

# Determinantes no convencionales de la salud cardiovascular de la mujer en Latinoamérica

## *Non-conventional Determinants of Cardiovascular Health in Latin American Women*

ALEJANDRA AVALOS ODDI<sup>1</sup>, VERÓNICA LÍA CROSA<sup>1</sup>, SILVINA VERDUGO<sup>1</sup>, MARÍA ROMERA<sup>1</sup>, IVANA PATIÑO<sup>1</sup>, YANINA CASTILLO COSTA<sup>2</sup>, HERALDO D'IMPERIO<sup>2</sup>, BIBIANA RUBILAR<sup>1</sup>

### RESUMEN

**Introducción:** Más allá de los factores de riesgo (FR) tradicionales, hay determinantes no convencionales (DnoC) de la salud cardiovascular (CV) que operan en las mujeres como factores de riesgo adicional. Es por ello necesario explorarlos y establecer su prevalencia y vínculo con el género femenino.

**Objetivo:** conocer la prevalencia de los DnoC socioeconómicos (SE) y psicosociales (PS) y su impacto en la salud CV de la mujer en Latinoamérica (LATAM).

**Material y métodos:** estudio observacional, de corte transversal realizado a través de una encuesta anónima en mujeres de LATAM entre mayo y junio de 2022. Se recabaron datos sobre DnoC (SE y PS), FR convencionales y enfermedad cardiovascular (ECV).

**Resultados:** participaron 4915 mujeres con edad media de  $49 \pm 13$  años. El 49,6% residía en Argentina, el 55,8% en grandes ciudades, el 94,4% declaró acceso adecuado a la salud y el 89% tuvo acceso a algún nivel de educación. Si bien el 79,9% expresó tener trabajo remunerado, más de la mitad refirió percibir un salario no acorde (59,5%) y una exposición a la violencia en el ámbito laboral (26,7%). Los determinantes PS más prevalentes fueron el bajo a moderado nivel de satisfacción (68,3%), la ansiedad o irritabilidad (51,9%), el desinterés, los pensamientos negativos o la infelicidad (41,7%). El grupo de edad mayor de 45 años se asoció significativamente a más sobrepeso, obesidad, desempleo y violencia laboral.

En el análisis multivariado se encontró asociación independiente con ECV para el trastorno del sueño (OR 1,7;  $p = 0,001$ ), residir en una ciudad de baja densidad poblacional (OR 0,5;  $p < 0,001$ ), la violencia laboral (OR 1,8;  $p = 0,001$ ), la ansiedad (OR 1,5;  $p = 0,001$ ) y al haber padecido complicaciones del embarazo (OR 1,6;  $p = 0,022$ ).

**Conclusión:** se demostró una importante prevalencia de factores PS y SE que impactan en la salud CV de las mujeres en LATAM. Variables como la violencia laboral, la ansiedad o la irritabilidad, residir en ciudades de baja densidad poblacional, así como los trastornos del sueño y complicaciones del embarazo se asociaron de forma independiente con la ECV. Esta encuesta muestra el impacto de los DnoC SE y PS en la carga cardiometabólica (CCM) y la salud CV de las mujeres en LATAM, principalmente en aquellas mayores de 45 años.

**Palabras clave:** Enfermedades Cardiovasculares - Mujeres - Latinoamérica - Factores de Riesgo - Factores Psicosociales - Factores Socioeconómicos

### ABSTRACT

**Background:** Besides traditional risk factors (RF), non-conventional determinants (NCD) of cardiovascular (CV) health are additional risk factors in women. Therefore, they should be explored to establish their prevalence and association with the female gender.

**Objective:** The aim of this study is to know the prevalence of socioeconomic (SE) and psychosocial (PS) factors as NCD in CV health in Latin American (LATAM) women.

**Methods:** We conducted an observational, cross-sectional study using an anonymous survey distributed among LATAM women between May and June 2022. The information gathered included SE and PS NCD, traditional RF and cardiovascular disease (CVD).

**Results:** A total of 4915 women participated; mean age was  $49 \pm 13$  years. Most respondents (49.6%) lived in Argentina, 55.8% in large cities; 94.4% reported adequate access to healthcare services and 89% had access to some level of education. Although 79.9% had a paid job, more than half reported their salary was not commensurate (59.5%) and 26.7% reported exposure to

REV ARGENT CARDIOL 2023;91:263-277. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v91.i4.20647>

Recibido: 15/05/2023 - Aceptado: 18/07/2023

Dirección para correspondencia: Alejandra Ávalos Oddi. E-mail: [investigación@sac.org.ar](mailto:investigación@sac.org.ar)



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

©Revista Argentina de Cardiología

<sup>1</sup> Área Corazón y Mujer "Dra. Liliana Grinfeld" de la Sociedad Argentina De Cardiología, Buenos Aires, Argentina.

<sup>2</sup> Área de Investigación de la Sociedad Argentina De Cardiología, Buenos Aires, Argentina.

violence at the workplace. The most prevalent PS factors were low to moderate level of satisfaction (68.3%), anxiety or irritability (51.9%), apathy, negative thoughts, or unhappiness (41.7%). Age >45 years was significantly associated with overweight, obesity, unemployment, and violence at the workplace.

On multivariate analysis, sleep disorders (OR 1.7;  $p = 0.001$ ), living in a city with low population density (OR 0.5;  $p < 0.001$ ), violence at the workplace (OR 1.8;  $p = 0.001$ ), anxiety (OR 1.5;  $p = 0.001$ ) and a history of pregnancy complications (OR 1.6;  $p = 0.022$ ) were independently associated with CVD.

**Conclusion:** The prevalence of PS and SE factors affecting the CV health of LATAM women was significant. Variables such as violence at the workplace, anxiety, or irritability, living in cities with low population density, sleep disorders and pregnancy complications were independently associated with CVD. This survey shows the impact of SE and PS factors as NCD on the cardiometabolic burden and CV health of women in LATAM, mainly in those > 45 years.

**Key words:** Cardiovascular Diseases - Women - Latin America - Risk Factors - Psychosocial Factors - Socioeconomic Factors

## INTRODUCCIÓN

Resulta reduccionista limitar las diferencias entre hombres y mujeres al plano exclusivamente biológico, ya que existen entre ambos géneros diferencias en el plano emocional y sociocultural. En la esfera emocional y psíquica, la mujer no solo se encuentra atravesada por variaciones hormonales a lo largo de su vida, sino también por la complejidad de sus funciones neurocognitivas, moldeada por la cultura de las distintas sociedades a lo largo de la historia. (1)

Pertenecer a determinados grupos sociodemográficos puede ser un aditivo con respecto a los efectos adversos sobre la salud; muchos de estos grupos no están debidamente representados en los estudios aleatorizados u observacionales. Entre los factores que contribuyen a esta realidad, se encuentran las dificultades en el acceso a la atención médica, el bajo ingreso per cápita, el nivel educativo, la asignación de múltiples tareas y roles, y la violencia de género. La subrepresentación de la mujer en los ensayos clínicos contribuye a la falta de evidencia del impacto que tiene en ella la enfermedad cardiovascular (ECV). Esto podría explicar en parte por qué la ECV continúa afectando de manera desproporcionada a las mujeres, tanto en las afecciones que comparten con el hombre como también en patologías que son en ellas más prevalentes, como el accidente cerebrovascular (ACV), la insuficiencia cardíaca (IC) con fracción de eyección ventricular izquierda conservada y el infarto de miocardio (IM) con arterias coronarias normales. (2)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) afirma que el 80% de las muertes por ECV en el mundo tienen lugar especialmente en los países cuya población es de ingresos bajos y medios y acota que la incidencia es igual en hombres y mujeres. (3)

La pobreza y la esfera psicosocial resultante afectan más a las mujeres, con mayores probabilidades de tener un ataque cardíaco que sus pares masculinos. (4-8) La población que vive en situación de pobreza y marginalidad está expuesta en mayor medida a sufrir ECV y entre esta población la más propensa a dichos episodios es la de las mujeres. (4)

En Latinoamérica las condiciones socioeconómicas desfavorables impactan mayoritariamente en el género femenino; afectan su calidad de vida, la posibilidad de acceder a una vivienda digna, alimentación balanceada o a ejercicios físicos programados, ello unido a un pobre acceso a la educación desde la niñez, con necesidades básicas insatisfechas. (9)

Hoy disponemos de evidencia acerca del impacto de los estímulos estresantes, como el estrés agudo-crónico, el complejo ira-hostilidad, la depresión, el agotamiento vital, la ansiedad, la violencia de género doméstica y laboral. El bajo nivel sociocultural, económico y demográfico, e incluso los factores de exposición medioambiental nocivos, están asociados a mayor riesgo de enfermarse física y mentalmente. (4,10,11-19) Hay otros contaminantes que tienen un rol en la generación de enfermedad como el ozono troposférico, el dióxido de nitrógeno y los compuestos orgánicos volátiles. Más del 90% de la población mundial vive en lugares donde los niveles de sustancias tóxicas recomendados por la Organización Mundial de la Salud están excedidos. Los efectos de la polución ambiental están asociados a grandes centros urbanos, zonas fabriles y con intenso tráfico. A esto debemos sumar la contaminación del aire "puertas adentro" que afecta principalmente a la población de los países con bajos a medianos ingresos, que aún cocina y calefacciona su hogar con leña o carbón. (10,11) Todos estos factores operan de manera diferente según el género, como puede observarse en los síndromes coronarios, la isquemia sin lesiones coronarias significativas (MINOCA/INOCA), el síndrome de Takotsubo y el síndrome X. Estos últimos no están asociados a factores de riesgo tradicionales y los perfiles psicológicos y sociodemográficos adversos parecen jugar un rol determinante. Hoy se sabe que estos cuadros tienen una evolución menos benigna de lo que se pensaba hace un tiempo. (20,21)

En este contexto, resulta necesario aplicar un enfoque de género que transversalice estudios, investigaciones y la práctica médica. La desatención al respecto constituye un sesgo o brecha de género que ha incidido negativamente en los diagnósticos y pronósticos de una enfermedad catalogada como silenciosa en las

mujeres, cuando en realidad se la ha invisibilizado o ignorado. (22)

## OBJETIVO

Conocer la prevalencia de los DnoC SE y PS y su impacto en la salud cardiovascular en una población de mujeres en LATAM.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional, de corte transversal, realizado a través de una encuesta con preguntas cerradas y anónima desarrollada en REDCap y de participación voluntaria. Se distribuyó en mujeres mayores de 18 años, durante los meses de mayo y junio del año 2022, a través de las redes sociales (WhatsApp, correo electrónico, Facebook y otras) de los miembros y referentes distritales del Área Corazón y Mujer de la Sociedad Argentina de Cardiología (SAC) en diferentes regiones geográficas de la República Argentina. Con la participación del Consejo de Cardiopatía en la Mujer de la Sociedad Sudamericana e Interamericana de Cardiología (SSC-SIAC) se logró la difusión en diferentes países de LATAM. La encuesta está publicada en el anexo. Las preguntas se refirieron a la esfera psicosocial personal y laboral, violencia de género (23) y factores de riesgo convencionales y ECV.

## Análisis estadístico

Se dividió a la población en dos grupos: el primero consistía en individuos de una edad menor o igual a 45 años y el segundo mayor que 45 años para explorar diferencias en las variables principales en dos generaciones diferentes; se tuvo presente para definir el punto de corte la edad promedio de inicio de transición a la menopausia (OMS), en que comienzan los cambios cardiometabólicos asociados al hipoestrogenismo (Figura 1). Por otro lado, se exploró la relación de los factores no convencionales con los convencionales.

Las variables cualitativas se presentan como frecuencias y porcentajes. Para la descripción de las variables cuantitativas, se utilizó la media  $\pm$  la desviación estándar (DE) o la mediana y el rango intercuartílico (RIC 25-75), según su distribución.

El análisis de las variables discretas se realizó mediante la prueba de chi cuadrado o la prueba de Fisher, según correspondiera, y el de las variables continuas con la prueba de t o la prueba de Mann Whitney; y, en el caso de 3 o más grupos, con ANOVA o Kruskal Wallis, según correspondiera. Se consideró significativo un valor de  $p < 0,05$ .

El análisis se realizó con el *software* estadístico R.

## Consideraciones éticas

El comité de ética de la Sociedad Argentina de Cardiología aprobó la encuesta. Dadas las características del formato se prescindió de consentimiento informado.

## RESULTADOS

Participaron 4915 mujeres. La media de edad fue de  $49 \pm 13$  años.

Catorce mujeres (0,3%) identificaron que pertenecían a la comunidad LGTBIQ+ (lesbiana, gay, trans, bisexual, intersexual y queer; el signo + hace referencia al resto de diversidades sexuales y de género).

El 49,6% residían en Argentina, el 15,5% en Uruguay, el 4,3% en Chile y el 3,8% en Perú, entre otros. (Figura 1)

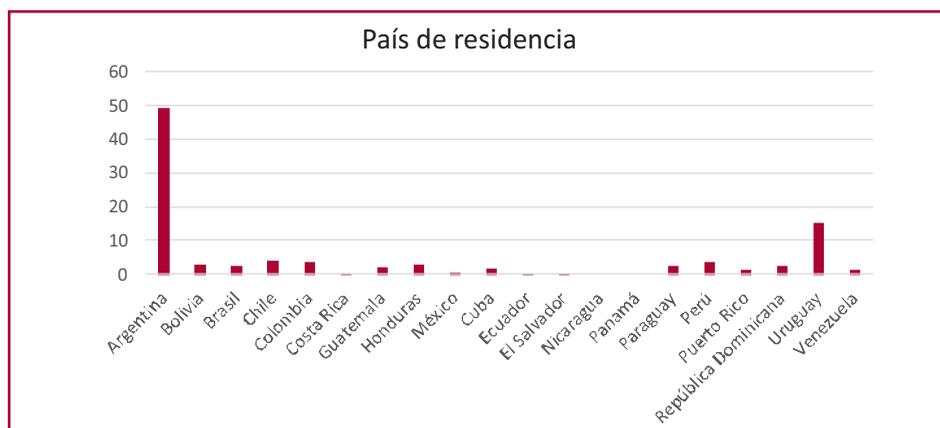
El 55,8% de las encuestadas refirió que vive en grandes ciudades y el 10,5% en pueblos. El 94,4% informó un rápido y buen acceso a los servicios de salud, principalmente privados (83,6%). La menor densidad poblacional (menos de 500 mil habitantes) se asoció con un mayor índice de masa corporal, IMC, (26 vs. 25  $\text{kg}/\text{m}^2$ ;  $p = 0,002$ ) y ECV (9% vs. 5%;  $p = 0,046$ ).

La mayoría de las encuestadas cuentan con los servicios básicos, como red pública de agua corriente (90,2%), electricidad (97,9%) y desagüe (82,5%); el gas de red pública es el servicio de menor acceso (57%).

Fue mayor la condición de casadas o en pareja (65,3%) y el de convivencia con pareja o hijos (66,9%). Las que refirieron estar sin pareja tuvieron más frecuentemente hipertensión arterial, HTA, (24% vs. 20%;  $p = 0,002$ ) y exposición al tabaquismo (13% vs. 9%;  $p < 0,001$ ).

El 89% tuvo acceso a algún nivel de educación y el 4,1% no completó el nivel educativo obligatorio. (24) El nivel educativo menor a secundario completo se asoció de manera significativa con HTA (30% vs. 2%), diabetes, DBT, (9% vs. 5%) y ECV (10% vs. 5%), en todos los casos con  $p < 0,001$ .

Fig. 1. Proporción de participantes de los distintos países de Latinoamérica



El 79,9% mencionó tener trabajo remunerado, la mitad profesionales (51,2%) y mayoritariamente en relación de dependencia (68,7%). El 45% declaró trabajar más de 44 horas semanales, principalmente menores de 45 años (51% vs 40%;  $p < 0,001$ ), considerando excesiva la carga laboral (38,7%) y compromiso de su salud física y emocional (85,7%). La variable "salario no acorde a la carga laboral" (59,5%) se asoció a HTA, mayor IMC y ECV, en todos los casos con significación estadística. El 33,8% manifestó ausencia de equidad laboral en cuanto a los puestos jerárquicos o la remuneración.

El desempleo se asoció con HTA, DBT, tabaquismo (TBQ) y ECV ( $p < 0,001$ ).

Respecto a la exposición a la violencia de género (violencia física, psicológica, sexual e institucional basada en la orientación sexual o identidad de género, ONU) ello ocurrió tanto en el ámbito laboral (26,7%), como en el doméstico (22,4%). La violencia laboral se asoció con ECV (8% vs. 5%;  $p < 0,001$ ), mientras que la violencia doméstica se asoció con dislipidemia, DLP, (40,5% vs. 37%;  $p = 0,047$ ), mayor IMC (26,4 vs. 25,7  $\text{kg/m}^2$ ;  $p < 0,001$ ) y más TBQ (15% vs. 9%;  $p < 0,001$ ).

El 25,4% de las encuestadas refirió haber experimentado en algún momento de su vida violencia o abuso sexual, asociados a mayor IMC (26,3 vs. 25,7  $\text{kg/m}^2$ ;  $p < 0,001$ ) y TBQ (13% vs. 9%;  $p < 0,001$ ).

Solo el 31,7% refirió alto nivel de satisfacción en su vida personal. El bajo a moderado nivel de satisfacción (68,3%) se asoció significativamente a mayor carga cardiometabólica, con más DBT, DLP, mayor IMC, TBQ y ECV. Un 19,8% declaró experimentar discriminación social, principalmente por el aspecto físico; esta variable se asoció a mayor IMC ( $p < 0,001$ ), TBQ (12% vs. 10%;  $p = 0,043$ ) y ECV (9% vs. 5%;  $p < 0,001$ ).

Los trastornos del ánimo (desinterés, pensamientos negativos o infelicidad) en las últimas dos semanas (41,7%), se asociaron con más DLP (40% vs. 36%) y TBQ (13% vs. 9%); la irritabilidad o la ansiedad (51,9%) con más TBQ, mayor IMC y mayor presencia de ECV (7% vs. 5%;  $p < 0,001$ ). Por su parte, los trastornos del sueño (57%), se asociaron a DLP (40% vs. 34%; y a ECV (7% vs. 4,5%),  $p < 0,001$ .

Respecto de los FR convencionales, el 21,6% reconoció padecer HTA y tomar medicación para su control. El 5,2% de las encuestadas se reconoció con diabetes; la ocurrencia de tabaquismo actual fue del 10,4% y de extabaquismo del 30%. La población transgénero presentó mayor exposición al tabaquismo ( $p = 0,026$ ).

Más de la mitad de las encuestadas (54,1%) refirió valores de colesterol mayores que 200  $\text{mg/dL}$ , y el 48% un perímetro de cintura mayor o igual a 88 cm.

El 46% tenía un IMC debajo de 25  $\text{kg/m}^2$ , 34% tenía sobrepeso (entre 25 y 30  $\text{kg/m}^2$ ), principalmente las mayores de 45 años (36% vs. 31%;  $p < 0,001$ ) y 20% tenía obesidad (IMC  $> 30 \text{ kg/m}^2$ ), más frecuente también en las mayores de 45 años (22% vs. 17%;  $p < 0,001$ ).

Menos de la mitad (46,4%) de las mujeres encuestadas realizan al menos 150 minutos por semana de ejercicio físico; el 63,9% mencionó tener poco o nulo

tiempo para realizar actividades de esparcimiento personal. El 58,8% refirió que no cumple con una dieta equilibrada y saludable; el 9,5% consume más de 100 g semanales de alcohol y el 5,3% consume drogas; ambas variables se asocian a mayor TBQ.

Con respecto de los controles de salud, el 43,4% expresó realizar un chequeo cardiológico anual y el 77,5% un control ginecológico anual.

El 6,6% refirió padecer enfermedad cardiovascular: arritmias (50,3%), enfermedad coronaria (21,8%), insuficiencia cardíaca (21,5%), enfermedad cerebrovascular (9,7%), enfermedad aórtica y de las arterias de los miembros inferiores (6,7%) y enfermedad de las arterias renales (0,7%). Un 46,8% refirió angina de pecho, el 35,5% antecedente de infarto de miocardio, el 30,6% angioplastia con o sin *stent* coronario y el 19,4% cirugía de revascularización coronaria.

La mitad (50,3%) declaró que consume algún tipo de medicamento en forma habitual. Entre los fármacos más utilizados figuraron los antihipertensivos (34,6%), las drogas hipolipemiantes (21,7%) y los ansiolíticos/antidepresivos (25,2%).

Respecto de la historia obstétrica, el 72,8% cursó al menos un embarazo y un 15,6% de ellas refirió una o más de las siguientes complicaciones: hipertensión arterial (44,9%), parto prematuro (58,6%), aborto espontáneo (2,9%), interrupción voluntaria (1,1%) y diabetes gestacional (16,9%). Las mujeres con historia obstétrica adversa tuvieron más HTA (32% vs. 23%;  $p < 0,001$ ), DBT (10% vs. 5%;  $p < 0,001$ ), mayor IMC (27 vs. 26  $\text{kg/m}^2$ ;  $p < 0,001$ ) y ECV actual (9% vs. 5%;  $p = 0,022$ ).

El 44,4% consideró que la principal causa de muerte en la mujer es el cáncer, el 38,1% citó la ECV y el 14,4% el femicidio.

En el análisis multivariado, presentaron asociación independiente con ECV el trastorno del sueño (OR 1,7;  $p = 0,001$ ), residir en una ciudad de baja densidad poblacional (OR 0,5;  $p < 0,001$ ), padecerla violencia laboral (OR 1,8;  $p = 0,001$ ), la ansiedad (OR 1,5;  $p = 0,001$ ) y haber presentado complicaciones del embarazo (OR 1,6;  $p = 0,022$ ).

La edad mayor que 45 años se asoció significativamente con más sobrepeso, obesidad, desempleo y violencia laboral, mientras que la violencia sexual, la mayor carga horaria laboral con salario acorde y el mayor nivel educativo se relacionaron con una edad menor o igual a 45 años (Figura 2).

## DISCUSIÓN

Esta encuesta muestra el impacto de los determinantes PS y SE autorreferidos en la carga cardiometabólica (CCM) y salud CV de las mujeres en LATAM, principalmente en aquellas mayores de 45 años.

En América Latina, la proporción de personas adultas con situación de sobrepeso y obesidad aumentó significativamente en las últimas décadas (25) y esta epidemia se extendió a los países de bajos y medianos

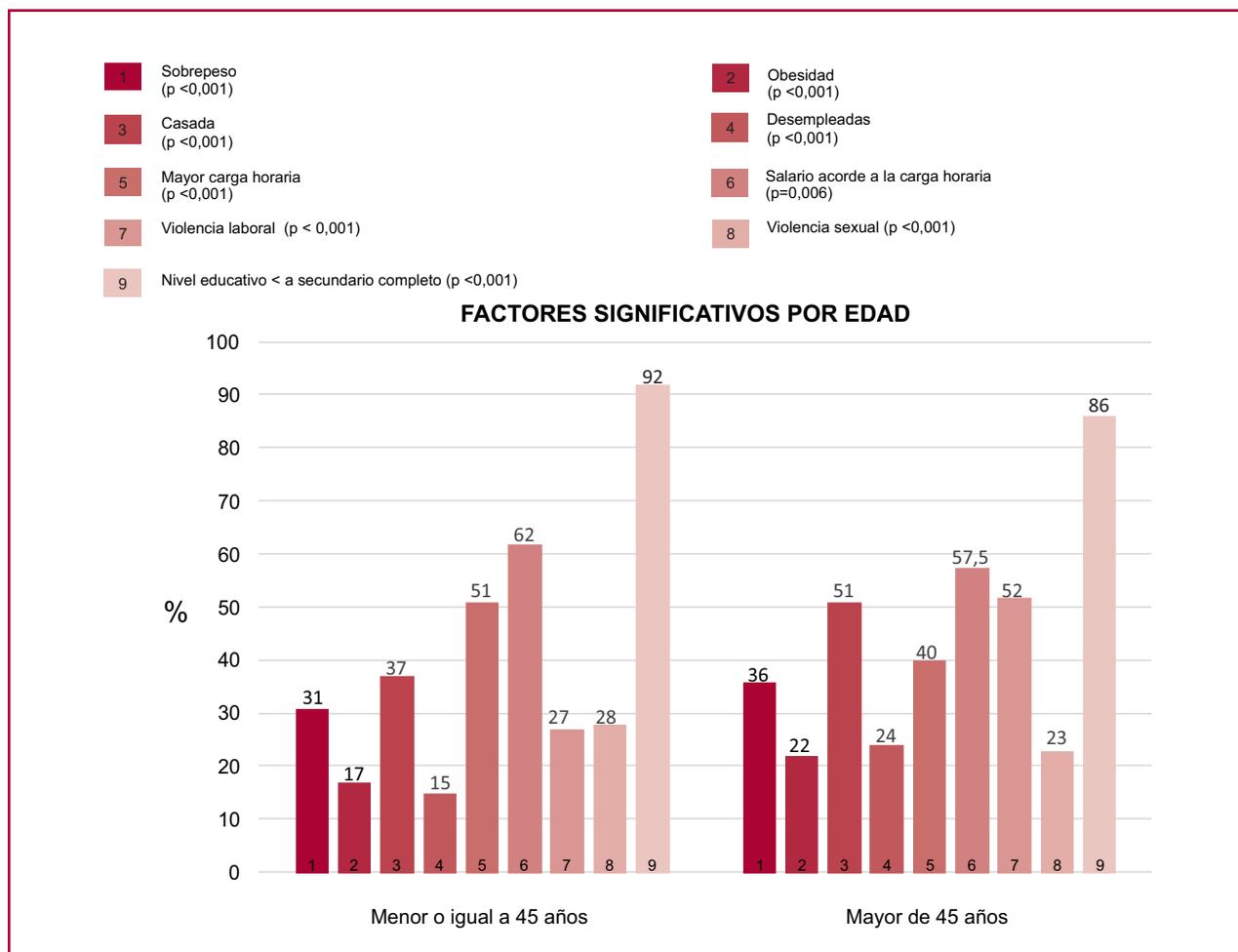


Fig. 2. Factores significativos por edad

ingresos. La malnutrición en todas sus formas, tanto sobrepeso como obesidad y desnutrición, se asocia a la pobreza. (26) En la Argentina, la prevalencia del sobrepeso y la obesidad a lo largo de los años muestra una tendencia claramente ascendente, particularmente en los grupos en situación de mayor vulnerabilidad social. (27)

En una cohorte multinacional sudamericana, se examinaron las variaciones en la incidencia de ECV y las tasas de mortalidad, y se consideró en el análisis la contribución de los factores de riesgo modificables al desarrollo de ECV y a la incidencia de muerte por todas las causas. Esta última fue más alta en las zonas rurales en comparación con las urbanas y el bajo nivel educativo se presentó como el tercer factor de riesgo. (28) No solo este último mostró su impacto; la exposición a una carga laboral excesiva asociada a la disconformidad con la remuneración percibida en función de la carga laboral, sumada a la inequidad operan como un factor de estrés crónico que ocasiona la afectación de la salud mental y física (85,7%),

situación que se vio potenciada durante la pandemia de COVID-19 (Argentina alcanzó una prevalencia del 36,4% en depresión y ansiedad). (29,30). Los trastornos del ánimo, como desinterés, pensamientos negativos o infelicidad en las últimas dos semanas, así como la irritabilidad o ansiedad se asociaron significativamente a mayor CCM y ECV.

En 2021 la American Heart Association, AHA, publicó una declaración científica que relacionaba determinados factores psicológicos positivos (p. ej., optimismo, sentido de propósito, felicidad) y negativos (p. ej., estrés, depresión, ansiedad) a la salud y riesgo de ECV respectivamente. (31) La afectación emocional se considera un factor de riesgo asociado a mayor CCM y ECV con alteraciones en la reactividad plaquetaria y mayor riesgo de enfermedad coronaria, además de la mayor incidencia de depresión, ansiedad y suicidio. (32-34)

Por su parte la violencia de género es un factor de riesgo emergente que comienza temprano, afecta a adolescentes y a mujeres jóvenes, y es en los países de

bajos ingresos en los que se informa mayor prevalencia a lo largo de la vida. (35) En la población encuestada, la violencia de género se presentó tanto en el ámbito laboral (26,7%), como en el doméstico (22,4%), lo que representa un problema mundial de salud pública y una violación a los derechos humanos. (36) Incluso las alteraciones cardiometabólicas desarrolladas luego de una niñez marcada por abusos pueden dar lugar a la adopción de hábitos de vida no saludables (sedentarismo, pobre alimentación, alteraciones del sueño, consumo de sustancias tóxicas y tabaquismo) y alteraciones psicológicas (estrés postraumático) con impacto en el sistema inmunológico, metabólico, neuroendocrino y nervioso autónomo. (37)

Los trastornos del sueño se asociaron a ECV en la población encuestada. Durante 2022, la AHA publicó "Life's Essential 8" ("Los ocho esenciales de la vida", LE8). (38) Este documento de actualización incluyó "la calidad del sueño" como un factor esencial. La evidencia demuestra que un sueño fragmentado y de duración inapropiada (más corto, menor que 6 h, o más largo de lo ideal, mayor que 9 h) se asocia con el aumento de la morbilidad y la mortalidad, principalmente por trastornos cardiovasculares y mayor riesgo de diabetes tipo 2. (39) Además, patrones de sueño corto y fragmentado se asocian de manera independiente a un aumento de la carga de placa aterosclerótica en los individuos de mediana edad en múltiples territorios. (40)

## CONCLUSIÓN

Se demostró una importante prevalencia de factores PS y SE que impactan en la salud CV de las mujeres en LATAM, donde variables como la violencia laboral, la ansiedad o la irritabilidad, residir en ciudades de baja densidad poblacional, y los trastornos del sueño además de complicaciones del embarazo se asociaron de forma independiente con ECV. Esta encuesta es la más extensa hasta el momento que muestra el impacto de los DnoC SE y PS en la CCM y salud CV de las mujeres en LATAM, principalmente en aquellas mayores de 45 años.

En este contexto, resulta necesario aplicar un enfoque de género que transversalice estudios, investigaciones y la práctica médica. La desatención al respecto constituye un sesgo o brecha de género que incide negativamente en el diagnóstico y pronóstico de la ECV en la mujer.

Superar las disparidades que afectan la salud cardiovascular de las mujeres en LATAM incluye cambios en las políticas, la educación y la capacitación, las innovaciones en la prestación de atención médica y la diversificación de la cardiología. Se necesita pensar a la mujer como parte de un todo, y no de un todo una simple parte.

## Limitaciones

Al tener un muestreo no probabilístico resulta difícil establecer con precisión la prevalencia de los FR en la

población objetivo. Existe, además, una desproporción, con alta participación de mujeres argentinas y una baja representatividad del resto de los países de LATAM. La información recabada la refirieron las participantes, sin corroborar las respuestas.

## Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses (Véanse formularios de conflicto de intereses de los autores en la web).

## Financiamiento

El presente estudio no recibió financiamiento

## BIBLIOGRAFÍA

1. Lopez Rossetti D. Ellas. Cerebro, corazón y psicología de la mujer. 2016 Editorial Planeta. ISBN 978-950-49-5125-4
2. Lindley KJ, Aggarwal NR, Briller JE, Davis MB, Douglass P, Epps KC, et al. Comité de Enfermedades Cardiovasculares en mujeres del Colegio Americano de Cardiología y el Grupo de Trabajo de Equidad en Salud del Colegio Americano de Cardiología. Socioeconomic Determinants of Health and Cardiovascular Outcomes in Women. *JACC* 2021;78:1919-29. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2021.09.011>
3. La salud en las Américas Organización Panamericana de la Salud, Pan American Health Organization. <https://www.paho.org/es>
4. Vogel B, Acevedo M, Appelman Y, Bairey Merz CN, Chieffo A, Figtree GA, et al. The Lancet women and cardiovascular disease Commission: reducing the global burden by 2030. *Lancet*. 2021;397:2385-438. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00684-](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00684-)
5. Pan American Health Organization and WHO. Mortality in the Americas. <https://www.paho.org/salud-en-las-americas2017/?tag=cardiovascular-diseases> (accessed April 23, 2021).
6. Tejero ME. Cardiovascular disease in Latin American women. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2010;20:405-11. <https://doi.org/10.1016/j.numecd.2010.02.005>
7. Xu X, Bao H, Strait KM, Edmondson DE, Davidson KW, Beltrame JF, et al. Perceived stress after acute myocardial infarction: a comparison between young and middle aged women versus men. *Psychosom Med* 2017;79:50-8. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000429>
8. Anand SS, Razak F, Davis AD, Jacobs R, Vuksan V, Teo K, et al. Social disadvantage and cardiovascular disease: development of an index and analysis of age, sex, and ethnicity effects. *Int J Epidemiol* 2006;35:1239-45. <https://doi.org/10.1093/ije/dyl1163>
9. [www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud](http://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud).
10. Norris CM, Yip CY, Nerenberg KA, Clavel MA, Pacheco C, Foulds HJ. State of the Science in Women's Cardiovascular Disease: A Canadian Perspective on the Influence of Sex and Gender. *J Am Heart Assoc*. 2020;9:e015634. <https://doi.org/10.1161/JAHA.119.015634>
11. Rajagopalan S, Al-Kindi SG, Brook RD. Air Pollution and Cardiovascular Disease. *JACC State-of-the-Art Review*. *J Am Coll Cardiol* 2018;72:2054-70. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.07.099>
12. Brauer M, Casadei B, Harrington R, Kovacs R, Sliwa K. Taking a stand against air pollution – the impact on cardiovascular disease. A joint opinion from the World Heart Federation, American College of Cardiology, American Heart Association, and the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2021;0:1-4. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.120.052666>
13. World Health Organization. WHO | Violence Against Women. WHO; 2018. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/>
14. Maas AH, Rosano G, Cifkova R, Chieffo A, van Dijken D, Hamoda H. Cardiovascular health after menopause transition, pregnancy disorders, and other gynaecologic conditions: a consensus document from European cardiologists, gynaecologists, and endocrinologists. *Eur Heart J* 2021;00:1-18. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa1044>

15. Arnett DK, Blumenthal RS, Albert MA, Buroker AB, Zachary D, Goldberger EH, et al. ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2019;140:e596–e646. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000678>
16. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts). *Eur Heart J* 2016;37:2315–81. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw106>
17. Cho L, Davis M, Elgendy I, Epps K, Lindley KJ, Mehta PK, et al, for the ACC CVD Womens Committee Members. Summary of Updated Recommendations for Primary Prevention of Cardiovascular Disease in Women JACC State-of-the-Art Review. *JACC* 2020;75:2602–18. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.03.060>
18. Agarwala A, Michos ED, Samad Z, Ballantyne CM, Virani SS. The Use of Sex-Specific Factors in the Assessment of Women's Cardiovascular Risk. February 18, 2020. *Circulation*. 2020;141:592–9. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.119.043429>
19. Young L, Cho L. Unique cardiovascular risk in women. *Heart* 2019;0:15. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2018-314268>
20. Shimokawa H, Suda A, Takahashi J, Berry C, Camici PG, Crea F, et al, en nombre del Grupo de Estudio Internacional de Trastornos Vasomotores Coronarios (COVADIS). Características y pronóstico clínico en pacientes con angina microvascular: Un estudio de cohorte internacional y prospectivo por el grupo de estudio internacional de estudio de trastornos vasomotores. COVADIS. *Eur Heart J* 2021;00:1–9. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab282>
21. Figtree GA, Vernon ST, Hadziosmanovic N, Sundström J, Alfredsson J, Arnott C, et al. Mortality in STEMI patients without standard modifiable risk factors: a sex-disaggregated analysis of SWEDEHEART registry data) *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00272-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00272-5).
22. van Diemen J, Verdonk P, Chieffo A, Regar E, Mauri F, Kunadian V, et al. La importancia de lograr la equidad basada en el sexo y el género en los ensayos clínicos: un llamado a la acción. *Eur Heart J* 2021;42:2990–4. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab457>
23. ONU Mujeres. Preguntas frecuentes: Tipos de violencia contra las mujeres y las niñas [Internet]. ONU Mujeres. Available from: <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/faqs/types-of-violence>
24. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley-de-educ-nac-58ac89392ea4c.pdf>
25. FAO-OPS-WPF-UNICEF (2018).
26. OPS-OMS (2014). Monteiro, Moura, Conde y Popkin (2004). McLaren (2007). Dinsa, Goryakin, Fumagalli y Suhrcke (2012). Ver informe de la 2ª Encuesta Mundial de Salud Escolar, desarrollada por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, en: [http://www.msal.gob.ar/ent/images/stories/vigilancia/pdf/2014-09\\_informe-EMSE-2012.pdf](http://www.msal.gob.ar/ent/images/stories/vigilancia/pdf/2014-09_informe-EMSE-2012.pdf).
27. Ver informe de la Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles, desarrollada por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, en: [http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000544cnt-2015\\_09\\_04\\_encuesta\\_nacional\\_factores\\_riesgo.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000544cnt-2015_09_04_encuesta_nacional_factores_riesgo.pdf).
- Ver Programa Nacional de Salud Escolar. Situación de niños, niñas y adolescentes en Argentina. 2019. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001405cnt-Valoracin-antropometrica-inicio-y-al-finalizar-ciclo-educacin-primaria-Argentina-07-03-2019.pdf>. Ver Sobre peso y obesidad en niños, niñas y adolescentes según datos del primer nivel de atención en la Argentina, publicado por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social en 2018. Disponible en: [http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001387cnt-2019-01\\_sobre peso-y-obesidad.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001387cnt-2019-01_sobre peso-y-obesidad.pdf).
- Vandevijvere, Chow, Hall, Umalia y Swinburn (2015).
28. Lopez-Jaramillo P, Joseph P, Lopez-Lopez JP, Lanas F, Avezum A, Diaz R, et al. Risk factors, cardiovascular disease, and mortality in South America: a PURE substudy. *Eur Heart J* 2022;43:2841–51. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehac113>
29. T.D. Shanafelt, C.P. Oeste, Sinsky C et al Changes in burnout and satisfaction with work-life integration in physicians and the general workforce between 2011 and 2017. *Mayo Clin Proc*. 2019;94:1681–94. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2018.10.023>
30. Santomauro DF, Mantilla Herrera AM, Shadid J, Zheng P, Ashbaugh C, Pigott DM, et al. Prevalencia mundial y carga de trastornos depresivos y de ansiedad en 204 países y territorios en 2020 debido a la pandemia de COVID-19. *Lancet* 2021;398:1700–12.
31. Levine GN, Cohen BE, Commodore-Mensah Y, Fleury J, Huffman JC, Khalid U, et al. Psychological Health, Well-Being, and the Mind-Heart-Body Connection: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000947>
32. Chandan JS, Thomas T, Bradbury-Jones C, Taylor J, Bandyopadhyay S, Nirantharakumar K. Risk of Cardiometabolic Disease and All-Cause Mortality in Female Survivors of Domestic Abuse. *J Am Heart Assoc* 2020;9:e014580. <https://doi.org/10.1161/JAHA.119.014580>.
33. Goldstein BI, Carnethon MR, Matthews KA, McIntyre RS, Miller GE, Raghuvver G, et al. Major Depressive Disorder and Bipolar Disorder Predispose Youth to Accelerated Atherosclerosis and Early Cardiovascular Disease. *Circulation*. 2015;132:965–86. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000229>
34. UK Government. Guidance: Domestic Violence and Abuse. UK Gov; 2016. Available at: <https://www.gov.uk/government/news/new-definition-of-domestic-violence>.
35. Sardinha L, Maheu-Giroux M, Stöckl H, Meyer SR, García-Moreno C. Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018. *Lancet* 2022;399:803–13.
36. World Health Organization. WHO | Violence Against Women. WHO; 2018. Available at: 38 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/>
37. Suglia SF, Koenen KC, Boynton-Jarrett R, Chan PS, Clark CJ, Danese A, et al. Childhood and adolescent adversity and cardiometabolic outcomes: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2018;137:e15–28. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000536>
38. “Life's Essential 8: Updating and Enhancing the American Heart Association's Construct of Cardiovascular Health: A Presidential Advisory From the American Heart Association”. *Circulation*. 2022;146:e18–e43. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001078>
39. Tobaldini, E., Fiorelli, E.M., Solbiati, M. et al. Corta duración del sueño y riesgo cardiometabólico: desde la fisiopatología hasta la evidencia clínica. *Nat Rev Cardiol* 16, 213–224 (2019). <https://doi.org/10.1038/s41569-018-0109-6>.
40. Domínguez F, Fuster V, Fernández-Alvira JM, Fernández-Friera L, López-Melgar B, Blanco-Rojo R, et al. Association of Sleep Duration and Quality With Subclinical Atherosclerosis. *J Am Coll Cardiol* 2019;73:134–44. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.10.060>

## ANEXO

## 1) Análisis de las variables

	Sin pareja (n = 1692)	En pareja (n = 3177)	p
HTA, %	24	20	0,002
Diabetes, %	5,7	5	NS
Dislipemia, %	39	37	NS
IMC, media (DE)	26 (6)	25 (6)	NS
Tabaquismo, %	13	9	<0,001
Enfermedad cardiovascular, %	7	6	NS
	Nivel educativo menor que secundario completo (n = 550)	Nivel educativo superior que secundario completo (n = 4327)	p
HTA, %	30	2	<0,001
Diabetes, %	9	5	<0,001
Dislipemia, %	41	37	NS
Tabaquismo, %	16	9	<0,001
IMC, media (DE)	25 (3)	25 (5)	NS
Enfermedad cardiovascular, %	9,5	6	0,001
	Desempleadas (n = 919)	Con empleo (n = 3862)	p
HTA, %	30	19	<0,001
Diabetes, %	7,25	4,75	<0,001
Dislipemia, %	39,5	37	NS
Tabaquismo, %	10	10	NS
IMC, media (DE)	25 (3)	25 (5)	NS
Enfermedad cardiovascular, %	10	5	<0,001
	Violencia laboral (n = 1300)	Ausencia de violencia laboral (n = 3562)	p
HTA, %	18,5	23	0,002
Diabetes, %	5	5,5	NS
Dislipemia, %	36	38	0,001
Tabaquismo, %	13	9,5	NS
IMC, media (DE)	26 (6)	26 (6)	NS
Enfermedad cardiovascular, %	8	5	0,001
	Carga laboral menor que 44 h/sem (n = 2051)	Carga laboral 44 h/sem o más (n = 1681)	p
HTA, %	20	16,5	0,003
Diabetes, %	5	4	NS
Dislipemia, %	39,5	33	0,001
IMC, media (DE)	25 (5)	26 (6)	0,003
Tabaquismo, %	10	11	NS
Enfermedad cardiovascular, %	5,5	5	NS

	<b>Violencia doméstica (n = 1088)</b>	<b>Ausencia de violencia doméstica (n = 3769)</b>	<b>p</b>
HTA, %	20	22	NS
Diabetes, %	5	5	NS
Dislipemia, %	40,5	37	0,047
IMC, media (DE)	26,4 (6)	25,7 (6)	<0,001
Tabaquismo, %	15	9	<0,001
Enfermedad cardiovascular, %	7	6	NS
	<b>Abuso sexual (n = 1229)</b>	<b>Ausencia de abuso sexual (n = 3618)</b>	<b>p</b>
HTA, %	18	22,5	0,001
Diabetes, %	4,5	5,5	NS
Dislipemia, %	39	37	NS
IMC, media (DE)	26,3 (6)	25,7 (6)	<0,001
Tabaquismo, %	13	9	<0,001
Enfermedad cardiovascular, %	6	6	NS
	<b>Discriminación (n = 962)</b>	<b>Ausencia de discriminación (n = 3894)</b>	<b>p</b>
HTA, %	19	22	NS
Diabetes, %	6	5	NS
Dislipemia, %	36	38	NS
IMC, media (DE)	27 (6)	25,6 (6)	<0,001
Tabaquismo, %	12	10	0,043
Enfermedad cardiovascular, %	9	5	<0,001
	<b>Psicoterapia (n = 918)</b>	<b>Ausencia de psicoterapia (n = 3937)</b>	<b>p</b>
HTA, %	16	23	<0,001
Diabetes, %	4	6	0,029
Dislipemia, %	38	38	NS
IMC, media (DE)	25 (6)	26 (6)	<0,001
Tabaquismo, %	12	10	0,042
Enfermedad cardiovascular, %	6	6	NS
	<b>Nivel alto de satisfacción (n = 1543)</b>	<b>Nivel moderado y bajo de satisfacción (n = 3331)</b>	<b>p</b>
HTA, %	20	22	NS
Diabetes, %	3	6	<0,001
Dislipemia, %	35	38	0,045
IMC, media (DE)	25 (5)	26 (6)	<0,001
Tabaquismo, %	7	12	<0,001
Enfermedad cardiovascular, %	5	7	0,004
	<b>Consumo de alcohol (n = 462)</b>	<b>Ausencia de consumo de alcohol (n = 4412)</b>	<b>p</b>
HTA, %	20	22	NS
Diabetes, %	5	5	NS
Dislipemia, %	40	37	NS
IMC, media (DE)	26 (6)	25 (6)	NS
Tabaquismo, %	20	9	<0,001
Enfermedad cardiovascular, %	5	6	NS

	<b>Consumo de drogas (n = 257)</b>	<b>Ausencia de consumo de drogas (n = 4618)</b>	<b>p</b>
HTA, %	7	22	<0,001
Diabetes, %	3	5	NS
Dislipemia, %	37	37	NS
IMC, media (DE)	25 (5,6)	26 (6)	0,020
Tabaquismo, %	28	9	<0,001
Enfermedad cardiovascular, %	4	6	NS
	<b>Trastorno del sueño (n = 2781)</b>	<b>Ausencia de trastornos del sueño (n = 2093)</b>	<b>p</b>
HTA, %	22	21	NS
Diabetes, %	6	5	NS
Dislipemia, %	40	34	<0,001
IMC, media (DE)	26 (5,9)	25,7 (5,7)	0,26
Tabaquismo, %	10	10	NS
Enfermedad cardiovascular, %	7	4,5	<0,001
	<b>Desinterés e infelicidad (n = 2028)</b>	<b>Ausencia de desinterés e infelicidad (n = 2840)</b>	<b>p</b>
HTA, %	20	23	0,003
Diabetes, %	5	5	NS
Dislipemia, %	40	36	0,019
IMC, media (DE)	26 (6)	25 (5,5)	NS
Tabaquismo, %	13	9	<0,001
Enfermedad cardiovascular, %	7	6	NS
	<b>Ansiedad e irritabilidad (n = 2528)</b>	<b>Ausencia de ansiedad e irritabilidad (n = 2343)</b>	<b>p</b>
HTA, %	20	23	0,018
Diabetes, %	5	5	NS
Dislipemia, %	39	36	NS
IMC, media (DE)	26 (6)	25 (5,5)	0,017
Tabaquismo, %	12	8	<0,001
Enfermedad cardiovascular, %	7	5	<0,001
	<b>Complicaciones en el embarazo (n = 562)</b>	<b>Ausencia de complicaciones en el embarazo (n = 3052)</b>	<b>p</b>
HTA, %	32	23	<0,001
Diabetes, %	10	5	<0,001
Dislipemia, %	40	37	
IMC, media (DE)	27 (6,4)	26 (6)	<0,001
Tabaquismo, %	7	11	0,007
Enfermedad cardiovascular, %	9	6	0,022
	<b>Enfermedad cardiovascular (n = 298)</b>	<b>Sin enfermedad cardiovascular (n = 4617)</b>	<b>p</b>
HTA, %	57	19	<0,001
Diabetes, %	14	5	<0,001
Dislipemia, %	39	37	NS
IMC, media (DE)	27 (5,8)	25,8 (5,8)	<0,001
Tabaquismo, %	8	9	NS

HTA: hipertensión arterial; IMC: índice de masa corporal; DE: desviación estándar

## 2) Cuestionario de determinantes no convencionales en mujeres de Latinoamérica

Preguntas	Opciones	Resultados
Edad		49 (13)
Estado civil	-Soltera/Sola	(857; 17,6%)
	-Casada	(2218; 45,6%)
	-En pareja	(959; 19,7%)
	-Separada/Divorciada/Viuda	(835; 17,1%)
Género	-Biológicamente femenino	(4682; 99,7%)
	-Transgénero	(12; 0,3%)
	-Transexual	(2; 0,0%)
Nivel educativo (marque el máximo nivel alcanzado)	-Nivel primario incompleto	(16; 0,3%)
	-Nivel primario completo	(40; 0,8%)
	-Nivel secundario incompleto	(147; 3,0%)
	-Nivel secundario completo	(347; 7,1%)
	-Nivel terciario incompleto	(214; 4,4%)
	-Nivel terciario completo	(711; 14,6%)
	-Nivel universitario incompleto	(495; 10,1%)
	-Nivel universitario completo	(2907; 59,6%)
País donde reside	Argentina	(2388; 49,6%)
	Bolivia	(147; 3,1%)
	Brasil	(128; 2,7%)
	Chile	(208; 4,3%)
	Colombia	(175; 3,6%)
	Costa Rica	(3; 0,1%)
	Cuba	(82; 1,7%)
	Ecuador	(5; 0,1%)
	El Salvador	(5; 0,1%)
	Guatemala	(107; 2,2%)
	Honduras	(143; 3,0%)
	México	(28; 0,6%)
	Nicaragua	(2; 0,0%)
	Panamá	(0; 0,0%)
	Paraguay	(134; 2,8%)
	Perú	(182; 3,8%)
	Puerto Rico	(73; 1,5%)
	República Dominicana	(129; 2,7%)
	Uruguay	(744; 15,5%)
	Venezuela	(71; 1,5%)
Otro	(56; 1,2%)	
¿Cuál otro país?		
¿Densidad poblacional del lugar donde reside?	-Pueblo pequeño de hasta 1999 habitantes.	(136; 2,8%)
	-Pueblo grande de 2000 a 19 999 hab.	(374; 7,7%)
	-Ciudad pequeña de 20 000 a 49 999 hab.	(574; 11,9%)
	-Ciudad intermedia de 50 000 a 499 999 hab.	(1053; 21,8%)
	-Ciudad grande de más de 500 000 habitantes.	(2697; 55,8%)
¿Puede acceder fácil y rápidamente a centro o servicio de salud?	-Sí	(4580; 94,4%)
	-No	(272; 5,6%)

(continúa)

(continuación)

Accede habitualmente a atención médica	-Pública	(793; 16,4%)
	-Privada	(4055; 83,6%)
Dominio de la vivienda		
Con respecto al agua, ¿con qué servicios cuenta?	-Agua de red pública (agua corriente)	(4372; 90,2%)
	-Agua de perforación aljibe/pozo con bomba o manual	(389; 8,0%)
	-otro	(87; 1,8%)
¿Cuenta con electricidad?	-No	(16; 0,3%)
	-Sí, de red pública	(4739; 97,9%)
	-Sí, de generador (motor a combustión)	(45; 0,9%)
	-Otras	(42; 0,9%)
Con respecto al desagüe, ¿con qué servicios cuenta?	-Desagüe conectado a red pública	(3862; 82,5%)
	-Desagüe a cámara séptica	(427; 9,1%)
	-Desagüe a pozo ciego	(349; 7,5%)
	-Otros	(42; 0,9%)
¿Con qué aparato cocina o calefacciona? (puede marcar más de una opción)	-Gas de red pública	(2700; 57,0%)
	-Gas de envasado (tubo o garrafa)	(1458; 30,8%)
	-Leña	(281; 5,9%)
	-Carbón	(20; 0,4%)
	-Eléctrico	(1456; 30,7%)
	-Otros	(67; 1,4%)
Convivientes (puede marcar más de una opción)	-Sola	(692; 14,6%)
	-Con pareja	(985; 20,8%)
	-Pareja e hijos	(2180; 46,1%)
	-Otras personas	(982; 20,8%)
	-Mascotas	(1010; 21,4%)
Dominio de trabajo		
¿Tiene trabajo remunerado?	-Sí	(3862; 79,9%)
	-No	(969; 20,1%)
Su trabajo remunerado es:	-Autónomo independiente	(1165; 31,3%)
	-En relación de dependencia	(2558; 68,7%)
¿Cuál trabajo?	-Servicio doméstico/cuidadora	(51; 1,4%)
	-Empleada de industria o fábrica	(49; 1,3%)
	-Empleada de comercio	(93; 2,5%)
	-Empleada administrativa	(522; 13,9%)
	-Docente/profesora	(384; 10,2%)
	-Profesional	(1928; 51,2%)
	-Empresaria	(166; 4,4%)
	-Jubilada	(224; 5,9%)
	-Otros	(348; 9,2%)
¿Trabaja más de 44 horas semanales?	-Sí	(1681; 45,0%)
	-No	(2051; 55,0%)
¿Le parece excesiva su carga laboral?	-Sí	(1445; 38,7%)
	-No	(2286; 61,3%)
¿Considera que su carga laboral afectó su salud física o emocional?	-Sí	(1237; 85,7%)
	-No	(207; 14,3%)

(continúa)

*(continuación)*

¿Considera acorde el salario que percibe con su carga laboral?	-Sí	(1511; 40,5%)
	-No	(2222; 59,5%)
¿Ha sufrido violencia de género a nivel laboral? (Violencia física, psicológica, sexual e institucional basada en su orientación sexual o identidad de género)	-No, nunca	(3562; 73,3%)
	-Sí, en el pasado	(1169; 24,0%)
	-Sí, actualmente	(131; 2,7%)
¿Hay equidad (igualdad) de género en su ámbito laboral en cuanto a puestos jerárquicos o remuneración?	-Sí	(2462; 66,2%)
	-No	(1259; 33,8%)
Dominio de cuestiones personales		
¿Ha sufrido alguna vez en su vida violencia o abuso sexual?	-Sí	(1229; 25,4%)
	-No	(3618; 74,6%)
¿Ha sufrido violencia de género a nivel doméstico? (Violencia física, psicológica, sexual e institucional, basada en su orientación sexual o identidad de género)	-No, nunca	(3769; 77,6%)
	-Sí, en el pasado	(1028; 21,2%)
	-Sí, actualmente	(60; 1,2%)
¿Padece o ha padecido algún tipo de discriminación social?	-Sí	(962; 19,8%)
	-No	(3894; 80,2%)
¿Cuál discriminación social?	-Por su condición étnica/racial	(151; 16,1%)
	-Por su aspecto físico	(443; 47,3%)
	-Por su cultura	(74; 7,9%)
	-Por su religión	(85; 9,1%)
	-Por su situación socioeconómica	(321; 34,3%)
	-Por su género	(269; 28,7%)
	-Por discapacidad	(25; 2,7%)
¿Tiene tiempo para realizar actividades de esparcimiento personal?	-No	(450; 9,3%)
	-Sí, poco	(2652; 54,6%)
	-Sí, frecuentemente	(1755; 36,1%)
¿Considera que la actual situación sanitaria (pandemia de COVID-19) le ha generado una sobredemanda laboral?	-No	(1136; 30,3%)
	-Sí, poco	(1281; 34,2%)
	-Sí, en gran medida	(1328; 35,5%)
¿Considera que la actual situación sanitaria le ha generado una sobredemanda personal?	-No	(1355; 28,0%)
	-Sí, poco	(2079; 43,0%)
	-Sí, en gran medida	(1399; 28,9%)
Peso (en kg)		
Altura (en cm)		
Perímetro de cintura	-Menos de 88 cm	(2520; 52,0%)
	-Mayor o igual a 88 cm	(2324; 48,0%)
¿Es hipertensa? (tensión arterial alta)	-Sí	(1052; 21,6%)
	-No	(3816; 78,4%)
¿Toma medicación para la presión arterial?	-Sí	(1054; 21,7%)
	-No	(3808; 78,3%)
¿Controla su presión arterial frecuentemente? (mensualmente)	-Sí	(2270; 46,7%)
	-No	(2594; 53,3%)
¿Conoce el valor de su colesterol total en sangre?	-Menos de 200 mg/dl	(2234; 45,9%)
	-Entre 201 y 240 mg/dl	(1140; 23,4%)
	-Más de 240 mg/dl	(202; 4,2%)
	-Desconoce	(1289; 26,5%)

*(continuación)*

¿Es diabética? Azúcar en sangre alta	-Sí	(255; 5,2%)
	-No	(4609; 94,8%)
¿Fuma?	-Sí	(509; 10,4%)
	-No, nunca	(2910; 59,6%)
	-Ahora no, pero he fumado	(1463; 30,0%)
¿Toma medicación?	-Sí	(2445; 50,3%)
	-No	(2415; 49,7%)
¿Cuál medicación?	-Antihipertensiva (para el control de la presión arterial)	(827; 34,6%)
	-Hipolipemiente (para el control del colesterol en sangre)	(520; 21,7%)
	-Hipoglucemiante (para el control del azúcar en sangre)	(252; 10,5%),
	-Aspirina	(246; 10,3%)
	-ACO/TRH (anticonceptivos orales/terapia de reemplazo hormonal)	(237; 9,9%)
	-Ansiolíticos/antidepresivos	(603; 25,2%)
	-Antiarrítmicos	(162; 6,8%)
	-Diuréticos (para el control de ICC)	(152; 6,4%)
	-Otros	(1203; 50,3%)
¿Realiza psicoterapia actualmente?	-Sí	(918; 18,9%)
	-No	(3937; 81,1%)
¿Realiza ejercicio físico 150 minutos o más por semana?	-Sí	(2262; 46,5%)
	-No	(2599; 53,5%)
¿Realiza un chequeo cardiológico anual?	-Sí	(2110; 43,4%)
	-No	(2755; 56,6%)
¿Realiza un chequeo ginecológico anual?	-Sí	(3770; 77,5%)
	-No	(1097; 22,5%)
¿Tiene enfermedad cardiovascular?	-Sí	(321; 6,6%)
	-No	(4540; 93,4%)
¿Su enfermedad cardiovascular está relacionada con...?	-Enfermedad de las arterias del corazón	(65; 21,8%)
	-Enfermedad de las arterias del cuello (carótidas) y cerebrales (ACV accidente cerebrovascular-AIT accidente isquémico transitorio)	(29; 9,7%)
	-Enfermedad de arterias periféricas (aorta abdominal y arterias de miembros inferiores)	(20; 6,7%)
	-Enfermedad de arterias renales	(2; 0,7%)
	-Arritmia	(150; 50,3%)
	-Insuficiencia cardíaca	(64; 21,5%)
¿Qué evento tuvo en las arterias del corazón?	-Infarto	(22; 35,5%)
	-Angina de pecho	(29; 46,8%)
	-Angioplastia/stent	(19; 30,6%)
	-CRM	(12; 19,4%)
¿Cuál es el nivel de satisfacción que siente actualmente en su vida personal?	-Bajo	(430; 8,8%)
	-Moderado	(2901; 59,5%)
	-Alto	(1543; 31,7%)

*(continúa)*

*(continuación)*

¿Consume más de 100 g de alcohol por semana ? (Más de 1 litro de vino, más de 3 litros de cerveza, más de 300 ml de bebida blanca semanalmente)	-Sí	(462; 9,5%)
	-No	(4412; 90,5%)
¿Consume drogas?	-No, nunca	(4618; 94,7%)
	-Sí, en el pasado	(178; 3,7%)
	-Sí, actualmente	(79; 1,6%)
¿Tuvo embarazos?	-No	(1011; 20,7%)
	-Sí	(3551; 72,8%)
	-Sí, con tratamiento de fertilidad	(123; 2,5%)
	-Sí, lo/los perdí (pérdida espontánea del embarazo/ recurrentes)	(140; 2,9%)
	-Sí, interrumpí voluntariamente el embarazo	(55; 1,1%)
¿Tuvo complicaciones en el embarazo?	-Sí	(562; 15,6%)
	-No	(3052; 84,4%)
¿Cuál complicación?	-Hipertensión	(244; 44,9%)
	-Diabetes	(92; 16,9%)
	-Parto prematuro (menos de 37 semanas)	(318; 58,6%)
¿Siente que la maternidad limitó su crecimiento profesional?	-Sí, en gran medida	(358 ; 10,1%)
	-Sí, poco	(1115; 31,4%)
	-No	(2075; 58,5%)
¿Considera tener una dieta equilibrada y saludable?	-No	(751; 15,4%)
	-Sí, poco	(2115; 43,4%)
	-Sí, frecuentemente	(2012; 41,2%)
¿Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormida en el último tiempo?	-No	(2093; 42,9%)
	-Sí, pocas veces	(1453; 29,8%)
	-Sí, frecuentemente	(1328; 27,2%)
¿Ha sentido desinterés, pensamientos negativos o infelicidad en las últimas 2 semanas?	-Sí	(2028; 41,7%)
	-No	(2840; 58,3%)
¿Se siente ansiosa o irritable?	-Sí	(2528; 51,9%)
	-No	(2343; 48,1%)
¿Cuál considera que es actualmente la principal causa de muerte en la mujer?	-Enfermedad Cardiovascular	(1856; 38,1%)
	-Enfermedades infecciosas	(39; 0,8%)
	-Enfermedades respiratorias	(42; 0,9%)
	-Cáncer	(2164; 44,4%)
	-Femicidio	(709; 14,6%)
	-Otra	(62; 1,3%)