se ha definido como un mecanismo por el cual las personas evitan sus pensamientos sobre los problemas que les inquietan, o sobre sus deseos, sentimientos o experiencias. Se considera un rasgo

disposicional relativamente estable. La tendencia a ocultar emociones negativas y la necesidad de ser complaciente para con el entorno, puede propiciar el encubrimiento o enmascaramiento de psicopatología de base, impidiendo o retrasando así el tratamiento necesario. Así en relación al cáncer, se evidencia que el malestar emocional en un alto porcentaje no es identificado ni tratado debido a la supresión emocional de dichos síntomas (4).

Se presenta el caso de una mujer con tendencia a la supresión emocional como estrategia de afrontamiento. El interés radica en que, aunque por una parte, este funcionamiento conllevó el enmascaramiento de síntomas depresivos que fueron cronicándose a lo largo de la vida; por otra dicha respuesta le permitió un afrontamiento adaptativo al brusco diagnóstico de una enfermedad grave de mal pronóstico.

Caso Clínico

Motivo de consulta

Paciente femenina de 59 años que consulta en el Servicio de Urgencias de un Hospital General, por importante pérdida de peso en un año (30 kg) y que actualmente cursa con extremo debilitamiento físico, desnutrición severa, fiebre, diarreas, pérdida de apetito e intolerancia a una mínima cantidad de comida a través de vómitos no autoinducidos.

Historia del problema y psicobiografía

Paciente originaria de Extremadura. A los 16 años se traslada a vivir a Barcelona con unos familiares. Hija única. Nivel de escolaridad primaria. En su vida profesional se incorpora pronto al mundo laboral y en actividades de baja cualificación, tareas del campo durante la primera adolescencia, y en la edad adulta tareas de limpieza doméstica. Está casada, con dos hijos (hija de 33 años, e hijo de 30), ambos con pareja estable e independizados del domicilio familiar. Vinculada desde hace trece años a creencias y prácticas religiosas (Testigos de Jehová), que comparte con ambos hijos.

Ambos padres fallecidos, el padre de un proceso neoplásico en 1994 y la madre de proceso degenerativo asociado a Enfermedad de Alzheimer (EA), en 1997. La paciente pasó los tres últimos meses de la vida del padre con ellos en el pueblo extremeño; tras el fallecimiento del padre, vuelve a Barcelona con su madre, haciéndose cargo de sus cuidados hasta su pérdida. En esos años, destacan importantes trastornos de conducta de la madre asociados a su demencia, que ocasionan un desgaste emocional importante en la paciente.

Desde el año 1994, coincidiendo con la muerte del padre, comienza a familiarizarse con creencias religiosas de Testigos de Jehová, estudiando sus escritos con

NOTAS CLÍNICAS

mayor intensidad durante los tres años en los que estuvo cuidando a su madre hasta su fallecimiento, no siendo hasta después de éste que se bautiza en dicha religión. En el año 2007, se independiza y casa su hija mayor. En noviembre del 2011, dicha hija emigra a Bolivia, país originario de su pareja. En marzo del 2012 es el hijo menor el que se casa. Para la celebración del matrimonio del hijo, la hermana de éste regresa a Barcelona con su marido, para asistir a la boda.

El marido de la paciente ha estado activo laboralmente, con períodos intermitentes de paro, trabajando mayoritariamente como operario en una fábrica textil. Ha presentado problemas de consumo de alcohol durante años, que remitieron sin necesidad de ayuda o tratamiento especializado. Durante los períodos de inactividad laboral del cónyuge, la paciente reanudaba actividades remuneradas para contribuir a la manutención económica de la familia. En la actualidad la paciente convive en el domicilio familiar con su marido, ambos sin actividad laboral (el marido jubilado, ella en paro desde hace un año). El hijo menor vive cerca con su mujer, y hace visitas semanales a la paciente. Con la hija buscan encuentros anuales, el próximo planificado era el de la paciente y su marido en abril del 2013, que viajarían a Bolivia por primera vez, pero que no llegó a realizarse por el empeoramiento físico de la paciente.

Antecedentes familiares y personales

En la familia destaca el proceso neoplásico de su padre, y la enfermedad degenerativa tipo Alzheimer de la madre. No se reseñan otras enfermedades de interés. Los antecedentes personales médicos carecen de relevancia hasta el 2005, coincidiendo con el fallecimiento de su madre por EA. Comienza clínica de desorientación espacial y quejas de pérdida de memoria reciente, dificultades de concentración, e hipoacusia. Posteriormente, la paciente relacionará estos síntomas con su preocupación a padecer la enfermedad de Alzheimer como su madre. Tras ser remitida por el médico de atención primaria al neurólogo, las pruebas médicas descartan enfermedad neurológica. Al año siguiente aparecen dificultades de visión especialmente en momentos de tensión o estrés ambiental, en forma de mancha negra. En el 2007 comienza clínica de náuseas, fiebres y mareos, astenia, irregularidades en menstruación y dificultades para dormir. Se sospecha un cuadro depresivo. Combina las consultas médicas con visitas a un naturalista, que le receta diversos productos homeopáticos para tratar los síntomas depresivos, aunque su seguimiento es irregular. En el 2008 inicia tratamiento farmacológico controlado por su médico de cabecera (fluoxetina 20 mg) para tratar síntomas ansioso-depresivos en relación a la comida; se manifiesta un aumento de peso. Durante este año las visitas al médico de atención primaria también son frecuentes, en especial con relación a lumbalgias, que propician bajas laborales. En el 2010 aparecen cuadros de dispepsia y mantenimiento de la astenia. Durante ese año comienza la pérdida de peso, a 1 Kg por mes, pasando posteriormente a 2 kg/mes, llegando a los 13 kg

de pérdida en un año. En analítica se objetivan aminotransaminasas elevadas, diagnosticándose una hipertransaminasemia. Se mantienen síntomas de pérdida de apetito, decaimiento, fatiga y desánimo. El médico de cabecera objetiva un incremento de síntomas ansioso-depresivos, aunque la paciente va haciendo un cumplimiento irregular del tratamiento, con escasa mejoría. En el año 2012 ya ha perdido 17 kg, aparecen de nuevo déficits sensoriales como la pérdida de memoria reciente, hipoacusia, disminución de agudeza visual, anosmia, y pérdida del gusto. Es remitida de nuevo a neurología para la realización de un nuevo TAC, que se compara con el del 2005, resultando normal. La RM y la exploración neuropsicológica también descartan afectaciones a este nivel. Ante la agudización de la clínica de ansiedad, el médico de cabecera vuelve a reajustar el tratamiento psicofarmacológico (paroxetina 20 mg), cursándose la baja laboral también por sintomatología reumática, dolor generalizado, cansancio, y molestia en articulaciones. La exploración otorrinolaringológica también resulta normal. A mediados del 2012 se ajusta de nuevo el tratamiento psicofarmacológico por mantenimiento de clínica ansiosa. A finales de ese año aparecen epigastralgias, diarreas, cuadros de ansiedad, astenia, pérdida de peso, mantenimiento de la anosmia, pérdida de apetito y malestar general.

A principios del 2013 ya ha perdido 20 kg a lo largo de los tres últimos años. El tratamiento psicofarmacológico lo sigue de manera irregular. Es derivada a psicología clínica ante la persistencia de ánimo depresivo y ansiedad, y es diagnosticada de trastorno adaptativo. Ha comprado billetes para ir con su marido en dos meses a Bolivia, y manifiesta agudización de clínica ansiosa por anticipaciones de su miedo a los aeropuertos.

Enfermedad actual

Realiza alguna visita a Urgencias Hospitalarias por ansiedad. Comienza un periplo por varios hospitales y médicos privados ante la agudización de síntomas gastrointestinales. Ha llegado a un peso de 32 kg, después de dos años de vómitos no autoinducidos según refiere, y clínica de gastritis crónica con diarreas y actividad aguda leve asociada al *H. Pylori*. Se considera el diagnóstico de celiaquía March 3B y enfermedad de Crohn. Le proponen dieta sin gluten, con éxito inconsistente. Consulta a un Naturista que le pauta ciertos suplementos para aumentar la tolerancia a los alimentos. En otro servicio también se le hace una orientación diagnóstica de Anorexia Nerviosa. La hija de la paciente, ante la situación física de la madre, vuelve de Bolivia y decide consultar a un hospital general con unidad especializada en trastornos gastrointestinales, donde es ingresada para estudio y tratamiento.

La evaluación psicológica constó fundamentalmente de la entrevista clínica, en cuanto al abordaje de su historia de vida y a clínica psicopatológica presente y pasada, así como autoinformes breves que permitieran un acercamiento cuantitativo. Se administra para evaluar sintomatología depresiva el Beck Depression Inven-

NOTAS CLÍNICAS

tory (BDI) (5), con una puntuación de 16/39, sintomatología depresiva moderada. La tendencia a la supresión emocional fue evaluada con el Courtauld Emotional Control Scale (CEC) (6), con los siguientes valores elevados en las dimensiones de Enfado (26/28), Infelicidad (22/28) y Ansiedad (26/28).

Exploración médica complementaria al ingreso. ECG, sin alteraciones. Radiografía de torax, sin alteraciones. Urocultivo, hemocultivo, coprocultivos, cultivo de esputo negativos. TAC toraco-abdomino-pelvico ausencia de adenopatías supraclaviculares, o axilares o mediastínicas. Adenopatías mesentéricas inespecíficas. Ausencia de adenopatías retroperitoneales o pélvicas. Edema de la grasa y líquido difuso intraperitoneal. Marco óseo sin alteraciones. Ausencia de afectación adenopática significativa supra o infradiafragmática. Edema de la grasa y líquido difuso intraperitoneal, con adenopatías mesentéricas acompañantes. Edema de asas de intestino delgado, predominantemente en asas ileales de pelvis, distendida y con líquido, sugiriendo contexto de malabsorción. Colonoscopia con gran cantidad de úlceras geográficas en recto/sigma pequeñas y aisladas. Esofagogastroduodenoscopia normal. Analíticamente también presentaba datos de malabsorción con una anemia normocítica normocrómica, hipoproteinemia e hipocolesterolemia. Elevación de los marcadores tumorales de síndrome linfoproliferativo. Marcadores tumorales: Beta 2-Microglobulina 4.0 mg/L, Timidina cinasa 21.6 U/L (normal). Medicación habitual: Citalopram 20mg/d, Mirtazapina 30mg/d, Acfol 5mg/d

Durante el ingreso la paciente ha mostrado síndrome de picos febriles de hasta 39°C diarios, dada la negatividad de todos los cultivos se descarta el origen infeccioso. Presentó deposiciones diarreicas en 4-5 diarias, acuosas sin productos patológicos. Se inició nutrición parenteral por desnutrición severa y poca tolerancia a la ingesta la cual se combina con nutrición enteral por vía oral. Dado el resultado de las pruebas se traslada a la paciente del Servicio de Digestivo a servicio de Hematología del hospital, con las siguientes orientaciones diagnosticas: 1). Linfoma T-NOS estadio IV: PET-TC sugestivo de linfoproliferacion con afectación pulmonar, esplénica, hepática, ganglionar; diarreas por infiltración digestiva; fiebre tumoral. 2). Celiaquía. Bx MARSH 3B+Ac Antitransglutaminasa IgA +; HLA-DQ2 +. 3). Desnutrición proteico-calórica severa.

Discusión

En el caso que nos ocupa, la paciente ubica a la par el inicio de sus dificultades psicológicas y físicas en la ruptura vital que para ella supuso el proceso de cuidado de la enfermedad de su madre, así como su muerte. Durante esa época comenzaron a aparecer signos y síntomas (bajo estado de ánimo, anergia, apatía, somatizaciones

neurológicas y digestivas) de un proceso de duelo no resuelto, cronificándose su elaboración. El proceso de cuidado de la enfermedad de la madre, vino marcado por una fuerte tendencia a mantener el equilibrio y la armonía familiar, cargando con la totalidad de las tareas de cuidado, porque delegar era para ella transmitir el malestar al resto de los miembros. Aspectos de rigidez caracterial e importante autoexigencia, también mediatizaban la inflexibilidad de estas decisiones. Así, parece que cierto grado de supresión emocional le fue permitiendo durante años soportar el peso de la casa, el trabajo y la familia, manteniendo un papel centralizador en la gestión de los problemas, y aún a costa de posponer la atención a su propio estado emocional y físico. Resultados experimentales evidencian una correlación positiva, entre supresión de ansiedad y depresión con estrategias de afrontamiento centradas en la tarea, para problemas agudos y resolubles (3). La otra cara de la moneda es que, la dificultad para acceder a estrategias de regulación emocional, sería un factor de vulnerabilidad predictor del desarrollo de trastornos depresivos (7). Los años posteriores a la muerte materna, la paciente mantuvo la tendencia a evitar preocupar a los suyos, a no permitirse mostrar la tristeza o el enfado por la situación vivida, y comenzaron los primeros síntomas neurológicos asociados al miedo de padecer la misma enfermedad de su madre. Quizá en esta época los síntomas podrían también orientar a un trastorno somatomorfo no especificado, en cuanto a su tendencia a traducir en el cuerpo un malestar que no se objetivaba mediante pruebas físicas, y cursaba con el mantenimiento de un duelo no resuelto y síntomas depresivos que iba controlando irregularmente mediante tratamiento farmacológico por el médico de cabecera.

Otro eje fundamental fue la dimensión espiritual estimulada especialmente desde la enfermedad de la madre. La paciente se acercó a la comunidad religiosa de los Testigos de Jehová, en donde depositó toda una parte de necesidad de cultivo intelectual (estudio de las escrituras, de los significados de las oraciones), en su búsqueda por dar un sentido racional a su mundo emocional, y que también le proporcionaban momentos de alivio en la meditación personal. La religión además le proveyó de un importante soporte social, y un vínculo de unión con sus hijos, que su marido no compartía pero sí respetaba.

Pero aún así la paciente expresaba su sufrimiento por no poder entender sus emociones negativas, y su fuerte necesidad de explicar sus vivencias. Probablemente esta racionalización emocional también iba en detrimento de la propia capacidad de insight para reconocérselos a sí misma. Su tendencia a manifestar en el cuerpo preocupaciones psicológicas se mantuvo a lo largo de los años posteriores (la aparición de sintomatología álgica y digestiva ante la marcha de los hijos del núcleo familiar...), acorde con los estudios que señalan asociaciones entre síntomas depresivos, expresión de la ira y severidad de síntomas neuromusculares, cardiorespiratorios y gastrointestinales (8). La evitación del conflicto familiar se mani-

NOTAS CLÍNICAS

festó en años de sobrecarga ante los problemas de alcoholismo del marido, que no terminaron hasta que la paciente pudo poner límites, a costa de una expresión de la ira para ella era descontrolada y culposa. Y es que otra tónica habitual en la subjetividad de la paciente, es la vivencia de que ha de controlar sus emociones, porque cuando ha podido expresarlas, lo ha hecho de manera descontrolada y destructiva, según ella, generando sentimientos de culpa y remordimiento posterior. Hay autores que definen la supresión emocional como un factor que puede inhibir la aceptación de ayuda y soporte por parte del entorno (3).

La hija de la paciente se alarma ante la pérdida excesiva de peso y la debilidad física de su madre, a pesar de que ésta pretende disimular durante tiempo con ropas anchas o eligiendo los momentos del día de menos fatiga para hablar con los suyos. El periplo de consultas por diferentes servicios y entidades sanitarias, en los que se entremezclan síntomas ansioso-depresivos (anhedonia progresiva, ánimo triste, apatía y rumicaciones ansiosas anticipatorias) con sintomatología somática inespecífica (diversas algias articulares y lumbares, alteraciones gastrointestinales como diarreas, vómitos o pérdida de apetito, fiebres) condiciona el inicio de un proceso diagnóstico complicado por su inespecificidad, y el consiguiente retraso en el diagnóstico certero. Antes del ingreso en el hospital, se habían barajado diagnósticos tan dispares como celiaquía, posible trastorno de conducta alimentaria, una posible enfermedad de Crohn que no justifica el exceso de sintomatología gastrointestinal. Los síntomas depresivos continuaban manifestándose, pero enmascarados y ocultos bajo la preeminencia de toda una serie de patología somática alarmante y preocupante. Tras múltiples pruebas médicas se llega al diagnóstico de linfoma T de alto grado. En el terreno psicológico también se determinaron dificultades en la orientación diagnóstica en la interconsulta hospitalaria. En un principio la dificultad expresada por la paciente de entender sus emociones, de poderlas explicar, su necesidad de no compartirlas para no molestar, y su perfil de rigidez, y autoexigencia, nos hicieron plantear trastornos de la esfera somatomorfa, concomitantes al trastorno médico que a la par se estaba estudiando. La gran adaptación de la paciente al hospital, su inicial aparente indiferencia con respecto al alargamiento del ingreso y a las múltiples pruebas realizadas, además de su conformidad con la tardanza del diagnóstico, hicieron plantearnos también características relativas a trastornos facticios. Tras un proceso psicoterapéutico en el que la paciente pudo ir tolerando progresivamente la expresión de sus emociones pasadas y presentes, se fue evidenciando la prevalencia que ha existido de sintomatología depresiva subsindrómica encubierta durante años, y no tratada, contextualizándola en el marco de estos rasgos de personalidad rígidos y autoexigentes que favorecían el mantenimiento y cronificación de dicha sintomatología. Varias investigaciones constatan que los pacientes con sintomatología depresiva informan de mayores dificultades para la regulación emocional, así como mayores dificultades para el

control cognitivo (específicamente, problemas para inhibir el procesamiento de material negativo), mayores rumiaciones, y menor reevaluación de las experiencias (9). La regulación de emociones puede ser por tanto, un importante factor influyente en la vulnerabilidad o resiliencia en los trastornos ansiosos y depresivos (7).

Actualmente la paciente accede a seguir acompañamiento psicoterapéutico en un estado de enfermedad avanzada, donde a pesar del brusco diagnóstico de la enfermedad oncológica no muestra signos de sufrimiento. Ante el planteamiento médico de una anticipación de pérdida, la paciente relabora en sí misma una anticipación de su proceso de duelo, la religión le ayuda a encauzar aspectos espirituales, a la vez que sus aspectos caracteriales facilitan la gestión de síntomas ansioso-depresivos. En el estado de enfermedad avanzada y considerando el estilo de afrontamiento que ha manifestado la paciente en otros momentos vitales de pérdida, la supresión emocional tal cual la manifiesta en estos momentos no sería disfuncional per se. Como señalan algunos estudios, los pacientes con sintomatología depresiva que usan mayormente estrategias de supresión emocional llegan a manifestar un repertorio de estrategias de afrontamiento adaptativo (10).

REFERENCIAS

- (1) Fernández-Ballesteros R, Ruiz MA. Personalidad y Cáncer: Hans J. Eysenck, un rebelde con causa. *Revista de Psicología general y Aplicada*. 1997; 50 (4): 447-464.
- (2) Durá E, Andreu Y, Galdón M.J., Ibáñez E, Pére S, Ferrando M, et al. Emotional Suppression and Breast Cancer: Validation Research on the Spanish Adaptation of the Courtauld Emotional Control Scale (CECS). *The Spanish Journal of Psychology*. 2010; 13 (1): 406-417.
- (3) Janowski K, Kurpas D, Kusz J, Moroczek B, Jedynek, T. Emotional Control, Styles of Coping with Stress and Acceptance of Illness among Patients Suffering from Chronic Somatic Diseases. *Stress Health* 2013. DOI: 10.1002/smi.2493
- (4) Cohen M. The Association of Cancer Patients' Emotional Suppression and Their Self-Rating of Psychological Distress on Short Screening Tools. *Behavioral Medicine*. 2013; 39:29-35.
- (5) Sanz J, Vázquez C. Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck de pacientes con trastornos psicológicos. *Psicothema*. 1998; 10 (2): 303-318.
- (6) Anarte MT, Esteve R, Ramírez C, López AE, Amorós F.J. Adaptación al castellano de la escala Courtauld de control emocional en pacientes con cáncer. *Psicothema*. 2001; 13 (4): 636-642.
- (7) Fehlinger T, Stumpfenhorst M, Stenzel N, Rief W. Emotion Regulation is the essential skill for improving depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*. 2013; 144:116-122.
- (8) Bong Koh K, Joong Kyu Park J. The Relation between anger Management Style and Organ System-Related Somatic Symptoms in Patients with Depressive Disorders and Somatoform Disorders. *Yonsei Med J*. 2008; 49 (1): 46-52.

NOTAS CLÍNICAS

(9) Joormann J, Gotlib IA. Emotion regulation in deression: Relation to cognitive inhibition. *Cognition and Emotion*. 2010; 24(2): 281-298.

(10) Aldinger M, Stopsack M, Barnow S, Rambau, Spitzer C, Schnell K, et al. The association between depressive symptoms and emotion recognition is moderated by emotion regulation. *Psychiatry Research*. 2012; 205: 59-66.

