



ASPACACOR

Asociación de Pacientes
Cardíacos de Córdoba y Provincia)

"Un corazon, una vida,
un camino compartido"

VII

REVISTA DE ASPACACOR

AÑO 2026

EDITA

ASPACACOR (Asociación de Pacientes
Cardíacos de Córdoba y Provincia

C/libertador José Gervasio Artigas, s/n.
Edif. Centro Guadalquivir

14013 - Córdoba

aspacacor@gmail.com

COMITÉ EDITORIAL

Directora:

M.^a José de la Torre Barbero

Editores

Mercedes Castro Román

Ana Rodríguez García

INSCRÍBIETE



ÍNDICE DE CONTENIDOS

EDITORIAL..... 4

QUIEN SOMOS..... 6

Misión, Visión y Valores

Junta directiva

VIDA EN LA ASOCIACIÓN..... 8

Agenda de Actividades

PROGRAMAS..... 16

Participación en jornadas y congresos

Actividades de Formación

Apoyo a la investigación

CONOCIMIENTO Y SALUD..... 22

Sexualidad en personas con cardiopatas: no te pongas límites

Obesidad y salud cardiovascular: entender la relación para cuidar mejor el corazón

El impacto psicosocial de la enfermedad cardíaca: una mirada necesaria con perspectiva de género

DIÁLOGOS CON LA CIENCIA..... 40

Entrevista Dr. Oriol Rangel Zúñiga

EDUCACION Y AUTOCUIDADO..... 44

Ejercicio físico en la mujer: cuidar el corazón en cada etapa de la vida

TESTIMONIOS..... 48

Patologías del *Corazón*



Infarto de Miocardio



Arritmias



Insuficiencia Cardíaca



Valvulopatías



EDITORIAL

El corazón en el centro: el nuevo humanismo sanitario

La sanidad actual está viviendo su metamorfosis más ambiciosa: el paso del tratamiento de la patología al cuidado integral de la persona. En este escenario, el paciente ya no es un espectador de su proceso, sino el protagonista absoluto de una narrativa asistencial que gira, cada vez con mayor claridad, en torno a sus necesidades, valores y expectativas.

En el ámbito de la cardiología, hemos comprendido que la tecnología y los fármacos son solo una parte de la ecuación. El verdadero éxito terapéutico reside en el empoderamiento del paciente: un paciente informado, formado y con voz es, sin duda, un paciente con mejor pronóstico. Ser protagonista no es solo una etiqueta; es la capacidad real de decidir, de comprender la propia cronicidad y de transformar el estilo de vida desde la autonomía y la corresponsabilidad. Supone, además, asumir un rol activo en la adherencia terapéutica, en la prevención de recaídas y en la construcción de hábitos sostenibles en el tiempo.

En este cambio de paradigma, ASPACACOR se consolida como un actor institucional indispensable. Somos el puente que conecta la experiencia cotidiana del paciente con el rigor del sistema sanitario, traduciendo necesidades en propuestas y evidencia en acción. Nuestra labor se centra en profesionalizar la voz del paciente mediante la formación de expertos, el desarrollo de competencias en salud y la defensa activa de sus derechos, impulsando así un modelo de atención más humano, más participativo y, en consecuencia, más eficaz.

Uno de los hitos más significativos de nuestra trayectoria es la incursión en la investigación participativa. Estamos rompiendo los muros tradicionales de los laboratorios para incorporar el “valor del síntoma vivido”, una dimensión que aporta matices esenciales a la evidencia científica. Integrar la experiencia del paciente en los procesos de investigación no es ya una concesión simbólica, sino una necesidad metodológica para avanzar hacia una medicina más útil, más precisa y más alineada con la realidad social. Este

enfoque enriquece los resultados, mejora la relevancia clínica y favorece la toma de decisiones compartidas.

Para que el paciente tenga un papel protagonista de verdad, es imprescindible un esfuerzo conjunto y un cambio profundo en la forma de pensar, tanto en la consulta como en el entorno personal y familiar. Se requiere tiempo, formación y voluntad de transformación por parte de todos los agentes implicados. No es un camino sencillo, pero sí imprescindible. Se trata, en definitiva, de pasar de declarar que el paciente está en el centro a situarlo realmente en él, con herramientas, apoyo y reconocimiento efectivo.

Porque cuando el paciente se implica, comprende su proceso y toma las riendas de su salud, no solo mejora su calidad de vida y su pronóstico clínico: también contribuye a construir un sistema sanitario más eficiente, más sostenible y humano.

Alfonso Otero Jiménez

Presidente de ASPACACOR

¿QUIEN SOMOS?

ASPACACOR (Asociación de Pacientes Cardíacos de Córdoba y Provincia) es una asociación sin ánimo de lucro dedicada a mejorar la calidad de vida de pacientes cardíacos y sus familias mediante apoyo, información y acompañamiento integral. Facilitamos la autogestión de la enfermedad, la prevención y la reincorporación social, integrando siempre un enfoque de género que atiende las necesidades, riesgos y vivencias específicas de hombres y mujeres.

Misión

Trabajamos para mejorar la calidad de vida de personas con enfermedades cardiovasculares, sus familias y allegados mediante apoyo integral y perspectiva de género. Promovemos prevención, rehabilitación cardíaca e investigación para una atención más humana y eficaz, reduciendo desigualdades en salud cardíaca

Visión

"Ser la asociación líder en salud cardiovascular equitativa, impulsando una sociedad consciente que integre la perspectiva de género en la investigación, prevención y tratamiento para eliminar sesgos y garantizar una atención innovadora y una calidad de vida óptima para todas las personas sin distinción."

Valores

- Colaboración y participación
- Compromiso
- Educación y sensibilización
- Empatía y respeto
- Equidad y perspectiva de género
- Innovación e investigación
- Promoción de la salud con enfoque de género
- Resiliencia
- Solidaridad
- Transparencia y ética
- Humanismo ecológico

JUNTA DIRECTIVA

NOMBRE	APELLIDOS	CARGO
Alfonso	Otero Jiménez	Presidente
Mercedes	López Pardo Martínez	Vicepresidenta
María José	De La Torre Barbero	Secretaria
Pedro	Espinosa Exposito	Tesorero
Gema	Páez Mora	Vocal
Manuel	Cruz Gimera	Vocal
Manuel	Gómez Cerro	Vocal
Esteban	Fernández Hormigo	Vocal
Josefa	Cámara Pérez	Vocal
Antonio	Herencia Lastre	Vocal
Carmen	Ruiz Muñoz	Vocal
ANGELES	HEREDIA TORRES	Vocal
Miguel A	Torrco Fontalba	Vocal Territorial

VIDA EN LA ASOCIACIÓN

AGENDA DE ACTIVIDADES



Miembros de ASPACACOR en el I Encuentro de Entidades

I encuentro de Entidades del Voluntariado

Fecha: 20 de septiembre de 2025

Lugar: Jardín Botánico de Córdoba

Participación: 45 entidades/ 500 asistentes

Representación de ASPACACOR: Más de 20 miembros

ASPACACOR participó en el I Encuentro de Entidades del Voluntariado de Córdoba, un espacio de colaboración que reunió a asociaciones comprometidas con la acción social. La jornada sirvió para compartir experiencias, dar visibilidad a proyectos y reforzar el trabajo en red, además de acercar a la ciudadanía la realidad de las personas con enfermedad cardiovascular y la importancia del acompañamiento voluntario.



Miembros del equipo de la gincana

El 20 de septiembre de 2025, el Jardín Botánico de Córdoba acogió el I Encuentro de Entidades, en una jornada de convivencia, participación y visibilización de las entidades sociales de la provincia.

Durante el acto, ASPACACOR promovió hábitos saludables mediante talleres de alimentación, charlas breves, control de constantes y orientación sobre riesgo cardiovascular.

Más de 20 miembros de la asociación participaron durante toda la jornada, en la atención al público, organización de las actividades y en la gincana intergeneracional.

ASPACACOR reafirma su compromiso con la salud cardiovascular y el voluntariado. El encuentro fortaleció la colaboración entre entidades y su labor en red. Además, acercó a la ciudadanía la importancia de la prevención y el autocuidado.

Miembros de ASPACACOR en diferentes actividades durante la jornada



ASPACACOR brilla en el X Aniversario de COCEMFE con un sentido tributo a la trayectoria de Alfonso Otero

En octubre de 2025 se celebró el X Aniversario de Córdoba Inclusiva COCEMFE, acto en el que se rindió un reconocimiento a Alfonso Otero Jiménez, presidente de ASPACACOR y uno de los fundadores de la entidad, por su contribución al desarrollo del movimiento asociativo y a la defensa de los derechos de las personas con discapacidad.



Reconocimiento al Presidente de ASPACACOR

ASPACACOR apoya la Guía “Salud Cardiovascular en la Farmacia”



En noviembre de 2025, ASPACACOR participó en la presentación de la guía “Salud cardiovascular en la farmacia”, celebrada en el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Córdoba. Esta iniciativa pone en valor el papel de la farmacia comunitaria como agente clave en la prevención, detección precoz y seguimiento de los factores de riesgo cardiovascular.

Seis años de lucha dan sus frutos: Luz verde a la gran remodelación de la Unidad de Rehabilitación Cardíaca

Tras más de un lustro de reivindicaciones constantes, ASPACACOR logra que el Hospital Universitario Reina Sofía apruebe un ambicioso proyecto de mejora que integrará las áreas de Rehabilitación y Neurofisiología.



Visita de la Delegada de Salud a las instalaciones de Rehabilitación Cardíaca

Un hito histórico para el corazón de Córdoba

Lo que comenzó hace seis años como una demanda necesaria se ha convertido hoy en una realidad tangible. Gracias a la persistencia de ASPACACOR, se ha aprobado finalmente la remodelación y ampliación de la Unidad de Rehabilitación Cardíaca, un espacio crítico para la recuperación de quienes han sufrido una enfermedad del corazón. Este proyecto no solo renovará la unidad, sino que se integra en una actuación de mayor calado que transformará por completo las áreas de Rehabilitación y Neurofisiología del Hospital Reina Sofía.



Visita institucional y compromiso firme

El 27 de noviembre, la delegada de Salud, María Jesús Botella, visitó la Unidad junto a la Dirección del Hospital y responsables médicos como el Dr. López Aguilera y la Dra. Ángela Heredia. Este encuentro, precedido por una firme reclamación de ASPACACOR el día 17, sirvió para reafirmar el compromiso institucional de ampliar y modernizar el espacio ante el

dido por una firme reclamación de ASPACACOR el día 17, sirvió para reafirmar el compromiso institucional de ampliar y modernizar el espacio ante el

Reunión en la Delegación de Salud

aumento de pacientes.

La voz del paciente como motor del cambio

Este avance no es fruto de la casualidad, sino de un trabajo técnico y humano riguroso. Recientemente, ASPACACOR mantuvo una reunión estratégica con la Dirección Gerencia del hospital para presentar un informe exhaustivo sobre la calidad percibida por los pacientes. Este documento ha permitido que el movimiento asociativo aporte la visión directa del usuario al proyecto de mejora, asegurando que el nuevo servicio sea:

“Más humano y cercano, centrado en las necesidades reales de la persona”

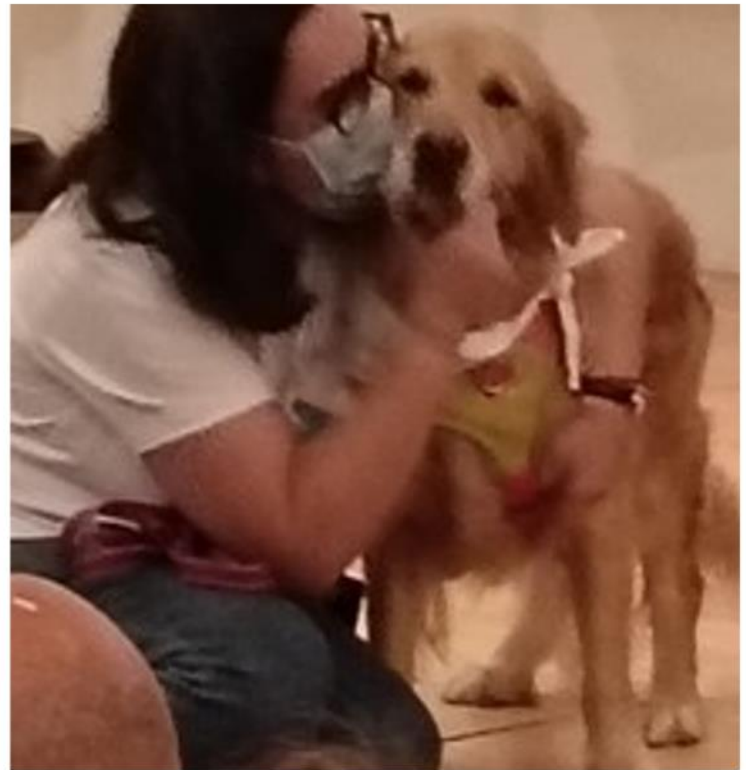
Un modelo de excelencia, donde ASPACACOR actúa como interlocutor válido y

colaborador esencial en la evaluación del sistema sanitario. Desde la asociación seguimos trabajando para supervisar que este paso adelante se traduzca en una unidad de vanguardia para nuestra provincia.



Reunión con la dirección gerencia

ASPACACOR se suma a la celebración del 50 Aniversario del Reina Sofía y al nuevo programa de humanización



Presencia de ASPACACOR en los actos del 50 aniversario del HURS y del programa de Humanización

ASPACACOR ha reafirmado su compromiso institucional mediante su asistencia a los actos conmemorativos del 50 Aniversario del Hospital Universitario Reina Sofía. La asociación estuvo presente en la puesta de largo del logotipo oficial y en la presentación del programa de actividades que celebrará este medio siglo de historia sanitaria en Córdoba. Además, los representantes de la entidad acudieron a la presentación del nuevo Programa de Humanización del

centro hospitalario. con esta presencia, ASPACACOR respalda las iniciativas que buscan una atención más cercana y centrada en la persona. Nuestra asistencia a estos eventos permite mantener un vínculo directo con la actualidad y los avances del hospital de referencia. Se trata de un gesto de apoyo al centro en una etapa de transformación. Esta participación institucional consolida a la asociación como agente colaborador en el entorno sanitario.

Esteban Fernández, un corazón al servicio de los demás

El 5 de diciembre, Día Mundial del Voluntariado celebrado en el Palacio de la Merced, nuestro compañero Esteban Fernández Hormigo, responsable del voluntariado de ASPACACOR, fue distinguido por la Plataforma del Voluntariado de Córdoba por su entrega y compromiso con ASPA-CACOR, destacando su calidad humana y cercanía.



Reconocimiento a Esteban Fernández

ASPACACOR agradeció el ejemplo y la dedicación de Esteban Fernández y su forma de entender el voluntariado, siempre con el corazón por delante. En el mismo acto se destacó la participación en la gincana intergeneracional de la Plataforma del Voluntariado, reforzando el compromiso solidario de la asociación.

Gratitud a quienes cuidan nuestro corazón en Navidad



Felicitación de ASPACACOR al servicio de Rehabilitación Cardíaca

ASPACACOR trasladó su felicitación navideña a todos los profesionales sanitarios, por el compromiso con los pacientes cardíacos. La asociación reconoció la labor que realizaron a lo largo del año, marcada la humanidad y el apoyo constante. También expresó su gratitud por el acompañamiento que ofrecieron a las familias. Con este mensaje, ASPACACOR quiso poner en valor su trabajo y desearles unas fiestas llenas de salud y reconocimiento.

"Agenda de trabajo: Reuniones clave con la Gerencia del Hospital, el PSOE y el tejido asociativo"

ASPACACOR se ha reunido con la Dirección Gerencia del hospital para evaluar el convenio vigente con el mismo.

Tras la revisión de resultados, el balance ha sido muy positivo y el convenio ha sido renovado por un año más, garantizando la continuidad del trabajo de la asociación en el hospital.



Reunión Gerencia del HURS

ASPACACOR inicia una ronda de reuniones con grupos políticos para trasladar las necesidades de los pacientes cardiovasculares. En el encuentro con el PSOE, priorizamos la atención en: prevención, la rehabilitación, la atención psicológica y el acompañamiento tras el alta.



Reunión con el PSOE

ASPACACOR ha participado en la Asamblea Ordinaria y Extraordinaria de la Plataforma del Voluntariado donde se presentó la Memoria 2025, las nuevas incorporaciones a la Plataforma y el Plan 2026, reforzando el compromiso con el trabajo en red y la participación social.



1Reunión Plataforma del Voluntariado

PROGRAMAS

PARTICIPACIÓN EN CONGRESOS Y JORNADAS



Vista de los asistentes a las VI Jornadas de ASPACACOR

VI Jornadas ASPACACOR: Las enfermedades cardíacas en la mujer una realidad oculta

Las VI Jornadas ASPACACOR reunieron el 15 de octubre en el Palacio de la Merced a pacientes, familiares y profesionales para abordar un reto aún poco visible: las patologías cardíacas en la mujer. Una mañana de divulgación, ciencia y participación que obtuvo una valoración sobresaliente y reafirmó el compromiso de la asociación con la salud cardiovascular femenina.

La jornada fue inaugurada por las autoridades y continuó con un programa científico que abordó la salud cardiovascular femenina desde múltiples perspectivas. Entre las ponencias destacaron el impacto de la obesidad en la salud del corazón, las diferencias de síntomas entre hombres y mujeres, los cuidados en la insuficiencia cardíaca, el impacto psicosocial de la enfermedad y los avances

en cirugía cardíaca. El evento concluyó con una exposición sobre la importancia del ejercicio físico adaptado en las distintas etapas de la vida de la mujer.

Los asistentes valoraron de forma sobresaliente la calidad de las intervenciones, la organización y la utilidad del contenido, consolidando estas jornadas como un referente divulgativo en Córdoba.

Un evento con impacto real



"PROPUESTAS PARA NUEVAS EDICIONES"

- ✓ **Contenidos:** Seguir ampliando los temas científicos y sanitarios tratados.
- ✓ **Participación:** Reforzar la presencia activa de pacientes y familiares en los eventos.
- ✓ **Enfoque:** Mantener el análisis de las patologías cardíacas con perspectiva de género (mujer) y edad (+60).

Participación en las 9ª Jornadas Multidisciplinares Andaluzas de Cardiología Preventiva



2 9ª Jornadas Multidisciplinares Andaluzas de Cardiología Preventiva

ASPACACOR estuvo presente en las 9ª Jornadas Multidisciplinares Andaluzas de Cardiología Preventiva, un encuentro de referencia para profesionales y pacientes comprometidos con la salud cardiovascular. La asociación participó con una ponencia de Pedro Espino Expósito sobre los programas de Paciente Experto, clave para el acompañamiento entre iguales, la adherencia terapéutica y el autocuidado.

Además, en el marco de las jornadas, se celebró una sesión para pacientes con la asistencia de 37 miembros de ASPACACOR, reflejando su compromiso con la prevención, el aprendizaje y el autocuidado, así como el apoyo mutuo y los hábitos saludables.

Desde ASPACACOR agradecemos a los organizadores de las jornadas haber hecho posible este espacio.

ACTIVIDADES DE FORMACIÓN

Charlas y Talleres

A lo largo del periodo evaluado, la asociación ha realizado un total de 10 actividades formativas y de apoyo directo, entre talleres, sesiones de pacientes expertos, acciones psicosociales y jornadas de sensibilización, complementando la atención sanitaria y reforzando la prevención y el autocuidado.



3 Cartel de la Jornada de cuidadoras y fotos de los asistentes



Formación del Voluntariado

Varios miembros de la Junta Directiva han participado en el programa de formación promovido por la Plataforma del Voluntariado de Córdoba, orientado al fortalecimiento del tejido asociativo y al cumplimiento de las obligaciones legales, administrativas y organizativas de las entidades sin ánimo de lucro. Esta formación ha permitido mejorar la gestión interna, el trabajo en red y la búsqueda de recursos, repercutiendo de manera positiva en la calidad de la acción voluntaria desarrollada por ASPACACOR.

El conjunto de las acciones realizadas durante 2025 refleja el firme compromiso de ASPACACOR con la promoción de un voluntariado formado, participativo y alineado con los valores de la entidad



APOYO A LA INVESTIGACIÓN

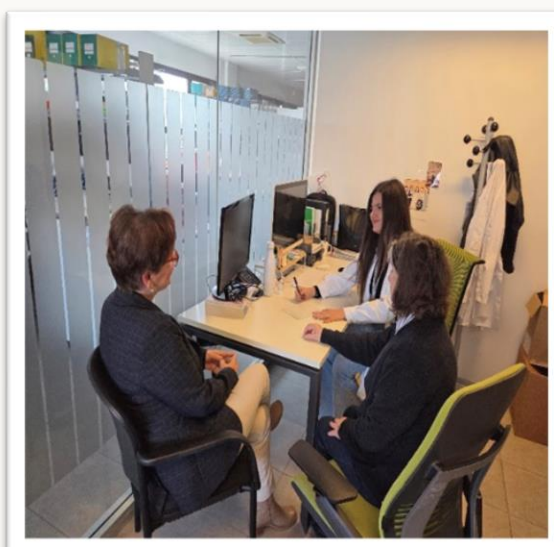
En 2025, ASPACACOR ha reforzado su compromiso con la investigación cardiovascular, apoyando proyectos sobre prevención, diagnóstico precoz y nuevos tratamientos, incluyendo estudios en microbiota, epigenética e insuficiencia cardíaca.



Reunión Dr. Oriol Rangel

En febrero, se reunió con el Dr. Oriol Rangel Zúñiga, quien informó de la concesión de la subvención para el proyecto “Epigenetic score for prediction of recurrence of cardiovascular events (CORDIOPREV-EpiRecCar).

Asimismo, la entidad ha sido invitada a colaborar en el ensayo “High-Intensity Interval Training for Patient-Reported Outcomes in Women with Heart Failure”, centrado en ejercicio en mujeres con insuficiencia cardíaca.



Reunión Dra. Ana Ojeda

Además, ASPACACOR apoya el proyecto “El envejecimiento biológico como determinante de trayectorias metabólicas divergentes en pacientes con enfermedad coronaria: modulación dietética en CORDIOPREV” (PI26/01969), liderado por la investigadora Ana Ojeda Rodríguez.

La asociación refuerza así su papel en acercar la investigación a los pacientes y fomentar la colaboración entre profesionales, científicos y entidades sociales.

CONOCIMIENTO Y SALUD

SEXUALIDAD EN PERSONAS CON CARDIOPATÍAS: NO TE PONGAS LÍMITES

Autora: Carmen Jurado Luque. Sexóloga y Enfermera Responsable de la Consulta de Salud Sexual del Hospital Universitario



Hace años, cuando le explicaba a mi fisioterapeuta mis lesiones de columna y todas las limitaciones que yo misma daba por supuestas, me dijo: “No te pongas límites”. Me invitó a explorar, a experimentar, a dejar de asumir restricciones que a veces nacen más de nuestras creencias que de la realidad. Me dio permiso.

Con el tiempo comprendí que ese mensaje es completamente aplicable a la sexualidad, especialmente cuando aparece una enfermedad. Como señalaba Efigenio Amezuía; uno de mis grandes Maestros de la Sexología, se trata de buscar qué apetece. Y como también apuntaba José Antonio Carrobbles; otro de mis profesores, se trata también de darnos permiso. Yo añadiría algo más: que ese permiso nos lo den —y nos lo confirmen— los y las profesionales que llevan nuestro caso. Porque sí, hay un antes y un después tras un evento cardíaco. Pero ¿significa eso que “se terminó todo”? ¿Que “ya no valgo para nada”? ¿Qué es mejor tirar la toalla? Rotundamente, no.

“La sexualidad no desaparece con la enfermedad: nos acompaña desde que nacemos hasta que morimos”.

CADA PROCESO ES DIFERENTE

Cada persona, cada cardiopatía y cada tratamiento son distintos. No es lo mismo una cardiopatía isquémica que una insuficiencia cardiaca, una intervención valvular o una hipertensión de larga evolución. Tampoco todas las personas afrontan la enfermedad del mismo modo.

A lo largo de mi trayectoria profesional he escuchado frases como estas tras un infarto o un diagnóstico cardiaco:

Tengo miedo de que me dé un infarto si tengo relaciones."

"Me da miedo que le pase algo a mi pareja."

"Ya no siento deseo."

"Tengo sequedad."

"No consigo mantener la erección."

Claro que la enfermedad cardiovascular puede afectar a la sexualidad. Sabemos que la hipertensión, la cardiopatía isquémica y otros procesos vasculares se asocian a mayor prevalencia de disfunción eréctil en los hombres, y que en las mujeres pueden aparecer disminución del deseo, dificultades de excitación, sequedad o dolor. Algunos estudios estiman que entre el 40% y el 70% de los hombres con una enfermedad

cardiovascular presentan algún grado de disfunción eréctil, y un porcentaje significativo de mujeres refiere cambios en su respuesta sexual tras un evento cardiaco.

Pero que algo sea frecuente no significa que sea inevitable ni irreversible.

EROTOFOBIA O EROTOFILIA: LA ACTITUD IMPORTA

No todas las personas reaccionan igual. La vivencia dependerá, entre otras cosas, de la actitud ante la sexualidad — más o menos interés por experiencias eróticas—, del nivel de miedo, de los conocimientos previos, de los modelos aprendidos y de los guiones eróticos asumidos.

Vivimos en una cultura profundamente coitocéntrica y genitalista. Se ha reducido la sexualidad al rendimiento, al coito y, en el caso de los hombres, a la erección. Cuando esta falta, muchos expresan: "Entonces ya no sirvo para nada". En una cultura del "empotramiento", la erección se convierte en la herramienta imprescindible para validar la masculinidad. Un error que puede producir frustración, fracasos y baja estima.

En el caso de algunas mujeres, todavía encontramos discursos que manifiestan culpa y servilismo: "Vengo a buscar ayuda porque tengo al pobre...", dicen algunas pacientes con enfermedades cardiacas, preocupadas más por

cumplir que por disfrutar, movidas por el miedo al abandono o por un mandato cultural que antepone el deseo del otro al propio.

En este terreno, el trabajo pasa por acompañar al descubrimiento del propio

psicoerotismo, como planteaba Fina Sanz: reconectar con el deseo propio, con el derecho al placer y con la vivencia subjetiva de la sexualidad.

LA SEXUALIDAD ES UN DERECHO HUMANO



Derechos sexuales reconocidos

En 1997, durante el 13º Congreso Mundial de Sexología celebrado en Valencia, en el que participó un gran amigo sexólogo; Vicent Bataller, comenzó la Declaración de los Derechos Sexuales. Estos

derechos reconocen que la sexualidad forma parte de la dignidad humana en cualquier etapa de la vida. Son Derechos Humanos Universales.

Entre ellos destaco el derecho al acceso a los avances científicos en materia de salud sexual y el derecho a tener experiencias sexuales placenteras, satisfactorias y seguras.

La sexualidad no desaparece con la edad ni con la enfermedad. Nos acompaña desde que nacemos hasta que morimos. Y como diría otro gran Sexólogo; Manuel Lucas, también nos acompaña la sed de piel. Existen tantas sexualidades como personas; cada cual tiene una experiencia única con sus propios modos, matices y peculiaridades



Derecho sexual número 8

Por eso sería más correcto hablar de “sexualidades”, en plural: diversas, cambiantes, únicas.

Sin embargo, la educación sexual ha sido escasa. Y, en ausencia de formación científica y humanista, la pornografía se ha convertido para muchas personas en modelo de referencia, generando expectativas irreales y guiones rígidos

que aumentan la frustración cuando el cuerpo no responde como “debería”.

La enfermedad cardíaca puede convertirse, paradójicamente, en una oportunidad para cuestionar esos guiones y construir una sexualidad más consciente, más libre y más auténtica.

IMPACTO PSICOLÓGICO Y RELACIONAL

Las enfermedades cardiovasculares no solo afectan al sistema circulatorio; impactan también en la salud mental. La depresión y la ansiedad son frecuentes tras un evento cardíaco. La autoimagen puede verse alterada por cicatrices, cambios físicos o limitaciones funcionales. La autoestima se resiente.

El miedo al esfuerzo, el temor a una recaída, la fatiga y los cambios de rol dentro de la pareja pueden disminuir la intimidad. A veces la pareja adopta una posición excesivamente protectora que, aunque bienintencionada, termina limitando el espacio erótico.

Cuando las preocupaciones sexuales no se abordan, pueden aparecer tensiones, malentendidos y distanciamiento. La comunicación y las habilidades sociales son fundamentales en el autocuidado de pacientes y de sus personas allegadas.

La sexualidad es un componente esencial del autoconcepto y de la calidad de vida, tanto en personas mayores como

en jóvenes. Ignorarla es descuidar una dimensión central de la salud.

MÁS ALLÁ DEL COITO: UNA INVITACIÓN A LA TERNURA

Reducir la sexualidad al coito es empobrecerla. La enfermedad cardíaca puede ser una oportunidad para ampliar el repertorio erótico y redescubrir otras formas de intimidad: caricias, abrazos prolongados, masajes, palabras, miradas, complicidad.

Invito desde aquí a la ternura. A amarnos y amar como personas, no como ejecutores de un guion. A preguntarnos: ¿qué me apetece realmente?, ¿cómo puedo disfrutar ahora?, ¿qué nos conecta?

La sexualidad no es una competición ni una prueba de rendimiento. Es encuentro.

RECURSOS Y AVANCES: NO TODO ESTÁ PERDIDO

La buena noticia es que hoy contamos con recursos eficaces para abordar la mayoría de las disfunciones sexuales asociadas a las cardiopatías. Existen tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, asesoramiento sexológico, intervenciones psicológicas, programas de rehabilitación cardíaca que incluyen educación en salud sexual.

También es importante considerar los efectos secundarios de algunos medicamentos y valorarlos con el equipo

médico. En muchos casos pueden ajustarse dosis o buscar alternativas.

La actividad física regular —adaptada a cada persona— mejora la función cardiovascular, el estado de ánimo y también la respuesta sexual. Los programas de educación sanitaria dirigidos a personas con cardiopatías que se desarrollan en el HURS han demostrado ser herramientas valiosas para recuperar seguridad y confianza.

Sin embargo, nada de esto sirve si no se habla.



Taller de sexualidad

PREGUNTAR ES UN ACTO DE AUTOCUIDADO

La sexualidad en personas con cardiopatías ha sido con frecuencia ignorada en la atención médica, no por falta de interés profesional, sino porque el tema no siempre se pone sobre la mesa.

Es clave que cada paciente lo plantee en consulta cuando lo necesite. El personal de cardiología puede orientar y derivar. Preguntar no es inapropiado: es un derecho.

Evaluar las creencias sobre la sexualidad, desmontar mitos y ofrecer información rigurosa reduce la ansiedad y mejora la calidad de vida.

UNA OPORTUNIDAD PARA REAPRENDER

Toda enfermedad crónica, incluida la cardiovascular, supone una crisis. Pero también puede ser una oportunidad para revisar prioridades, cuestionar automatismos y crecer.

Quizá sea el momento de dejar de cumplir guiones heredados. De abandonar la exigencia de “funcionar” y empezar a sentir. De explorar nuevos repertorios eróticos. De integrar la ternura como eje central del encuentro.

No se trata de negar las limitaciones reales. Se trata de no añadir límites imaginarios.

Si vive con una cardiopatía y siente que su vida sexual ha cambiado, lo importante es saber que no es algo que tengas que afrontar en soledad ni resignarte a ello. Se trata de una situación frecuente, para la que existe ayuda.

La sexualidad es un derecho humano fundamental que contribuye a una vida sana y satisfactoria. No desaparece con la enfermedad. Puede transformarse, adaptarse y enriquecerse.

No tires la toalla.

No te pongas límites antes de tiempo.

Permítete explorar y disfrutar

Permítete preguntar.

Porque incluso cuando **“el corazón ha enfermado, sigue siendo capaz de latir con deseo, con ternura, amor y vida.”**

Una invitación a la ternura. Ajuste del repertorio erótico

Sí me vieras, te darías cuenta...

Traigo un tesoro para compartir.

Empujada por la química;

Mí deseo se despierta.

¡¡En el lugar del encuentro habita mi fantasía favorita!!

Te miro y no estás;

Mí piel se convierte en dinero para comprar la idea del amor.

Salí de la cueva hace tiempo...

Este juego ya no es para procrear;

¡¡Negociemos nuestros placeres y será divertido y tierno!!

Carmen Jurado Luque

IMPACTO PSICOSOCIAL DE LA ENFERMEDAD CARDÍACA: MIRADA CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

Autor: Adrián Tejero Perea. Psicólogo Interno Residente. Hospital Universitario Reina Sofía



INTRODUCCIÓN

La enfermedad cardíaca constituye uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial siendo en nuestro entorno, una de las primeras causas de morbilidad. Su abordaje ha estado centrado en aspectos biomédicos: quirúrgicos, y programas de rehabilitación física.

- *"La enfermedad cardíaca no es solo un evento médico, es un acontecimiento vital que quiebra la biografía de la persona."*

Actualmente resulta evidente, que una enfermedad cardíaca no es únicamente un evento médico, sino un acontecimiento vital crítico que impacta en la biografía, la identidad y la vida cotidiana de la persona que la padece.

Sufrir un infarto de miocardio u otro evento cardiovascular supone, para muchas personas, el primer contacto real con la idea de enfermedad grave, vulnerabilidad corporal e incluso con la posibilidad de la propia muerte. Esta irrupción súbita quiebra la sensación de continuidad vital y obliga a iniciar un complejo proceso de adaptación psicológica y social que requiere tiempo, recursos y acompañamiento.

En este contexto, resulta especialmente relevante incorporar una perspectiva de género. Durante décadas, la enfermedad cardíaca ha sido percibida —tanto social como científicamente— como una patología predominantemente masculina. Esta visión ha invisibilizado la experiencia específica de las mujeres, retrasando diagnósticos, minimizando síntomas y dejando en un segundo plano las

particularidades emocionales, familiares y sociales que atraviesan su proceso de enfermedad y recuperación.

El objetivo de este artículo es analizar el impacto psicosocial de la enfermedad cardíaca, entendida como un proceso y no como un episodio aislado, poniendo un énfasis especial en cómo dicho impacto se manifiesta en las mujeres

LA ENFERMEDAD CARDÍACA COMO PROCESO VITAL

La vivencia de la enfermedad cardíaca puede entenderse como un proceso que atraviesa distintas fases, cada una con características emocionales y adaptativas propias. De forma general, se distinguen dos grandes momentos:

- La fase aguda: el impacto inicial

La fase aguda se extiende desde la aparición de los primeros síntomas hasta el alta hospitalaria. Suele estar marcada por una experiencia intensa de angustia, asociada a las características del dolor coronario, que con frecuencia se acompaña de sensación de muerte inminente, pérdida de control y miedo extremo. La hospitalización suele ser rápida e inesperada, lo que incrementa la vivencia de amenaza.

En las primeras horas, la ansiedad suele alcanzar niveles muy elevados. Posteriormente tiende a disminuir, aunque durante la hospitalización es frecuente que persista un estado de alerta,

"La experiencia del infarto en la mujer suele estar atravesada por la sobrecarga de cuidados previos y el miedo a no ser escuchada por el sistema médico."

preocupación y miedo ante cualquier sensación corporal. En muchas personas, especialmente cuando el estado físico se estabiliza, comienzan a emerger sentimientos de tristeza relacionados con la anticipación de las posibles repercusiones del evento cardíaco en su vida futura.

En el caso de las mujeres, esta fase puede vivirse con una carga emocional añadida. debido a:



Incertidumbre: Síntomas menos "típicos" en mujeres.



Carga emocional: Sentimientos de culpa y autoexigencia.



Invisibilidad: Sensación de no ser escuchadas por el sistema médico.

Muchas mujeres llegan al evento cardíaco tras largos periodos de sobrecarga física y emocional, lo que favorece sentimientos de culpa, agotamiento y

autoexigencia incluso en un momento de máxima vulnerabilidad.

- La fase posterior: adaptación y readaptación

Tras el alta hospitalaria comienza una fase compleja: la reincorporación a la vida cotidiana, que implica revisar la identidad, la autoestima y la percepción de la propia capacidad.

Entre los dos y seis meses tras un evento cardíaco es frecuente un estado de ánimo bajo, fatiga persistente, malestar físico difuso y una atención excesiva al propio cuerpo. Muchas personas sienten culpa por conductas de riesgo previas —como fumar, el sedentarismo o ciertos hábitos alimentarios— y experimentan una sensación de fragilidad o invalidez.



La readaptación implica múltiples cambios

áreas: trabajo, familia, ocio, hábitos de vida y relaciones sociales. En las

mujeres, este proceso puede coincidir o verse influido por factores vitales específicos, como la menopausia, el “nido vacío”, el cuidado de familiares dependientes o transiciones laborales y vitales que suponen un reto adaptativo.

IMPACTO EMOCIONAL DE LA ENFERMEDAD CARDÍACA

El impacto emocional es una de las consecuencias más relevantes y, a la vez, menos visibles de la enfermedad cardíaca. Tras un infarto u otro evento cardiovascular, las emociones desagradables tienden a intensificarse y a hacerse más frecuentes.

Las reacciones habituales incluyen miedo a la recaída, incertidumbre, tristeza e irritabilidad. Aunque pueden ser respuestas adaptativas iniciales, si no se logra construir una nueva identidad acorde a los propios valores, un porcentaje significativo de pacientes evoluciona hacia trastornos emocionales clínicamente relevantes.

Diversos estudios han mostrado una elevada incidencia de ansiedad y depresión tras el infarto de miocardio.

20% - 45% "de los
pacientes experimentan
ansiedad o depresión tras un
evento cardíaco" (

Es importante subrayar que el desarrollo y mantenimiento de estos trastornos no dependen exclusivamente de la gravedad objetiva del daño cardíaco, sino en gran medida de la evaluación subjetiva que la persona hace de su situación.

En las mujeres, la prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos tras un evento cardíaco es especialmente elevada. Factores como la tendencia a la internalización emocional, la mayor carga de responsabilidades familiares y la menor percepción de apoyo social efectivo contribuyen a esta vulnerabilidad.

Además, los síntomas emocionales en mujeres tienden a ser normalizados o atribuidos a “nervios”, “estrés” o “etapas vitales”, retrasando su detección y tratamiento.



Impacto psicológico en la mujer

REPERCUSIONES LABORALES Y SOCIALES

La reincorporación laboral tras una enfermedad cardíaca es un proceso complejo, influido por múltiples factores: las características del trabajo, el nivel de

estrés previo, las expectativas del entorno y el estado emocional de la persona.

Las personas que presentaban altos niveles de estrés laboral antes del evento cardíaco suelen experimentar mayores dificultades para retomar su actividad profesional. El miedo al esfuerzo, la disminución de la confianza en las propias capacidades y la presión externa pueden generar evitación, absentismo o abandono definitivo del trabajo.

En el caso de las mujeres, las repercusiones laborales se ven condicionadas por trayectorias profesionales más precarias, trabajos no remunerados o dobles jornadas que combinan empleo y cuidados. Tras la instauración de la enfermedad cardíaca, muchas mujeres priorizan la recuperación de los demás antes que la propia, retrasando su reincorporación o asumiendo cargas que dificultan su recuperación física y emocional.

A nivel social, es frecuente una reducción del nivel de actividad respecto a la etapa previa a la enfermedad. Aparecen conductas de pasividad, dependencia y retraimiento social, con abandono de actividades consideradas “peligrosas”, como viajar, hacer ejercicio o permanecer solas. Este aislamiento puede verse reforzado por la ansiedad y la hipervigilancia corporal.

CAMBIOS EN LAS ACTIVIDADES COTIDIANAS Y EL OCIO

Tras un evento cardíaco, muchas personas modifican de forma significativa sus actividades habituales. El tiempo de ocio tiende a llenarse de actividades sedentarias dentro del hogar, como ver televisión, leer o descansar, en detrimento de actividades sociales o físicas.

Si bien algunos cambios son necesarios y adaptativos, el mantenimiento prolongado de un estilo de vida excesivamente restrictivo puede consolidar el “rol de enfermo” y dificultar la recuperación. La presencia de ansiedad, ánimo bajo y preocupación excesiva por la salud se asocia de forma clara con la reducción de la actividad.

En las mujeres, estos cambios suelen coexistir con la dificultad para delegar tareas domésticas y de cuidado. Muchas continúan asumiendo responsabilidades familiares pese a las limitaciones físicas y emocionales, lo que incrementa el malestar y retrasa el proceso de adaptación.

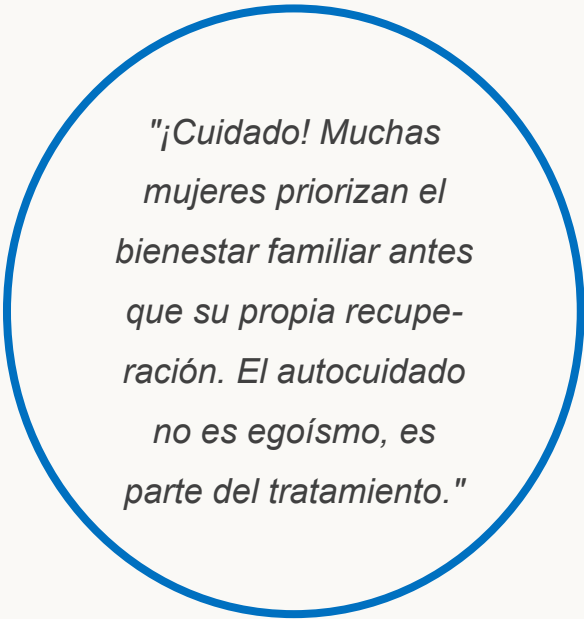
REPERCUSIONES FAMILIARES: ENTRE EL APOYO Y LA SOBREPROTECCIÓN

La enfermedad impacta de forma directa en todo el sistema familiar. La aparición del evento genera inseguridad, interrogantes y temores relacionados con la

muerte, la discapacidad y el futuro económico.

La familia desempeña un papel fundamental en la recuperación, pudiendo adoptar actitudes facilitadoras —como el apoyo emocional, el mantenimiento del carácter participativo de la persona afectada y la promoción de hábitos saludables— o, por el contrario, actitudes obstaculizadoras, como sobreprotección, rigidez, pérdida de roles o el pacto de silencio.

En las mujeres, la presión por mantener su papel de cuidadora principal —incluso convalecientes— invisibiliza sus necesidades y eleva el riesgo de agotamiento emocional.



"¡Cuidado! Muchas mujeres priorizan el bienestar familiar antes que su propia recuperación. El autocuidado no es egoísmo, es parte del tratamiento."

Además, cuando es la mujer la que enferma, los cambios en la dinámica familiar pueden vivirse con mayor dificultad, especialmente en contextos donde los roles de género están fuertemente arraigados.

LA VIDA SEXUAL TRAS LA ENFERMEDAD CARDÍACA

La sexualidad es una de las áreas más afectadas tras un evento cardíaco y, al mismo tiempo, una de las menos abordadas en la práctica clínica. Los estudios muestran una disminución significativa de la frecuencia y la calidad de la actividad sexual, tanto en hombres como en mujeres.

En las mujeres, la disfunción sexual tras la enfermedad cardíaca alcanza cifras elevadas, asociadas a factores psicológicos —miedo, ansiedad, apatía— y biológicos —cambios hormonales, efectos secundarios de la medicación—. Existe un amplio consenso en que las dificultades sexuales se deben más a factores emocionales que a una intolerancia real al esfuerzo físico. Los temores a reanudar la actividad sexual, a experimentar dolor o a sufrir un nuevo evento cardíaco son muy frecuentes, y a menudo compartidos por la pareja.

La falta de información clara y de espacios de diálogo contribuye a la evitación y al empobrecimiento de la vida íntima.

HIPERVIGILANCIA CORPORAL Y SÍNTOMAS SOMÁTICOS FUNCIONALES

Tras un infarto, es habitual la presencia de síntomas somáticos persistentes como disnea, dolor torácico, fatiga, palpitaciones o insomnio. En muchos

casos, estas sensaciones tienen un componente funcional o psicosomático, relacionado con la ansiedad y la hipervigilancia corporal.

Estos síntomas generan un elevado malestar, limitan la actividad cotidiana y refuerzan el miedo a un nuevo evento cardíaco. En las mujeres, la tendencia a expresar el malestar emocional a través del cuerpo puede favorecer la cronificación de estas quejas, especialmente si no se realiza una adecuada evaluación y contención emocional.

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y APOYO PSICOSOCIAL

El proceso de adaptación a la enfermedad cardíaca puede verse facilitado por la puesta en marcha de estrategias de afrontamiento adecuadas. El apoyo social, la reducción del estrés laboral, la recuperación progresiva del ocio y la adopción de hábitos saludables son elementos clave.

Desde una perspectiva de género, resulta fundamental diseñar intervenciones psicoeducativas que tengan en cuenta las necesidades específicas de las mujeres, promoviendo espacios donde puedan expresar su malestar, revisar los roles asumidos y legitimar el autocuidado. Es necesario fomentar espacios donde las mujeres estén cada vez más presentes para abordar las dificultades derivadas del evento cardíaco,

un entorno históricamente dirigido a los hombres.

Es ahí donde entran los programas de rehabilitación cardíaca. La atención psicológica integrada en los programas de rehabilitación cardíaca no solo mejora la calidad de vida, sino que también favorece la adherencia al tratamiento y la prevención secundaria. Hablar del impacto psicosocial de la enfermedad cardíaca no es un complemento, sino una parte esencial del proceso de recuperación.

CONCLUSIÓN

La enfermedad cardíaca constituye un acontecimiento vital de enorme impacto psicológico y social. Su abordaje requiere una mirada integral que

trascienda lo puramente médico e incorpore de forma explícita la dimensión emocional, familiar y social.

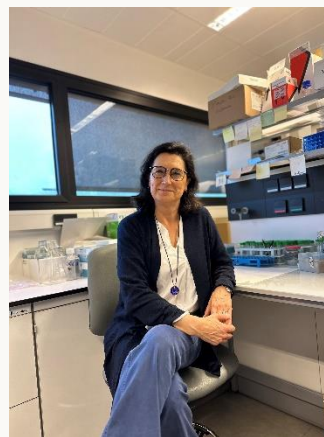
En las mujeres, este impacto se ve modulado por factores de género que incrementan la vulnerabilidad y dificultan la recuperación. Visibilizar estas diferencias, escuchar la experiencia femenina y adaptar las intervenciones a sus necesidades específicas es una tarea pendiente y necesaria.

Solo desde una comprensión global de la enfermedad cardíaca como proceso vital será posible acompañar de forma adecuada a las personas que la padecen y contribuir a una recuperación más humana, equitativa y sostenible.



OBESIDAD Y SALUD CARDIOVASCULAR: ENTENDER LA RELACIÓN PARA CUIDAR MEJOR EL CORAZÓN

Autora: María del Mar Malagón Poyato. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC)/ Departamento de Biología Celular, Fisiología e Inmunología, Universidad de Córdoba/Hospital Universitario Reina Sofía.



La obesidad no es solo una cuestión de peso ni un problema estético. Es una enfermedad compleja, crónica y multifactorial que puede afectar de manera importante a la salud, y especialmente al corazón y a la circulación. Comprenderla mejor es un paso esencial para prevenir complicaciones, pedir ayuda a tiempo y acompañar a las personas que la viven sin juicios ni culpabilización.

Para explicarlo de forma sencilla, conviene empezar por una idea clave: la grasa corporal no es “mala” en sí misma. El tejido adiposo, que corresponde a lo que normalmente denominamos grasa, cumple funciones fundamentales para la vida. Actúa como una reserva de energía y también controla el funcionamiento de nuestro organismo porque produce muchas señales hormonales que ayudan, por ejemplo, a controlar el apetito y

el metabolismo. El problema aparece cuando ese tejido deja de funcionar correctamente y se produce una acumulación excesiva o anómala de grasa que perjudica la salud. Entonces, parte de esa grasa puede almacenarse donde no debería, como el hígado, el páncreas, el músculo o incluso estructuras relacionadas con el sistema cardiovascular, y además se hace que se establezca un estado de inflamación crónica general de bajo grado. Esa combinación ayuda a explicar por qué la obesidad se asocia a tantas enfermedades.

Por eso hoy sabemos que la obesidad no debe interpretarse como una simple falta de voluntad. No es cuestión de “comer menos y moverse más” sin más. Influyen muchos factores: la genética, las hormonas, la edad, el estrés, el sueño, la salud mental, el nivel socioeconómico, algunos medicamentos,

determinadas enfermedades, el entorno en el que vivimos y, por supuesto, también una alimentación inadecuada o excesiva y la falta actividad física. Además, una vez que la obesidad se establece, el propio organismo activa mecanismos que dificultan la pérdida de peso y favorecen recuperarlo. En otras palabras, no hablamos de un fallo personal, sino de una enfermedad que requiere comprensión, atención sanitaria y seguimiento a largo plazo.

En España, además, estamos ante un problema de gran magnitud. Los datos disponibles muestran que el exceso de peso afecta a una parte muy importante de la población adulta, tanto hombres como mujeres, y que la obesidad mantiene cifras elevadas. También preocupa la situación en la infancia y la adolescencia, así como la previsión de que la prevalencia siga aumentando en los próximos años, con un impacto especialmente relevante en mujeres.



Factores que influyen en el desarrollo de la obesidad

La importancia de tratarla como enfermedad no es menor. La obesidad está relacionada con más de 200 enfermedades y actúa como puerta de entrada a múltiples problemas de salud, entre ellos la diabetes tipo 2, la enfermedad hepática grasa, algunos tipos de cáncer y, de forma muy destacada, las enfermedades cardiovasculares. También reduce la calidad de vida y la esperanza de vida.

Otro aspecto importante es que la obesidad no afecta por igual a toda la población: su frecuencia es mayor en personas con menor nivel educativo y en entornos con menor renta, y estas desigualdades se observan con más intensidad en mujeres. Esto refuerza la idea de que la obesidad no depende solo de decisiones individuales, sino también de condicionantes sociales y ambientales.

Cuando pensamos en la relación entre obesidad y corazón, solemos centrarnos en factores como la tensión arterial, el colesterol o la diabetes. Y es cierto: la obesidad favorece la hipertensión, la dislipemia, la resistencia a la insulina y la diabetes tipo 2, todos ellos factores de riesgo cardiovascular bien conocidos. Pero su impacto va más allá. La obesidad también puede dañar el sistema cardiovascular de forma directa, incluso independientemente de esos otros factores. El tejido adiposo, especialmente cuando se acumula en el abdomen o alrededor de los órganos, tiene una actividad inflamatoria y metabólica que perjudica el funcionamiento del organismo. En el caso del corazón, por ejemplo, la grasa epicárdica —la que rodea al propio corazón— puede contribuir a alterar la microcirculación coronaria y favorecer mecanismos implicados en la insuficiencia cardíaca.

Esto explica por qué la distribución de la grasa es tan importante. No basta con mirar solo el peso o el índice de masa corporal. La acumulación de grasa abdominal, medida a través del perímetro de cintura u otros indicadores de adiposidad central, se relaciona de manera estrecha con el riesgo cardiovascular. De hecho, una persona puede parecer que no tiene obesidad según el habitualmente utilizado “Índice de Masa Corporal” (IMC) y, sin embargo, tener un exceso de grasa visceral que aumente su

riesgo cardiometabólico. Por eso cada vez se insiste más en valorar no solo cuánto pesamos, sino también cómo se distribuye la grasa corporal.

La evidencia científica muestra además que las personas con obesidad tienden a desarrollar eventos cardiovasculares a edades más tempranas, conviven con la enfermedad cardiovascular durante más tiempo y presentan una esperanza de vida media menor que las



Mitos y realidades sobre la obesidad

personas con normopeso. En otras palabras, la obesidad no solo aumenta la probabilidad de que aparezca un problema cardiovascular, sino que puede adelantarlos y prolongar su impacto.

En el caso de las mujeres, hay aspectos específicos que merecen una atención especial. La obesidad afecta a mujeres, hombres, niñas y niños, pero a lo largo de la vida de la mujer existen etapas en las que el peso, la distribución de la grasa y el riesgo cardiometabólico pueden cambiar de forma relevante. Esto se observa, por ejemplo, en la

fertilidad, el embarazo y, de manera muy clara, en la menopausia.

Durante la menopausia se producen cambios hormonales que influyen en la forma en que el cuerpo almacena la grasa y regula el metabolismo. Mientras que antes predominaba más la acumulación periférica de grasa, en zonas como caderas y muslos, tras la transición menopáusica aumenta la tendencia a acumular grasa en el abdomen y en el compartimento visceral. Ese cambio no es solo estético: implica un aumento del riesgo cardiometabólico. La disminución de estrógenos se asocia con alteracio-



Distribución de la grasa corporal pre y post menopausia

nes en el metabolismo lipídico, la sensibilidad a la insulina, el gasto energético y la composición corporal, favoreciendo un perfil más desfavorable para la salud cardiovascular.

Por eso muchas mujeres notan en esta etapa que ganan peso, que les cuesta más controlarlo o que “engordan de otra manera”. No es una percepción sin base: existe un cambio fisiológico real. Sin embargo, muchas mujeres

identifican la menopausia sobre todo con sofocos o cambios de peso, y muy pocas piensan en primer lugar en el riesgo cardiovascular, cuando en realidad ambos aspectos están estrechamente relacionados. Cuidar el peso en esta etapa no persigue una finalidad estética, sino que puede ser una medida importante para proteger la salud del corazón.

Otro punto esencial es el impacto emocional y social de la obesidad. Vivir con obesidad no solo puede afectar a la salud física; también puede afectar al bienestar psicológico, a la autoestima, a la ansiedad, al estado de ánimo y a la calidad de vida. A menudo, el problema se agrava por el estigma del peso: esa mirada social que culpa simplifica y juzga. Muchas personas con obesidad sufren comentarios, prejuicios o actitudes discriminatorias en su entorno familiar, laboral, educativo o incluso sanitario. Eso puede hacer que retrasen la búsqueda de ayuda, que vivan con vergüenza su situación o que abandonen tratamientos.

En las mujeres, este estigma suele ser aún mayor, porque se suma a la presión estética y a expectativas sociales muy exigentes sobre el cuerpo femenino. En mujeres, la autoestima y la salud emocional aparecen como motivos especialmente relevantes a la hora de cuidar el peso y, de hecho, hay una mayor presencia de baja autoestima,

ansiedad, depresión y trastornos de la conducta alimentaria en mujeres. Además, algunas mujeres refieren experiencias de trato condescendiente o culpabilizador en el ámbito sanitario, e incluso retrasos diagnósticos porque “todo se atribuye al peso”. Todo ello demuestra la necesidad de incorporar una perspectiva de género en el abordaje de la obesidad.

Frente a esta realidad, el mensaje más importante es que la obesidad sí tiene tratamiento y debe abordarse con acompañamiento profesional. No existe una única solución válida para todas las personas. El tratamiento debe ser individualizado, realista y centrado en la mejora de la salud, no solo en la cifra de la báscula. Los cambios en el estilo de vida son una parte fundamental, pero deben adaptarse a cada persona, a su contexto, a sus preferencias y a su situación clínica. También pueden ser necesarios tratamientos farmacológicos, abordajes endoscópicos o cirugía en determinados casos. La clave está en la toma de decisiones compartida entre el/la paciente y los profesionales sanitarios, dentro de un enfoque multidisciplinar que incluya indicaciones sobre nutrición y actividad física así como apoyo psicológico y seguimiento continuado.

A nivel colectivo, también hacen falta respuestas más ambiciosas. Son necesarias políticas públicas que promuevan hábitos saludables, reduzcan

desigualdades, mejoren los entornos donde vivimos y faciliten el acceso al diagnóstico y al tratamiento de la obesidad. Del mismo modo, es importante formar mejor a los/las profesionales sanitarios y combatir el estigma social que todavía rodea a esta enfermedad. La obesidad no debe invisibilizarse ni banalizarse, pero tampoco moralizarse.

En definitiva, hablar de obesidad es hablar también de salud cardiovascular, de calidad de vida, de prevención y de equidad. Entender que se trata de una enfermedad compleja permite dejar atrás la culpa y acercarnos a soluciones más humanas y más eficaces. Para las personas que viven con obesidad, y especialmente para muchas mujeres en etapas como la menopausia, el primer paso no debería ser exigirse perfección, sino pedir apoyo, informarse bien y empezar por objetivos posibles.



DIALOGOS CON LA CIENCIA

Dr. Oriol Rangel Zuñiga



4Dr. Oriol Rangel

Dr. Oriol Rangel Zúñiga

Investigador del programa "Nicolás Monardes" (Junta de Andalucía) con más de 20 años de experiencia. Desarrolla su labor en la UGC de Medicina Interna del **Hospital Reina Sofía** y en el **IMIBIC**, siendo además miembro del **CIBEROBN**.

Línea de investigación: Se centra en la epigenética para predecir riesgos cardiometabólicos y personalizar la dieta del paciente.

Proyecto destacado: **Epigenetic score for the prediction of recurrence of cardiovascular events. CORDIOPREV-EpiRec-Car**

"EPIGENÉTICA: LOS MECANISMOS QUE PREDICEN EL FUTURO DE NUESTRO CORAZÓN"

EL CÓDIGO DE LA PREVENCIÓN

¿Nos podría explicar de manera sencilla en qué consiste su proyecto?

El proyecto consiste en identificar características genéticas de pacientes que ya han sufrido un evento cardiovascular. A partir de esas características, buscamos detectar a aquellos que podrían tener riesgo de sufrir un segundo evento.

Estas marcas genéticas, que son muy personales de cada paciente, se denominan marcas epigenéticas. Actualmente están en auge y se utilizan como biomarcadores para predecir el desarrollo de enfermedades.

¿Por qué siguen siendo tan importantes las enfermedades cardiovasculares actualmente?

A pesar de la gran inversión en prevención, educación sanitaria y tratamientos farmacológicos, las enfermedades cardiovasculares siguen siendo una de las principales causas de muerte en el mundo.

Esto se debe, en gran medida, al aumento de la obesidad y de otras enfermedades cardio metabólicas como la diabetes. A medida que estas aumentan, también lo hace el riesgo cardiovascular.

Por ello, el objetivo principal es reducir la mortalidad y mejorar la calidad de vida de los pacientes, especialmente de aquellos que ya han sufrido un evento, dándoles mayor seguridad y tranquilidad.

MÁS ALLÁ DE LA GENÉTICA TRADICIONAL

El proyecto propone un modelo de predicción. ¿Podría explicarlo de forma sencilla?

Un modelo predictivo es una ecuación matemática que incluye distintas características del paciente, como la edad, el género o el índice de masa corporal. Además, incorpora dos elementos genéticos clave:

La metilación del ADN, que regula la expresión de los genes.

Pequeños ARN circulantes en sangre, que cambian en respuesta a procesos relacionados con enfermedades.

“El modelo combina la metilación del ADN y el ARN en sangre para crear algoritmos que predigan el riesgo cardiovascular real”.

Al combinar estos factores, la ecuación genera un valor que permite establecer puntos de corte. Esto ayuda a determinar si un paciente tiene riesgo de sufrir un nuevo evento

cardiovascular. Incluso, estos algoritmos podrían orientar sobre el tipo de dieta más adecuado para reducir ese riesgo.

¿Qué papel juegan los factores genéticos en este estudio?

Son la base fundamental del proyecto. Aunque existe mucha investigación sobre genes asociados a enfermedades cardiovasculares, esa información aún no se aplica de forma rutinaria en la práctica clínica.

Actualmente, salvo en casos concretos como la hipercolesterolemia familiar, no existen herramientas en consulta que permitan predecir con precisión el riesgo de eventos cardiovasculares.

Nuestro objetivo es trasladar estos conocimientos a la práctica clínica, proporcionando una herramienta útil, accesible y eficiente para los médicos.

“Nuestro objetivo es reducir la incertidumbre y el miedo del paciente, ofreciéndole una atención mucho más precisa y personalizada”.

DE LA INVESTIGACIÓN A LA CONSULTA MÉDICA

¿Cómo podría este proyecto mejorar la calidad de vida de los pacientes?

Principalmente, reduciendo la incertidumbre y el miedo a sufrir un nuevo evento. Si logramos identificar a los pacientes sin riesgo, podrán vivir con mayor tranquilidad. Por otro lado, aquellos con mayor riesgo podrán recibir un seguimiento más estrecho y personalizado, con ajustes en su tratamiento y hábitos de vida. Esto permitirá una atención más precisa y una mejor calidad de vida.

¿Cómo podría aplicarse este modelo a la práctica clínica?

El proyecto tiene una duración inicial de tres años. Posteriormente, se desarrollaría una segunda fase de aproximadamente dos años para implementar la tecnología en hospitales y laboratorios. Si todo evoluciona según lo previsto, en unos cinco años podríamos contar con un algoritmo validado, patentado y listo para su uso clínico.

EL PACIENTE: EL MOTOR DEL AVANCE

¿Por qué es importante que los pacientes participen en estudios de investigación?

Es fundamental. Los pacientes son nuestra principal fuente de información. Sin su participación, no podríamos conocer qué ocurre fuera del laboratorio. Gracias a ellos podemos obtener datos reales, analizar información y tomar decisiones más acertadas sobre las enfermedades.

¿Qué papel desempeñan las asociaciones de pacientes?

Son un pilar esencial. Las asociaciones ayudan a:

- Canalizar la participación de pacientes en estudios.
- Difundir los resultados de la investigación.
- Generar nuevas ideas e hipótesis.

Son el puente entre investigadores y pacientes, facilitando tanto la participación como la comunicación.

¿Desea añadir alguna información relevante sobre el proyecto?

Actualmente estamos en la primera fase del proyecto, recogiendo los primeros datos. Esperamos contar con resultados preliminares a finales de este año. Posteriormente, en un plazo de entre 12 y 18 meses, se compartirán estos resultados con las asociaciones.

Además, se explicará cómo se trasladarán a la práctica clínica y se fomentará la participación en eventos y reuniones tanto dentro del instituto como con las asociaciones.



EDUCACION Y CUIDADOS

EJERCICIO FÍSICO EN LA MUJER: CUIDAR EL CORAZÓN EN CADA ETAPA DE LA VIDA

Autora: Carmen de la Torre Sáez

La enfermedad cardiovascular es la primera causa de muerte en la mujer. El ejercicio es una herramienta terapéutica clave para prevenir y tratar las enfermedades cardíacas.



El ejercicio bien indicado y supervisado puede reducir el riesgo cardiovascular y mejorar la calidad de vida.

¿Por qué es tan importante?

El ejercicio ayuda a contrarrestar el impacto de la caída estrogénica tras la menopausia, reduce la incidencia del síndrome metabólico y fomenta estilos de vida saludables. Es imprescindible que la prescripción sea personalizada y que las mujeres con cardiopatías aprendan a entrenar de forma segura en Programas de Rehabilitación Cardíaca.

El corazón femenino a través de las etapas de la vida

Sembrando salud vascular Factores como obesidad, diabetes, sedentarismo o trastornos alimentarios pueden aparecer desde edades tempranas.



Optimizando la salud cardiovascular Pueden aparecer dislipemia, hipertensión, arritmias benignas y complicaciones durante el embarazo. Recomendaciones:



Defendiendo el metabolismo La caída de estrógenos favorece alteraciones metabólicas, obesidad visceral y resistencia a la insulina. Recomendaciones:

PERIMENOPAUSIA (40-50 AÑOS)

- ✓ **150-300 minutos/semana de ejercicio aeróbico moderado** a fuerte (Escala de Borg 3-4), entre 55-70% de la FCMT
- ✓ **Ejercicios de fuerza** 2-3 veces/semana 10-12 repeticiones por grupo muscular para prevenir la sarcopenia
- ✓ Incluir **ejercicios de equilibrio, flexibilidad y coordinación**



Un punto de inflexión Aumenta el riesgo de cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca y fibrilación auricular.

MENOPAUSIA Y POSTMENOPAUSIA (50-70 AÑOS)

- ✓ **150 minutos/semana/5 días de ejercicio aeróbico de intensidad moderada** (Escala de Borg 3-4)
- ✓ **Ejercicios de fuerza** 2-3 veces/semana con el objetivo de recuperar masa muscular y ósea
- ✓ **Ejercicios de equilibrio y flexibilidad** para evitar el riesgo de caídas





Programas de Rehabilitación Cardíaca
Ejercicio supervisado
Equipo multidisciplinar

Funcionalidad y autonomía Crecen las patologías cardiovasculares y la sarcopenia, afectando fuerza y movilidad.



ADULTA MAYOR (70-80 AÑOS)

- ✓ **30 minutos/día** de ejercicio aeróbico el mayor número de días de la semana según tolerancia; ejercicios acuáticos suaves
- ✓ **Ejercicios de fuerza: cargas ligeras** (bandas elásticas o mancuernas ibajo peso)
- ✓ **Ejercicios de equilibrio, coordinación y flexibilidad**
- Ejercicios respiratorios diafragmáticos**

Conclusión Cada etapa de la vida es una oportunidad para cuidar el corazón. El ejercicio adaptado y constante permite ganar salud, autonomía y bienestar. Como mensaje final: “Mujeres en forma: cada etapa de la vida es una oportunidad para cuidar el corazón y ganar salud.”

¡MUJERES EN FORMA!

“EJERCICIO FÍSICO ADECUADO PARA CADA ETAPA DE LA VIDA DE LA MUJER”



TESTIMONIOS

“Ganas de vida y de vivirla: la historia de Gema frente a su propio corazón”

Una vida marcada por la enfermedad, pero definida por la fuerza, el optimismo y el amor. Gema comparte su recorrido desde los primeros síntomas hasta el camino hacia un trasplante cardíaco, demostrando que, incluso en los momentos más difíciles, las ganas de vivir pueden latir más fuerte que cualquier diagnóstico.

Gema, ¿cuándo comienza tu historia?

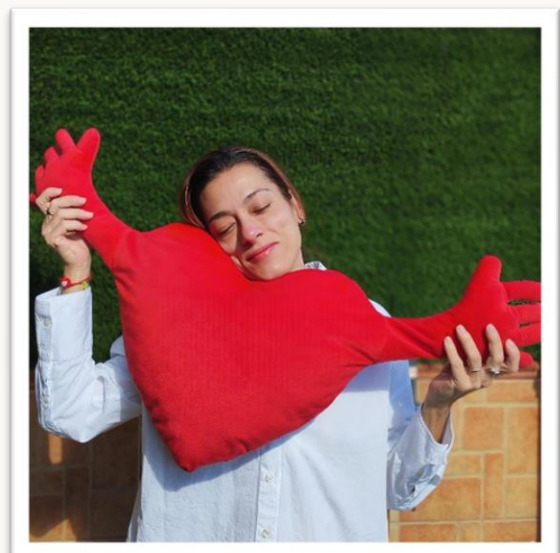
Hace 14 años empezó toda esta historia, mi historia. Pero si te soy sincera, mi vida en general siempre ha sido muy buena. Nunca he dejado de vivir al máximo ni de hacer cosas, incluso estando agotada. Siempre me digo: “venga, Gema, un poquito más, que no es nada, venga, que tú puedes”.

¿Cómo eras antes de que aparecieran los problemas más graves?

Me encanta viajar, conocer sitios nuevos, salir con amigos, hacer zumba... me gusta bailar, escribir, leer, crear. Me río mucho. He disfrutado muchísimo de mi familia y mis amigos. En fin, lo normal. Era fumadora social, me encantaba

y me sigue encantando: comer bien y echarme mis siestas.

Sin embargo, mencionas que ya había señales previas...



Gema y su corazón

Sí, aunque mi vida era activa, nunca dejé de tener “problemillas de salud”: ovarios poliquísticos, psoriasis en gotas, síndrome metabólico... y problemas de musculación.

ventrículo izquierdo. Luego confirmaron que era genética: una mutación del gen LMNA que compartimos varios miembros de mi familia. Por suerte, mi hijo no lo ha heredado.

*Mi gran ejemplo ha sido mi padre. Él me enseñó lo que es la **resiliencia**. Lo admiraré siempre.*

¿Qué ocurre tras tu embarazo?

En 2011 me quedo embarazada y todo va normal. Mi hijo nació con 4 kilos y medio, con un parto programado por hipertensión al final del embarazo. Pero a los pocos meses de dar a luz empiezo a encontrarme muy mal: falta de aire, fatiga extrema, hinchazón, arritmias, dolor en el pecho... fue horrible. No podía ni hacerme cargo de mi hijo ni de mi casa.

¿Cuándo llega el diagnóstico?

Después de varias opiniones médicas erróneas, mi padre contacta con su cardiólogo.. Me llevan al hospital y me confirman una insuficiencia cardíaca grave. Me ingresan. Tras unas semanas mejor, pero me diagnostican una cardiopatía dilatada con disfunción severa del

¿Cómo han sido los años posteriores?

Han sido años de entrar y salir del hospital. Me hicieron varias ablaciones cardíacas. En 2020 me colocan un DAI porque las arritmias eran cada vez más frecuentes. Todo iba bien hasta que un mes después tuve una arritmia ventricular severa en casa, viendo una serie con mi hijo y mi marido. En 2021, como última opción, me hacen una ablación NAV y desde entonces dependo del DAI al 100%.

¿Cómo ha afectado esto a tu vida laboral?

Tuve que dejar mi trabajo. Me costó muchísimo conseguirlo y mantenerlo, porque siempre tenía que demostrar que

estaba al mismo nivel o más que los demás. No era nada fácil.

¿En qué punto te encuentras ahora?

En septiembre de 2025 empieza una nueva etapa: el camino hacia el trasplante cardíaco, tras varios episodios de arritmias ventriculares.

A nivel emocional, ¿cómo has vivido todo este proceso?

Me considero una persona fuerte, optimista, energética y alegre. He afrontado cada paso como un reto, pero no uno que pesa, sino uno que hay que superar de la mejor manera posible. Nunca he tenido miedo. Siempre he tenido ganas de vida y de vivirla. Además, al ser una enfermedad genética, más o menos sabía a lo que me enfrentaba. Mi gran ejemplo ha sido mi padre. Él me enseñó lo que es la resiliencia. Lo admiraré siempre.

¿Te sientes invencible?

“Respirar no siempre es soltar, a veces es resistir”.

No. No soy invencible. Soy una persona pasando por algo que nadie elige. Aprendiendo a escucharme, a respetar mis límites, a mantenerme firme cuando no tengo respuestas. Y aquí estoy, haciéndome cargo de mí misma.

Has dicho algo muy potente: que un informe clínico no define quién eres...

Exacto. Un informe puede decir muchas cosas, pero nunca quién soy. No soy un número. Soy una persona con miedos, sueños y una vida que quiero vivir plenamente. Mi enfermedad ha cambiado cosas, pero nunca cambiará quién soy yo.

¿Qué papel ha tenido algo tan básico como respirar en tu proceso?

En el hospital me recordaron la importancia de respirar. Yo ya lo sabía por el yoga, pero en momentos de dolor... respirar cambia todo. A veces no es soltar, es resistir.

¿Te ha costado adaptarte a esta nueva vida?

No demasiado. Llevo casi toda la vida cuidándome, como si me estuviera pre-

parando sin saberlo. Siempre he intentado tener buenos hábitos. Me gusta caminar, incluso participé en la Pink Running de 2018 con mi hermana y la terminé.

¿Qué ha sido lo más difícil de aprender?

Escuchar a mi cuerpo. Él sabe mejor que nadie lo que pasa. He tenido que aprender a parar, a dejar cosas para otro día. Yo quería hacerlo todo, pero no podía. Como dice mi madre: era un coche de carreras con el freno de mano echado.

¿Quiénes han sido tu mayor apoyo?

Mi familia y mis amigos. Sin ellos no sería quien soy. Me dan los momentos más felices. Siempre han estado ahí sin pedir nada a cambio. Y especialmente mi marido, mi madre, mi hermana y mi hijo... son mi familia, pero también mis cuidadores. Lo dan todo por mí. No hay palabras suficientes para agradecerlo.

También intentaste implicarte en ayudar a otros pacientes...

Sí, en 2025 empecé con mucha ilusión en la Asociación de Pacientes Cardíacos de Córdoba (ASPACACOR). Pero otra vez la enfermedad truncó ese camino. Aun así, es un grupo maravilloso, unido por ayudar a otros.

¿Has recibido apoyo psicológico?

Sí, lo he necesitado. Aunque soy positiva, también he tenido momentos muy oscuros. La ayuda profesional me ha ayudado mucho a gestionar emociones.

¿Qué le dirías a alguien que está pasando por algo similar?

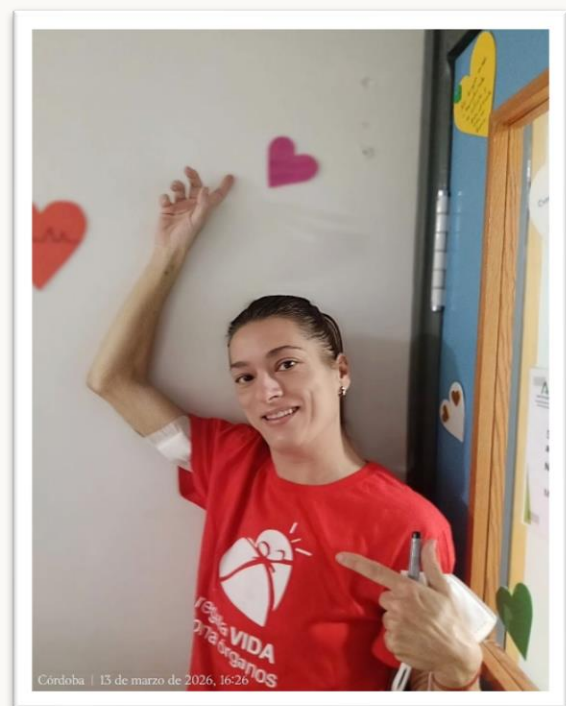
Que no está solo. Que está rodeado de personas que le van a cuidar y entender.

Que, aunque ahora todo parezca difícil, hay luz al final. Cada tratamiento, cada prueba, es una oportunidad para empezar de nuevo. Cada día demuestra lo fuerte que eres. Y, sobre todo: que mantenga una actitud positiva y se rodee de amor.

Para terminar, ¿cómo resumirías tu filosofía de vida?

“Porque cada paso que doy me recuerda que sigo aquí, que sigo viva y que soy mucho más que una enfermedad.”

Ganas de vida y de vivirla



Gema y sus ganas de vivir

Volver a respirar: “la historia de Manolo Gómez Cerro y su segunda oportunidad de vivir”

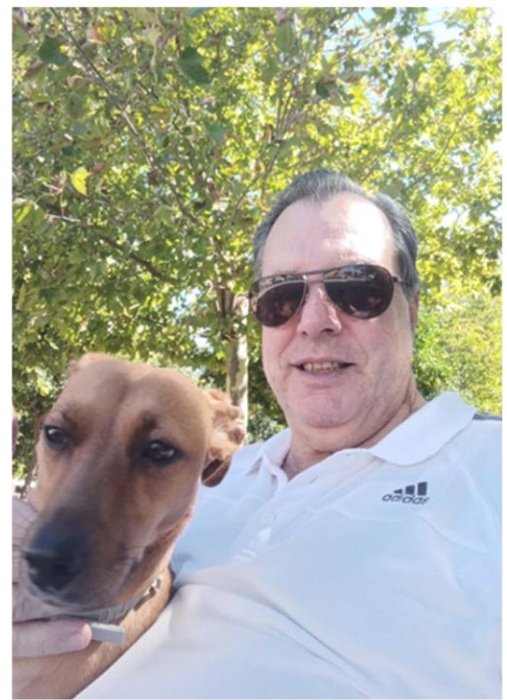
Un amanecer cambió la vida de Manolo Gómez Cerro para siempre. Tras enfrentarse a una enfermedad cardíaca grave, su historia se ha convertido en un relato de superación y segundas oportunidades. En esta entrevista, Manolo nos cuenta cómo el proceso de recuperación le ha permitido, literalmente, volver a respirar y mirar la vida con otros ojos

Manolo, ¿recuerdas el momento en que todo empezó?

Perfectamente. Eran las 05:30 de la mañana del 10 de septiembre de 2024. Estaba en la ducha porque no me encontraba bien. Pensé que sería otra noche de calor. Pero cuando fui a vestirme para ir a trabajar, casi no me cabían los pantalones, los zapatos me apretaban y tenía falta de aire. El polo parecía que iba a romperse por la hinchazón del vientre. Incluso llegué a pensar en broma si me estaba convirtiendo en Hulk.

¿Cómo fue el camino al trabajo?

Muy duro. Salí de casa a las 06:15, como cada día. Dejé comida a Gala, mi perrita, que había estado toda la noche inquieta, como si supiera que algo pasaba. El trayecto es corto, pero tuve que pararme varias veces porque no podía



Manolo Gómez y su perrita

respirar. Me faltaba el aire a cada paso. Terminé apoyado en una farola agotado.

¿Cómo te encontrabas al llegar al trabajo?

Llegué a Correos empapado en sudor, pálido, con el vientre hinchado y dolor en el pecho. Apenas podía respirar. Un

compañero cuando me vio enseguida reaccionó. Otro me llevó en coche directamente a urgencias del Hospital Universitario Reina Sofía.

¿Qué ocurrió cuando llegaste al hospital?

Todo fue muy rápido. Me atendieron enseguida: enfermeras y auxiliares a mi lado, me cogieron una vía, me administraron diuréticos, me hicieron electro, placas, analítica... Recuerdo especialmente a la cardióloga que me atendió en boxes, la doctora M.^a Diana, que fue quien me dijo que tenía que quedarme ingresado. Ahí empezó la ansiedad.



Manolo con miembros de ASPACACOR en el Día Internacional del Voluntariado

¿En qué pensaste en ese momento?

En mis hijos, uno en Logroño y otro en Madrid, en mi perrita sola en casa... Me sentía muy vulnerable. Pero los llamé y en pocas horas estaban conmigo, acompañándome hasta el alta.

¿Cuál fue el diagnóstico final?

Tras todas las pruebas (electrocardiograma, cateterismo, analíticas) me diagnosticaron una insuficiencia cardíaca por miocardiopatía dilatada del ventrículo izquierdo, con una fracción de eyección del 30%. No entendía mucho, pero sabía que mi corazón estaba mal.

¿Cómo fue el trato del equipo médico?

Excepcional. Siempre estaré agradecido a la doctora M.^a Diana y a todo el equipo de urgencias, así como a los doctores Manuel Anguita, Juan Diego Martín, Jesús Alberto Torres y Claudia Ruz, junto a todo el equipo de la planta 2^aC: enfermeras, auxiliares, celadores, mantenimiento... Y no puedo olvidar a mis enfermeras de insuficiencia cardíaca, Ana Belén y Toñi, que han sido fundamentales.

¿Qué papel ha tenido la rehabilitación cardíaca en tu recuperación?

Ha sido clave. Quiero agradecer especialmente al equipo de Rehabilitación Cardíaca: al doctor José López Aguilera, a la doctora Ángela Heredia, al doctor Manolo, a mi fisioterapeuta Carmen, a mi enfermera Rafi, a mi enfermero Juanma, a la auxiliar Mariló, y a los estudiantes en prácticas, Fran, Lucía y José. Para mí han sido una verdadera familia sanitaria.

¿Cómo ha evolucionado tu estado desde el diagnóstico?

Gracias al trabajo de todos ellos, mi fracción de eyección ha pasado del 30% en septiembre de 2024 al 53% en diciembre de 2025. Es un cambio que me ha dado una nueva oportunidad.

También formas parte de una asociación, ¿cómo llegaste a ella?

Fue gracias a Ana Belén y Toñi, que me hablaron de ASPACACOR. Desde el primer momento me acogieron como uno más. Hoy formo parte de su junta directiva, un grupo de personas muy comprometidas que trabajan para ayudar a pacientes cardíacos y que nadie se sienta solo.

¿Qué mensaje te gustaría transmitir a otros pacientes?

Que estamos en muy buenas manos, con profesionales de altísimo nivel. Que siguiendo las pautas médicas, la rehabilitación y el tratamiento, se puede salir

adelante. Y que esta enfermedad, aunque dura, puede convertirse en una segunda oportunidad.

Después de todo lo vivido, ¿cómo ves la vida ahora?

Como un regalo. Gracias a todos esos “ángeles” del hospital, puedo seguir compartiendo la vida con mis seres queridos. Aunque tengamos limitaciones, seguimos adelante, y eso es lo importante.

Para terminar, ¿qué te gustaría decir?

Dar las gracias a todos los profesionales, a mi familia y a todas las personas que me han acompañado. Y mandar mucha fuerza y ánimo a quienes están pasando por lo mismo.

Un fuerte abrazo



Manolo en el I Encuentro de Entidades de Córdoba