

Capítulo 70

Enfermedad cardiovascular y psiquiatría

Dr. José Luis Carrasco

Médico especialista en Psiquiatría. Coordinador de la Unidad de Psiquiatría de Enlace del Hospital Clínico San Carlos, Madrid. Catedrático de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid

Dr. Juan José López-Ibor

Médico especialista en Psiquiatría. Director del Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Clínico San Carlos, Madrid. Catedrático de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid

Corazón y/o alma

No es necesario descubrir la cercanía entre el corazón (en su sentido figurado) y el alma. Es una constante en la literatura y en la pintura universales. Los hombres y mujeres que mueren en las pinturas barrocas y neoclásicas se llevan las manos al corazón y no a la cabeza. La vida se escapa del pecho, donde reside junto a las emociones y los sentimientos más específicamente humanos.

Hoy se sabe, científicamente, que las emociones, tanto las más animales como las propias de los humanos, residen en el cerebro y no en la cavidad torácica. Pero, a pesar de ello, seguimos experimentando las emociones y la vida en el tórax o muy cerca de él (en el epigastrio o boca del estómago). La vivencia, y no la razón, es la clave del psiquismo alterado y de la enfermedad psicósomática. El cuerpo vivido, *la corporalidad* de la que hablaba López-Ibor, ayudan a comprender la íntima relación que existe entre los fenómenos denominados *mentales* y la enfermedad cardiovascular.

La relación entre la psiquiatría y la enfermedad cardiovascular estaría enmarcada en varios fenómenos que serán tratados a continuación:

- La enfermedad cardiovascular psicósomática (o cómo la disfunción psiquiátrica acaba produciendo una enfermedad cardiovascular).

- La somatización cardíaca (o cómo la persona padece una patología similar a la enfermedad cardiovascular sin serlo realmente).
- La reacción ante la enfermedad cardíaca (o cómo la persona siente su imagen mutilada por la cardiopatía).

La enfermedad cardiovascular psicósomática

Hace ya cuatro décadas que los médicos Friedman y Rosenman definieron la personalidad de tipo A como «la forma de ser más característica de los pacientes que padecían infartos de miocardio e hipertensión arterial». La personalidad de tipo A, según estos autores, se caracteriza por la ambición y la hostilidad. Más en detalle, estos individuos se definen por la tensión, la hiperactividad encaminada al rendimiento y a la consecución de logros de manera constante, la falta de reflexión y de introspección, la vivencia de presión del tiempo, el alto nivel de exigencia con uno mismo y con los demás, la tendencia a la intransigencia y la intolerancia hacia la expresión emocional abierta.

Probablemente, algunas de estas características no forman parte de la personalidad, lo que ha hecho difícil la replicación de los datos y la confirmación de la hipótesis con los instrumentos de medición de la personalidad disponibles en psiquiatría. Entre los tipos de carácter patológico



El porcentaje de pacientes con enfermedades cardíacas que sufren algún trastorno depresivo de distinto grado supera el 50%.

incluidos en las clasificaciones psiquiátricas clásicas (como la de Kurt Schneider) o en las modernas —como la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) o el DSM (Diagnostic and Statistical Manual)— no se encuentra esta personalidad de tipo A. Algunas de sus características se hallan en las personalidades obsesivas, en las hipertímicas (emocionalmente inestables) o en las ansiosas, pero ninguno de estos tipos se parece a la personalidad de tipo A en global. Ésta es un patrón conductual bajo cuya superficie subyace un núcleo íntimo de narcisismo o, lo que es lo mismo, una necesidad compulsiva de aproximación a una autoimagen ideal o perfecta —lo que los autores del concepto denominan *ambición*—. No obstante, esta ambición puede tener dos orígenes íntimamente distintos. Uno es el narcisismo primario, que aspira a una autoimagen grandiosa. El otro es el narcisismo secundario al sentimiento de inferioridad, que es compensatorio y que arrastra a la búsqueda continua del logro para no defraudar. El primer supuesto se corresponde más con los trastornos narcisistas de la personalidad. El segundo está ligado a las patologías ansiosas y a los rasgos obsesivos de la personalidad. Este segundo tipo de narcisismo o de ambición aparece asociado más frecuentemente a los trastornos cardiovasculares y a la hipertensión.

Pero este afán compulsivo por el logro y por el rendimiento de la personalidad de tipo A se presenta casi siempre asociado a otra característica personal, la alexitimia, que es una incapacidad para la expresión verbal de las vivencias emocionales, que deriva de una ineptitud para la autoconciencia de éstas y, por tanto, para la introspección y la reflexión sobre las emociones. La alexitimia constituye una barrera para la vivencia de las emociones y para su representación en formas mentales, incluida la experiencia vivida del propio cuerpo. La vivencia del estrés en estos sujetos no se produce en forma de ansiedad, preocupación, miedo o pesadumbre. Por el contrario, se deriva hacia formas vegetativas y corporales de manifestación del estrés y de la tensión, que provocan el funcionamiento anómalo de las vísceras. El individuo con estas características (de tipo A y alexitimia) no está preocupado por su estrés. Sólo lo estará cuando el organismo fracase y le avise de ello en forma de infarto o de angina de pecho.

Son varios los estudios que prueban que existe una asociación entre las enfermedades depresivas y ansiosas y la cardiopatía isquémica o enfermedad coronaria (angina de pecho, infarto de miocardio y muerte súbita). También hay estudios que muestran una peor evolución de los trastornos cardiovasculares en los pacientes que tienen patología depresiva. No obstante, esta asociación contiene numerosas incertidumbres. La primera viene dada por la inexactitud en los diagnósticos de depresión y ansiedad. Ninguno de los dos indica necesariamente un trastorno depresivo mayor o un trastorno por ansiedad de los conocidos clásicamente como *neuróticos*. Existen muchas dudas de que el paciente depresivo con vivencias de insuficiencia, reproches a sí mismo, negativismo y tendencia a la culpa presente mayor propensión a la enfermedad cardiovascular que el resto de la población. Lo mismo podría decirse del paciente ansioso con fobias, hipocondría o crisis de angustia. Los síntomas depresivos y ansiosos forman parte del cortejo emocional de diversos síndromes ligados al estrés, a los estilos de vida inestables, al consumo de alcohol y de drogas y a las dificultades vitales continuadas. Estas dudas alimentan la sospecha de que la relación entre la enfermedad cardiovascular y la ansiedad/depresión esté mediada por los estilos de vida perjudiciales que lleva este tipo de pacientes, y no tanto por la propia fisiopatología de los trastornos emocionales.

Por otra parte, la relación entre los síndromes depresivos y ansiosos y la mayor incidencia y peor evolución de los síndromes cardíacos puede estar mediada por

algunos factores fisiopatológicos comunes. Entre ellos se encuentran la hiperactividad del sistema simpático-noradrenérgico (mediado por ciertos neurotransmisores), las alteraciones de las hormonas del estrés y del CRH (hormona estimulante de la corticotrofina) y las anomalías en la agregación plaquetaria, fenómenos todos ellos comunes a los síndromes ligados a una sobrecarga de estrés y a la patología cardiovascular.

La aproximación terapéutica a la personalidad de tipo A debe hacerse mediante consejos y recomendaciones sobre las formas y los hábitos de vida, incluyendo tanto la nutrición como el manejo del estrés. El precardiópata o cardiópata debe desmitificar el valor del rendimiento y renunciar a la aspiración de controlar todos los factores del entorno. Debe reconocer el valor del tiempo en sí mismo y acostumbrarse a convivir en la incertidumbre. La psicoterapia de introspección reglada para estos pacientes no suele estar indicada, debido a que no tienen una vivencia íntima de conflicto personal. La terapia cognitivo-conductual puede estar indicada en los casos en que los rasgos obsesivos de la personalidad sean más disfuncionales.

Asimismo, es importante el tratamiento farmacológico de los cuadros ansioso-depresivos en los pacientes con enfermedad cardiovascular. El tratamiento antidepresivo mejorará la disregulación noradrenérgica (ciertos neurotransmisores) y hormonal ligada a estos cuadros y mejorará la actitud del paciente hacia el cuidado de su enfermedad y la mejora de sus hábitos vitales.

La somatización cardíaca

Los denominados *trastornos somatomorfos* en las clasificaciones psiquiátricas se caracterizan por la presencia de síntomas físicos para los que no se encuentran causas orgánicas reales y en los que se sospecha la influencia de factores psíquicos. El trastorno somatomorfo no se puede diagnosticar tan sólo por la ausencia de una causa física conocida, sino que debe existir además un cortejo psicológico específico y reconocible. Estos signos deben indicar la presencia de:

- Un trastorno ansioso-fóbico.
- Un trastorno hipocondríaco.
- Un trastorno por somatización.

Somatización ansioso-fóbica

La angustia está íntimamente ligada al tórax. El síntoma principal es la sensación de asfixia. De todas las fobias a

morir, la más ancestral, y por tanto las más refleja, es la de morir asfixiado. El primer síntoma, y el más devastador de las crisis de pánico, es la sensación súbita de ahogamiento, y de ahí derivan tanto la claustrofobia (espacios pequeños y cerrados) como la agorafobia (grandes espacios). El paciente nota súbitamente que los pulmones no se pueden mover y que el aire no fluye hacia el pecho. Inmediatamente el corazón se dispara y late con violencia. En algunos casos, en lugar de taquicardia se producen palpitaciones o la sensación terrible de que el corazón se ha parado. En las formas menores de ansiedad no existe la vivencia de ahogamiento, pero el paciente nota angustiado cómo el aire entra con dificultad y en cantidad insuficiente a sus pulmones.

Es raro que una persona consulte en psiquiatría por crisis de pánico sin que antes haya acudido a un especialista en cardiología. Aparte de ser una medida entendible y razonable (conviene siempre descartar la existencia de causas cardíacas), esta actitud muestra cómo la vivencia principal del paciente es la de que su corazón ha fracasado y le amenaza la muerte. La angustia primaria de estas crisis no se vive como tal, es decir, como pánico inmotivado, sino como temor súbito a la muerte de causa cardíaca. O, mejor aún, como sensación súbita de muerte.

Por tanto, el núcleo de la somatización cardíaca de origen ansioso-fóbico son las vivencias de ahogamiento y arritmia. En consecuencia, la actitud terapéutica principal será tranquilizar sobre las ideas obsesivas y angustiosas de que el aire deja de entrar o de que el corazón se para. La explicación detallada y sencilla de



La incapacidad para expresar y sentir íntimamente las emociones se denomina *alexitimia* y está relacionada también con el padecimiento de afecciones cardiovasculares.

los síntomas de las crisis de pánico es una medida eficaz, pero siempre debe ir precedida de una aclaración también con detalle de por qué el síndrome no es de origen cardíaco. En todo caso, hay que evitar transmitir al paciente que *no le pasa nada*. La vivencia del paciente ha sido tan terrible que no puede asimilar que lo suyo no sea nada o que se trate de algo leve. La idea tranquilizadora que debe recibir por parte del médico es que le pasa algo importante, pero que afortunadamente no es de origen cardíaco y que, por tanto, no existe ninguna posibilidad de que se asfixie o se le pare el corazón. A continuación, debe pasarse a la explicación psiquiátrica del síndrome.

La ansiedad cardíaca de origen fóbico es, por lo general, endógena (por factores internos) y no debe ser atribuida a los acontecimientos inmediatos del entorno. Las experiencias negativas o estresantes pueden desempeñar alguna función en el desencadenamiento de la angustia, pero ésta no debe considerarse reactiva a las situaciones vitales. Ello podría llevar al paciente a una evitación inadecuada de acontecimientos, lugares o personas que no son responsables de sus crisis. La angustia cardíaca tiene su origen en procesos psíquicos y conflictos muy íntimos del paciente y en vulnerabilidades biológicas particulares.

La fobia cardíaca puede durar muchos años, o incluso toda la vida, pero su intensidad disminuye con el tiempo hasta permitir al paciente realizar una vida normal y olvidarse de ella durante largos períodos. Con frecuencia, puede reaparecer en momentos vitales determinados, por lo general ligados a amenazas profundas a la seguridad y al equilibrio interno del paciente. Pero la intensidad nunca es como al inicio. El principal peligro de esta somatización es la conducta evitativa, de ahí que su tratamiento sea el objetivo principal.

La evitación puede llevar al sujeto a un empequeñecimiento de sus perspectivas vitales, tanto profesionales (rechaza las ocupaciones de alto nivel), como interpersonales (no realiza viajes ni actividades deportivas y no mantiene relaciones sociales), que se acompañan por lo general de frustración y depresión. El paciente evitador desarrolla una personalidad temerosa, dependiente y amargada, que le convierte en un individuo minusválido e infeliz. El desarrollo de esta actitud evitativa crónica es más frecuente si el entorno familiar es desfavorable y hostil, por lo que también es muy importante explicar con detalle a la familia la naturaleza del trastorno.



La angustia está íntimamente ligada al tórax. Su síntoma principal es la sensación de asfixia. De todas las fobias a morir, la más ancestral, y por tanto la más refleja, es la de morir asfixiado.

Somatización hipocondríaca

Algunos pacientes tienen un componente obsesivo del síntoma cardíaco y reflejan una actitud más hipocondríaca que fóbica; más que la sensación de ahogo o de parada cardíaca, lo que domina el mundo psíquico del paciente hipocondríaco es la ideación obsesiva (repetitiva, intrusa, invasora de toda la actividad psíquica) acerca de las posibles consecuencias o de los factores asociados al fallo cardíaco («¿me habrán visto bien?», «¿habré dicho lo que tenía que decir?», «¿habré hecho algo indebido para que me pase esto?»).

El paciente presenta todo un complejo psíquico de males futuros que podrían derivar de una enfermedad cardíaca, o de errores pasados que puedan haber llevado a que su corazón no funcione bien o esté en peligro. Al mismo tiempo tiene una atención selectiva y exagerada hacia las sensaciones que proceden del tórax, produciéndose el fenómeno de la amplificación sensorial. Cualquiera de estas sensaciones ocupa todo el campo de la conciencia del sujeto hipocondríaco y es explicada en

todas sus vertientes amenazantes. Por ello, el paciente busca reaseguramiento continuo sobre el carácter inofensivo de su dolor, solicita pruebas una y otra vez, pero su incertidumbre y su ansiedad no disminuyen con los consejos médicos. La hipocondriasis se acaba transformando en desconfianza, agresividad, y cambio y peregrinaje por los médicos; con frecuencia ha sido precedida por cuadros ansioso-fóbicos detonantes del desarrollo hipocondríaco.

El núcleo de la enfermedad en estos pacientes de características obsesivo-hipocondríacas es la intolerancia a la incertidumbre y la dificultad para dar por válida una información (conmutar). Siempre les surgen dudas: si le han contado todos los detalles al médico, si éste les habrá escuchado bien o si el doctor tendría un buen día, etc. El paciente sigue teniendo dudas y además no tolera ningún nivel de incertidumbre. Éstas son características de las personalidades y de los fenómenos obsesivos. Se trata de pacientes que necesitan que la información sea precisa y detallada, sin ambigüedades. En algunos casos puede ser de utilidad un tratamiento psicológico de tipo cognitivo-conductual. Estas técnicas van dirigidas a modificar los estilos anómalos de pensamiento que conllevan generalizaciones negativas, necesidad de certidumbre, comprobación, pensamiento circular, etc.

Somatización como actitud vital

En otros pacientes, las conductas de enfermedad y la cronidad de los síntomas cardíacos están regidas no tanto por la angustia de la incertidumbre como por la necesidad inconsciente de recibir atención y afecto. Es el caso de las somatizaciones denominadas en las clasificaciones actuales *trastornos por somatización*. Se trata ahora de pacientes en los que predominan la dependencia, la necesidad de estimación y el egocentrismo. Los síntomas son más inconcretos y cambiantes, y a menudo forman parte de un cortejo sintomático múltiple que incluye otros aparatos corporales. Pueden notar molestias o dolor torácico, sensación de falta de aire, palpitaciones, mareos o debilidad. Este tipo de pacientes no presenta como vivencia principal la preocupación obsesiva por los detalles de su posible enfermedad, sino la vivencia de incapacidad y enfermedad. No le preocupa tanto como al obsesivo-hipocondríaco si el médico es competente y si realiza su trabajo con perfección detallista. En estos casos, lo que él anhela es que el médico entienda y reconozca afectivamente su malestar y sufrimiento.

En el paciente con trastorno por somatización deben encontrarse signos de ganancia primaria y secundaria. La primaria se refiere a los beneficios inconscientes que puede reportarle, como la canalización de la agresividad, la obtención de estimación, el establecimiento de vínculos especiales o el escape de vivencias de frustración intolerables. La ganancia secundaria consiste en una exageración de los aspectos normales del rol de enfermo, como la dependencia y la evitación de responsabilidades.

Este paciente somatizador se hace dependiente del médico y necesita sentir que éste se muestra interesado por él y que le quiere. En estos casos se hace evidente que el síntoma cardíaco da sentido a todas las frustraciones afectivas y vitales del paciente y se convierte en su justificación para recibir atención y afecto. Si la atención especial no se consigue, la hostilidad (generalmente contenida) y la devaluación del médico son el siguiente estadio.

En todo caso, no debe olvidarse que estas conductas no son del todo intencionadas, ni los motivos claramente conscientes. El paciente, a diferencia del trastorno facticio o síndrome de Münchhausen, cree en sus molestias torácicas y en su enfermedad cardíaca y no tiene conciencia de estar fingiendo u obrando de manera regresiva.

La reacción adaptativa a la enfermedad cardíaca

El porcentaje de pacientes con enfermedades cardíacas que sufren algún trastorno depresivo de distinto grado supera el 50%. A esta elevada proporción contribuyen varios factores:

- El perfil de los pacientes que sufren cardiopatía isquémica o enfermedad coronaria. Estas personas representan con frecuencia el perfil de individuo muy activo y con tendencia a la negación de las dificultades y de las insuficiencias (patrón de tipo A). Estos sujetos son especialmente sensibles a padecer cuadros depresivos ante la percepción de la limitación o de la vulnerabilidad, lo que hace más difícil su recuperación psicológica.
- La naturaleza simbólica misma de la enfermedad cardíaca. El funcionamiento del corazón es percibido y sentido como el factor limitante, el fundamental, de la propia vida. No ocurre así con el hígado, los pulmones o los riñones, ni siquiera

en el caso de pacientes bien informados de la patología general. La amenaza del fallo cardíaco es directa e inmediata, de manera que es difícil sentirse libre y desvuelto con ella. Una parte importante del funcionamiento vital se basa en la negación de las posibles amenazas externas e internas. Ello permite tener un ánimo bueno e incluso alegría, a pesar de las amenazas que se ciernen cada día sobre las personas. El cardiópata tiene dificultades para esta negación funcional por la inmediatez misma de la relación entre el corazón y la vida. Por ello, la cardiopatía, sobre todo la isquémica o coronaria (angina, infarto y muerte súbita), va unida a un sentimiento íntimo de pérdida: de la salud, de la potencialidad y del futuro y de la imagen idealizada de uno mismo. Este sentimiento de pérdida está en la base del síndrome depresivo reactivo a estas enfermedades.

- Las consecuencias de la enfermedad cardíaca van, por lo general, ligadas a la restricción de la actividad en diversas facetas. Es un trastorno difícil de esconder y de disimular. La vivencia de limitación se corresponde, en este caso, con su percepción del entorno. La sensación de invalidez es especialmente marcada en las enfermedades cardíacas.

La depresión en el paciente cardiópata, bien en forma de reacción adaptativa o de depresión mayor consolidada, debe ser tratada con firmeza. Esto ha de ser así en beneficio del propio bienestar del paciente y de su recuperación psicológica, y también porque la depresión condiciona una peor evolución de la cardiopatía, según se mencionó anteriormente. El tratamiento conlleva, por lo general, una combinación de fármacos antidepressivos y de medidas psicoterapéuticas encaminadas a superar los sentimientos de pérdida funcional y de la autoimagen.

Consultas más frecuentes

¿Cómo se puede saber si las palpitaciones indican una enfermedad cardíaca grave o un ataque de ansiedad?

No hay claves exactas. Si se dan con frecuencia esas palpitaciones, conviene descartar causas cardiovasculares. Si sólo se han producido a la vez que un cuadro de intenso miedo, sensación de ahogo y temblor, es muy posible que se trate de un ataque de pánico.

¿Existe más riesgo de sufrir un infarto cuando se tiene mucha ansiedad?

Los trastornos por ansiedad, con síntomas de temor, fobias u obsesiones, no se acompañan de más infartos. Son más peligrosos para el riesgo de infarto los signos de estrés.

¿Cuál es la diferencia entre el estrés y la ansiedad?

La ansiedad es consecuencia del estrés. El estrés es la tensión, pero a veces no se siente como ansiedad. Las personas que tienen mucho estrés, pero no tienen ansiedad ni preocupación, presentan un riesgo mayor de infartos.

¿La depresión es un cuento de personas débiles y poco luchadoras?

En absoluto. La depresión es un estado de enfermedad ocasionado por una anomalía en los mecanismos cerebrales de respuesta psíquica. Quienes piensan que la depresión es un signo de debilidad muchas veces están llevando a cabo mecanismos de negación de sus propias emociones y de su propio estrés, y tienen mayor riesgo de sufrir enfermedades cardíacas.

¿Cómo puede distinguirse si una preocupación es real o hipocondríaca?

No hay una línea de separación nítida entre la preocupación normal y la no razonable, pero si ésta es repetitiva, no se aparta de la mente, deprime el ánimo, altera el ritmo normal de vida y no se reduce con las aclaraciones de los médicos, casi con seguridad no se trata de una preocupación real, sino más bien de una hipocondríaca.

Glosario

Agregación plaquetaria: fenómeno por el cual las plaquetas de la sangre se agrupan y adhieren entre sí para formar coágulos.

Alexitimia: incapacidad para sentir íntimamente las emociones y expresarlas en el lenguaje.

Amplificación sensorial: fenómeno por el cual el cerebro magnifica la información procedente de las terminaciones nerviosas sensoriales.

Ansiedad: estado de temor, preocupación, inquietud e inhibición, asociado a veces, pero no siempre, a acontecimientos externos amenazantes.

Conducta evitativa: conducta de huida por la que se evitan situaciones que producen miedo.

Depresión: estado de decaimiento del ánimo, tristeza, cansancio, pérdida de motivación y energías, visión negativa de uno mismo y de la vida y pérdida de concentración. No tiene por qué estar causada directamente por acontecimientos negativos.

Disregulación noradrenérgica: alteración de la función de la noradrenalina.

Estrés: tensión corporal y psíquica asociada al enfrentamiento con las condiciones del entorno.

Fobia: temor intenso e irracional a algún acontecimiento, situación u objeto.

Hipocondriasis: preocupación excesiva y repetitiva por la salud o por padecer alguna enfermedad particular, que no se reduce o alivia con las explicaciones de los médicos.

Histeriforme: de apariencia teatral y exagerada, generalmente se asocia a la necesidad, inconsciente, de obtener atención y reconocimiento.

Narcisismo: proyección vital centrada exclusivamente en el cultivo de la propia imagen, con insensibilidad hacia otros aspectos y personas.

Paciente evitador: enfermo que presenta conductas evitativas.

Síndrome de Münchausen: enfermedad psiquiátrica en la que el paciente finge o se inventa dolencias, incluso se las provoca él mismo, para llamar la atención del médico y ser tratado como un enfermo.

Sistema simpático-adrenérgico: neuronas del sistema nervioso que producen noradrenalina y adrenalina y que constituyen el denominado sistema simpático. La activación de éste produce taquicardia, sudoración y otros síntomas relacionados con la ansiedad.

Somatización: manifestación de las emociones en forma de síntoma corporal.

Trastornos somatomorfos: trastornos emocionales que se manifiestan en forma de síntomas somáticos o corporales.

Bibliografía

LEVENSON, J. L., ed. *Tratado de medicina psicosomática*. Barcelona: Ars XXI, 2006.

LÓPEZ-IBOR, J. J. *Las neurosis como enfermedades del ánimo*. Madrid: Gredos, 1966.

—. *El cuerpo y la corporalidad*. Madrid: Gredos, 1972.

SHEPS, D. S., y D. SHEFFIELD. «Depression, anxiety and the cardiovascular system: the cardiologist perspective». *Journal of Clinical Psychiatry* 62, supl. 8 (2001): 12-16

VALDÉS, M., T. DE FLORES FORMENTI, A. TOBEÑA PAYARÉS, y J. MASSANA. *Medicina psicosomática. Bases psicológicas y fisiológicas*. México, D. F.: Trillas, 1983.

Resumen

- La relación entre el sistema psíquico y el aparato cardiovascular es muy estrecha debido a que este último está muy conectado con el cerebro a través de las terminaciones nerviosas. Las emociones se reflejan de una manera especial en el funcionamiento cardíaco y en la tensión arterial.
- El estrés mantenido en personas muy ambiciosas y agresivas puede aumentar la probabilidad de sufrir enfermedades cardiovasculares e hipertensión. Este riesgo es mayor en aquellas personas que no son conscientes del estrés con el que viven y que niegan sus problemas y sus emociones. La incapacidad para expresar y sentir íntimamente las emociones se llama *alexitimia* y está relacionada también con el padecimiento de enfermedades cardiovasculares.
- Algunas personas tienen síntomas de enfermedad cardiovascular sin padecerla realmente. Algunas de ellas lo que sufren es ansiedad y crisis de angustia, que se

reflejan en síntomas cardíacos denominados *trastornos fóbico-ansiosos*. Otras personas tienen un temor y una preocupación constantes por padecer una enfermedad cardíaca. Son los denominados *hipocondriacos*: se observan a sí mismos de manera obsesiva y no se tranquilizan aunque los médicos les digan que su corazón está bien.

- Algunas personas reflejan sus frustraciones vitales en síntomas de apariencia cardiopulmonar. Éste es el denominado *trastorno por somatización*, en el que la enfermedad se convierte en una forma de vida alternativa para la persona, que de esta manera escapa inconscientemente de otras situaciones vitales que le resultan más duras.
- El padecimiento de enfermedades cardíacas afecta marcadamente al estado psicológico de los individuos, principalmente en forma de depresión. Ésta empeora la evolución de las enfermedades cardiovasculares y debe por ello ser tratada en todos los casos.

