Análisis de los determinantes sociales que influyen en la Carga de las Enfermedades Cardiovasculares en los Hispanos/Latinos en los Estados Unidos

Mary Foster Gaillard

Spanish 4190-001

Fecha: 3/15/22

**Resumen**

 Una de las principales causas de muerte y enfermedades más prevalentes en la comunidad hispana en los Estados Unidos es la enfermedad cardiovascular (ECV). El propósito de este artículo fue describir algunos de los determinantes sociales más relevantes que influyen en la prevalencia de los problemas cardiovasculares, y algunas de las estrategias o intervenciones que han demostrado ser efectivas en el control de las enfermedades cardiovasculares en los Latinos de los Estados Unidos (EE. UU.). La metodología utilizada para esta revisión de la literatura incluye el uso de fuentes tales como libros, artículos científicos revisados por colegas, y sitios web confiables. Solo se utilizaron fuentes de los años 2000-2022 en el artículo para mantener la información lo más relevante y confiable posible. El modelo socioecológico se utilizó para identificar los determinantes sociales a partir de los niveles individual, microsistema, exosistema y macrosistema que afectan las tasas de enfermedad cardiovascular en la población hispana. Los determinantes sociales que se analizan en el artículo son la actividad física, la predisposición genética, la alimentación saludable, el rol de los padres, las barreras del idioma impuestas por el sistema, el acceso a la salud, el efecto de aculturación, y los valores culturales. El hallazgo central del artículo fue que las intervenciones más efectivas para las ECV utilizan una promotora, o trabajador de salud comunitaria, para implementar la estrategia. Además, sería interesante continuar la investigación con otro estudio para ver cómo las promotoras mejoraron los resultados en una parte diferente de la atención médica, como en el aumento de los niveles de seguro.

**Introducción**

 Hay muchos determinantes sociales que influyen en el riesgo de las enfermedades cardiovasculares para los hispanos que viven en EE. UU. El propósito de este artículo fue estudiar los determinantes sociales de las ECV en los hispanos que viven en los EE. UU., a través de una revisión de la literatura científica sobre el tema, y con base en el Modelo Socio ecológico. Los hispanos son el grupo minoritario más numeroso en los EE. UU. y por eso es importante investigar las enfermedades con mayor incidencia en su población.

 El objetivo de esta investigación fue describir algunos de los determinantes sociales más relevantes que influyen en la prevalencia de los problemas cardiovasculares, y algunas de las estrategias o intervenciones que han demostrado ser efectivas en el control de las enfermedades cardiovasculares en los Latinos de los EE. UU.

Esta investigación se centró en los hispanos de los EE. UU. El término hispano se utiliza para nombrar a cualquier persona que habla español o que desciende de una familia de origen hispanoamericano y vive en los EE. UU (Cambridge Dictionary, n.d.).  Hay 53 millones residiendo hispanos en los EE. UU. En 2020 la mortalidad total para los hispanos en los EE. UU. fue 305,708 (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2022). 40% de toda la población está debajo de 20 y 65 por ciento está debajo de 35. (Durand, 2006). En 2020, el 14.8% de toda la población hispana en los EE. UU vivía por debajo del umbral de la pobreza (Statista Research Department, 2021). En 2018, el porcentaje de los hispanos que había terminado la escuela secundaria era del 67% y el 12% había obtenido una licenciatura. (Noe-Bustamante, 2020) Algunas de las enfermedades más prevalentes y principales causas de muerte en la comunidad hispana son enfermedades cardiovasculares, cáncer, accidentes, apoplejía, y diabetes. La encuesta de salud nacional y examen de nutrición (NHANES) es una encuesta nacional que observa el estado de salud y nutrición de toda la población que vive en EE. UU. y es muy útil en este artículo (CDC, 2017). Las ECV son la causa número uno de muerte en los hispanos. La prevalencia de ECV son 33.4% para los hombres hispanos y 30.7% para las mujeres hispanas (Rodríguez et al., 2014).

 Las enfermedades cardiovasculares son un grupo de enfermedades del corazón y los vasos sanguíneos; incluyendo el ataque cardíaco, el accidente cerebrovascular, la cardiopatía congénita, la embolia pulmonar y otras (World Health Organization [WHO], 2021). En este artículo, se analizarán los determinantes sociales para determinar su impacto en la ECV. Según la Organización Panamericana de la Salud, la definición de los determinantes sociales es “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen” (Organización Panamericana de la Salud [OPS], n.d.) Estas circunstancias son el resultado de la distribución del poder, dinero, y los recursos y dependen del gobierno. Algunos ejemplos son la educación, el trabajo, el acceso a servicios de salud, la edad, el género, las redes sociales, etc.

 El Modelo Socio Ecológico (MSE) ayuda a entender la relación entre los individuos, familias, las comunidades y los factores sociales, así como también a entender los factores de riesgo para muchas enfermedades (CDC, 2022). El MSE incluye cinco niveles de investigación sobre los factores. El primero nivel es individual y esto se compone de la edad, el sexo, la raza, los grupos, la historia familiar y lo que creen personalmente de una persona. El segundo nivel es el microsistema. Esto es el ambiente inmediato de una persona como su familia, escuela, los amigos, etc. El siguiente nivel es el exosistema, que se compone de entornos más distales, como el trabajo, los métodos de comunicación, los servicios sociales y la sociedad en general. En el macrosistema se expresan las actitudes e ideologías de la cultura del individuo. El nivel del mesosistema es donde se superponen los factores de los micro y exosistemas (Vilariño, 2002). Todos estos niveles son cruciales para comprender los determinantes sociales detrás de los resultados de salud y la conexión entre las diferentes relaciones con las personas en su vida y su efecto en la salud.

Figura 1: Modelo Socio-ecológico de la Salud.



Fuente: Gratacós M. (2020) El Modelo Ecológico de Bronfenbrenner

 La metodología utilizada para esta revisión de la literatura incluye el uso de fuentes tales como libros, artículos científicos revisados por colegas, y sitios web confiables. En general, utilicé fuentes de los años 2000-2022 porque son la información más actualizada. No utilicé fuentes de antes del año 2000 porque no son tan relevantes y no serían precisas en la descripción. El propósito de este artículo fue completar un análisis de los determinantes sociales de los ECV usando el modelo socio-ecológico de la salud y la respuesta a las siguientes preguntas. ¿Cuáles son los determinantes sociales de la salud que influyen en la carga de enfermedades cardiovasculares en los latinoamericanos? Y, ¿Cuáles son las intervenciones y estrategias basadas en la evidencia para reducir la prevalencia de las enfermedades cardiovasculares en la población Latina de los Estados Unidos? Para continuar, explicaré los determinantes sociales encontrados en la revisión de la literatura y los organizaré dentro de los niveles del modelo socio-ecológico, incluyendo el nivel individual, microsistema, exosistema y macrosistema.

**Revisión de la Literatura**

**Determinantes Sociales de la Salud a Nivel Individual**

 Primero, es el nivel individual. Estos determinantes sociales se centran en las cosas que forman parte de la persona. Su edad, raza, sexo, etc. Los dos elegidos para este artículo son la actividad física y la predisposición genética.

***La Actividad Física***

La actividad física es muy importante para reducir el riesgo de los ECV. Ambos hombres y mujeres hispanos tienen una baja prevalencia de actividad física que los blancos no hispanos. La tasa es 41.9% y 40.5% para los hombres y mujeres hispanos y 52.3% y 49.6% para los blancos no hispanos (Bautista, et al., 2011). En un estudio realizado en 2011, dos de las barreras percibidas más frecuentes para hacer ejercicio en la población hispana fueron “falta de tiempo” y “mucho cansancio'' (Bautista, et al., 2011). Esta barrera para hacer ejercicio se ve afectada en gran medida por los trabajos que están disponibles para los inmigrantes hispanos. El 43% de los trabajadores hispanos están empleados en agricultura, pesca y silvicultura, el 37,9% en limpieza y mantenimiento de terrenos y el 35,7% en construcción y extracción (Dubina, 2021). Todos estos trabajos requieren una cantidad extrema de mano de obra que dejaría muy poco tiempo para cualquier otro ejercicio. También, todos de estos trabajos requieren largas horas que no dejan tiempo extra para hacer ejercicio. A nivel individual, la actividad física es un determinante social importante para las enfermedades cardiovasculares.

***Predisposición Genética***

 La predisposición genética de una persona tiene un gran impacto en su riesgo de desarrollar una ECV. Hay muchas enfermedades de su familia que aumentan la tasa de ECV en los hispanos. Primero, el colesterol alto. El colesterol alto es cuando el nivel de colesterol total en su cuerpo es 240 o superior. Depende de su edad, género, y tipo de cuerpo. Causa la formación de depósitos de grasa dentro de los vasos sanguíneos. Es causada por los hábitos alimenticios poco saludables, falta de actividad física, y el uso de tabaquismo (US National Library of Medicine, 2021). En los mexicanos mayores de 20 años, por ejemplo, 48.1% de los hombres y 44.7% de las mujeres tienen altos niveles de colesterol (Rodríguez et al. 2014). Segundo, la prevalencia de diabetes es dos veces mayor en los hispanos que en los blancos no hispanos. Una persona hispana tiene 1.5 veces más probabilidades de morir de diabetes que una persona blanca o no hispana (Rodríguez et al., 2014). La diabetes es una enfermedad cuando una persona tiene los niveles altos de glucosa en la sangre. Con el tiempo, el exceso de glucosa en la sangre puede causar problemas serios, como los ECV, derrames cerebrales, y la necesidad de amputar un miembro (US National Library of Medicine, 2021). También, la obesidad es un gran problema. En los participantes mexicanos en la encuesta de salud nacional y examen de nutrición en 2005 a 2008, 77.5% de los hombres y 75.1% de las mujeres tienen sobrepeso o obesidad (Rodríguez et al., 2014). Para todas las enfermedades, cuando uno de sus padres tiene la enfermedad, aumenta su riesgo de tenerla y su riesgo de desarrollar los ECV, una predisposición genética.

**Determinantes Sociales de la Salud a Nivel del Microsistema**

El nivel de microsistema del modelo socioecológico se centra en los amigos y el ambiente más cercano de una persona, como la familia, la escuela y los amigos. Los factores más relevantes en relación con la enfermedad cardiovascular son la alimentación saludable y el rol de los padres. Todos estos factores tienen un gran efecto en la salud cardiovascular de una persona.

***La Alimentación Saludable***

Además, la alimentación saludable es muy importante para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Las dietas en la cultura hispana tienden a ser menos saludables debido a los roles de género tradicionales, el rol de la familia, y el precio de la comida sana. Primero, los roles de género tradicionales juegan un papel importante en las dietas de la población hispana. En la cultura hispana tradicional, la mujer es la responsable de proveer una comida para la familia. Por lo tanto, muchos hombres solteros o divorciados, sin una mujer que los mantenga, recurren a comidas congeladas o comidas rápidas para comer. Estos alimentos contribuyen a una mayor carga de enfermedad para los hombres hispanos. También hay más hombres latinos que mujeres que trabajan fuera del hogar. Esto también aumenta la cantidad de hombres que comen comida para llevar y comidas rápidas y fáciles de preparar en lugar de comidas ricas en nutrientes preparadas en casa. Segundo, las familias hispanas tienden a ser más numerosas y tienen vínculos más estrechos que las familias estadounidenses. No es raro que las comidas se compartan entre varias generaciones; por lo tanto, cualquier cosa que se sirva es lo que se espera que coma toda la familia, independientemente de su valor nutricional (Overcash y Reicks, 2021). También, la comida saludable puede ser extremadamente costosa. En promedio, los alimentos más saludables cuestan casi el doble por porción que los alimentos poco saludables (Kern et. al., 2017). Esto hace que la compra de alimentos saludables sea extremadamente difícil para la población hispana, que como se dijo anteriormente, el 14.8% de toda la población hispana en los EE. UU vivía por debajo del umbral de la pobreza (Statista Research Department, 2021). Todos estos aspectos explican por qué la alimentación saludable es muy difícil para los hispanos.

***Rol De Los Padres***

Los padres juegan un papel importante en las decisiones que las personas toman con respecto a su salud. Especialmente para los niños, los padres toman la gran mayoría de las decisiones por ellos, teniendo un gran impacto en su salud y también en los factores de riesgo para las ECV. Estos efectos se pueden ver en la elección de alimentos y las prácticas de actividad física. Como se discutió anteriormente, la alimentación saludable es un gran problema en la comunidad hispana; sin embargo, hay grandes vínculos con las elecciones de los padres que afectan los patrones de alimentación de los niños por el resto de sus vidas. El modelado de los padres, o cómo comen los padres, y el entorno del hogar tienen un gran efecto en el peso de los niños (Lilo et al, 2019). También hay un estilo de crianza autoritario común que puede causar una relación poco saludable con la comida para los niños. Prácticas como usar alimentos como recompensa o requerir un plato limpio de un niño pueden llevar a comer en exceso y otros comportamientos poco saludables. (Lilo et al, 2019). Un estudio realizado sobre la actividad física en Canadá también se puede aplicar para comprender los efectos de los padres en la actividad física de los niños. (Parashak and Thompson, 2014). Es probable que los niños sigan el modelo de sus padres y, como se discutió anteriormente, la población hispana tiene tasas mucho más bajas de ejercicio. (Bautista, et al., 2011). La forma en que los padres viven sus vidas y toman decisiones saludables o no saludables tiene un gran impacto en la salud de sus hijos, específicamente en lo que respecta a la nutrición y la actividad física.

**Determinantes Sociales de la Salud a Nivel del Exosistema**

El nivel del exosistema es ambientes más distales como el trabajo, su cultura, los medios de comunicación, los servicios sociales y sociedad en general. Algunos ejemplos son las barreras del idioma y el acceso a la salud.

***Las Barreras del Idioma Impuestas por el Sistema***

 Un gran determinante social de los hispanos de la salud es la barrera del idioma. Hay seis de cada diez adultos hispanos en los EE. UU. que tienen dificultades cuándo hablan con su médico (Swanson, 2018). Es un problema de comprensión y no poder entender al médico y el curso de tratamiento. En muchos hospitales, es muy difícil conseguir un traductor y los pacientes tienen que depender de sus familiares. También, hay una falta de los materiales educativos sobre el riesgo de enfermedades cardiacas para los hispanos y en español (Swanson, 2018). El problema es causado en parte por la falta de acceso a la misma calidad de educación para las minorías que otros grupos y en parte por la falta de recursos disponibles en español. La barrera del idioma es un gran problema para la tasa de ECV en los hispanos.

***Acceso a la Salud***

 Para los hispanos, es más difícil obtener la misma calidad de servicios de salud que una persona blanca. Primero, es difícil obtener el seguro de salud. En 2019, 20.3% de todos los mexicanos no tenía ningún seguro de salud en comparación con 6.3% de la población blanca no hispana (Office of Minority Health, 2019). Es un gran problema porque muchos médicos no aceptan pacientes sin seguro de salud. Segundo, muchos hispanos tienen trabajos servicios o están en un nivel socioeconómico bajo. Incluso si tienen seguro de salud, se requieren copagos en hospitales y para ciertos tratamientos de salud que no pueden pagar (Escarce, 2006). Finalmente, muchos hispanos no tienen un proveedor de atención primaria. Esto hace que se pasen por alto muchas enfermedades prevenibles y puede permitir que se conviertan en algo peor (Escarce, 2006). Todas las razones son barreras al acceso a la salud para los hispanos.

**Determinantes Sociales de la Salud a Nivel Macrosistema**

 Finalmente, es el nivel de macrosistema. Este nivel está comprometido de las actitudes e ideologías y experiencias de una cultura. Dos factores que son importantes en las enfermedades cardiovasculares son el efecto de la aculturación y los factores protectores en la cultura.

***Efecto de la Aculturación***

La aculturación se define como el proceso de adaptación a una nueva cultura evaluada por la integración a los valores, comportamientos, creencias y actitudes culturales del nuevo país. Los investigadores han clasificado la aculturación en cuatro categorías: integración, asimilación, separación, y marginación (Rodríguez et al., 2014). La integración es mantener actitudes y comportamientos de la cultura original pero también asumir nuevos valores de la nueva cultura. La asimilación es la adopción total de los valores de la nueva cultura. La separación es rechazar los valores de la nueva cultura y mantener los antiguos. Finalmente, la marginación es no identificar la cultura original de la nueva cultura dominante (Rodríguez et al., 2014). El estrés asociado con el proceso de aculturación, así como los cambios de comportamiento, hacen que la aculturación sea un factor importante para ECV en los hispanos.

***Factores Protectores en La Cultura***

 Hay algunos factores protectores de los ECV en la cultura de los hispanos. Primero, es el tema del familismo. Las familias están más cerca en la cultura de los hispanos que en los EE. UU. y tienen más generaciones. Muchas decisiones se toman en función de la participación de la familia. El familismo es el tema que describe la lealtad extrema y el compromiso. Es un factor protector de los ECV porque hay más apoyo emocional y además apoyo financiero de su familia (Rodríguez et al., 2014)

 También, la religión es un factor protector. 91% de los hispanos tienen una afiliación con religión y el tipo más común es católico romano, 56% (Rodríguez et al., 2014). Hay niveles más bajos de alcoholismo y tabaquismo en la población de los hispanos porque los valores de su religión son muy importantes. Alcoholismo y tabaquismo son dos factores de riesgo para los ECV y los niveles más bajos de uso ayudan a disminuir el riesgo de desarrollar los ECV.

**Conclusiones**

En conclusión, el modelo socio-ecológico es muy útil para identificar los determinantes sociales de la enfermedad cardiovascular en la población hispana en los Estados Unidos.

El primer nivel del modelo, el nivel individual, se caracteriza por creencias y valores personales que afectan su salud (Vilariño, 2002). Algunos factores que son importantes a nivel individual son la actividad física y la predisposición genética. La población hispana en su conjunto reporta promedios más bajos de ejercicio que otras poblaciones, lo cual es un factor de riesgo para las ECV (Bautista, et al., 2011). También hay tasas elevadas de colesterol alto, diabetes y obesidad que hacen que algunos hispanos estén genéticamente predispuestos a desarrollar enfermedades cardiovasculares. (US National Library of Medicine, 2021). Creo que una intervención efectiva en este nivel sería apuntar a las escuelas primarias y promover la educación de la importancia de la actividad física tanto en inglés como en español, para que todos los estudiantes tuvieran acceso a este conocimiento.

El siguiente nivel del modelo es el microsistema, que incluye factores familiares, escolares y laborales. Los ejemplos utilizados en el artículo son la alimentación saludable y el rol de los padres. Las dietas en la cultura hispana tienden a ser menos saludables debido a los roles de género tradicionales, el rol de la familia, y el precio de la comida sana (Overcash y Reicks, 2021). Además, el estilo de vida de los padres tiene un gran efecto en la salud de sus hijos en lo que respecta a las prácticas de alimentación saludable y la actividad física (Lilo et al, 2019). Este nivel del modelo socio-ecológico se centra en gran medida en el papel de la familia en la toma de decisiones. Creo que una intervención efectiva sería dar clases en un centro comunitario sobre la importancia de una alimentación saludable y transmitir este conocimiento a sus hijos. También sería importante que esta enseñanza fuera en español.

A continuación, el nivel del exosistema. Algunos ejemplos son las barreras del idioma y el acceso a la salud. La barrera del idioma juega un papel importante en los malentendidos y la falta de comunicación con los médicos sobre el curso del tratamiento (Swanson, 2018). Existen múltiples barreras para la atención médica de la población hispana, como la falta de seguro, no tener la capacidad de pagar por los servicios y no tener un proveedor primario (Escarce, 2006). Una intervención para el exosistema sería implementar un programa para que los médicos y enfermeras aprendan sobre la humildad cultural y cómo discutir la medicina con pacientes de diferentes orígenes. Otra intervención podría ser clínicas de salud móviles para brindar atención gratuita a pacientes hispanos que no tienen acceso a un seguro o la capacidad de pagar por la atención.

Finalmente, el macrosistema está compuesto por ideologías y creencias que son significativas para la cultura en su conjunto. Dos ejemplos de determinantes sociales de este nivel son el efecto de la aculturación y los factores protectores de la cultura. Hay mucho estrés que proviene de tratar de adoptar una nueva cultura que puede aumentar su riesgo de las ECV (Rodríguez et al., 2014). También existen múltiples factores protectores contra la ECV, como el familismo y la religión. (Rodríguez et al., 2014).

En mi opinión, es muy importante que los Estados Unidos dirijan programas de intervención a la población hispana en los Estados Unidos con el fin de disminuir la prevalencia de enfermedades cardiovasculares. Tendría que ser una intervención multifacética para satisfacer los determinantes sociales en cada nivel del modelo socioecológico.

**Recomendaciones**

Finalmente, se han realizado muchas investigaciones para crear sugerencias de intervenciones basadas en la evidencia con el fin de resolver este problema. La principal estrategia que se ha encontrado que es efectiva ha sido el uso de un componente cultural para administrar las intervenciones cardiovasculares. Dos ejemplos son la investigación realizada por Hayashi y la investigación realizada por Balcazar. Ambas estrategias contenían componentes culturales que mejoraron su eficacia.

En 2010, Hayashi realizó un ensayo de control aleatorio que se centró en pacientes de bajos ingresos y con seguro insuficiente. Utilizaron promotoras, o trabajadores de salud comunitarios, que ofrecían tres sesiones de treinta minutos de asesoramiento nutricional y de actividad física en las citas con el médico durante seis meses. Los pacientes en el grupo de intervención mostraron un aumento de la actividad física y mejores hábitos alimenticios en el registro de uno año. También hubo una diferencia estadísticamente significativa en la reducción de la presión arterial sistólica entre los grupos. El control solo cambió en 3,7 mientras que la intervención cambió en 5,9 (Viramontes et al., 2017). Todos estos resultados apuntan a una intervención exitosa realizada por Hayashi utilizando una promotora para influir en el cambio en los hábitos de salud de la comunidad hispana. En 2010, Balcázar también realizó un ensayo de control aleatorio donde promotoras impartieron enseñanzas por una vez cada ocho semanas durante dos horas. Los resultados de este estudio mostraron que la intervención hizo que la presión arterial diastólica disminuyera, pero no hubo suficiente diferencia para ser estadísticamente significativa. (Viramontes et al., 2017). Creo que esta prueba no fue tan exitosa porque las enseñanzas no fueron tan frecuentes como durante la prueba de Hayashi.

Como se ve en ambos estudios, los métodos de intervención más efectivos utilizan trabajadores de salud comunitarios y sus antecedentes culturales para entregar la información a la comunidad hispana. Creo que es importante realizar más investigaciones en esta área para ver cómo se podrían utilizar las promotoras con la enseñanza sobre cómo adquirir un seguro, dónde encontrar asistencia médica gratuita, cómo mantener una dieta saludable, etc. Creo que las intervenciones impartidas por una promotora tendrían un mayor número de éxitos y serían un tema importante de futuras investigaciones.

**Referencias**:

Balcázar, H., Wise, S., et al. (2012). An ecological model using promotoras de salud to prevent

cardiovascular disease on the US-Mexico border: the HEART project. *Preventing Chronic Disease*, *9*, E35. https://doi.org/10.5888/pcd9.110100

Balfour, P. C., Jr, Ruiz, J. M., et al. (2016). Cardiovascular Disease in Hispanics/Latinos in the

United States. *Journal of Latina/o Psychology*, *4*(2), 98–113. https://doi.org/10.1037/lat0000056

Bautista, L., Reininger, B., et al. (2011). Perceived barriers to exercise in Hispanic adults by

level of activity. *Journal of physical activity & health*, *8*(7), 916–925. https://doi.org/10.1123/jpah.8.7.916

Cambridge English Dictionary. (n.d). *Hispanic | definition*. Recuperado de

https://dictionary.cambridge.org/us/dictionary/english/hispanic

Dubina, K. (2021, September 15). *Hispanics in the Labor Force*. US Department of Labor.

Recuperado de https://blog.dol.gov/2021/09/15/hispanics-in-the-labor-force-5-facts#:~:text=The%20Hispanic%20proportion%20of%20the,labor%20force%2C%20at%2021.2%25.

Durand J, Telles E, Flashman J. (2006) *The Demographic Foundations of the Latino Population*.

National Research Council (US) Panel on Hispanics in the United States. National Academies Press (US). Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK19901/

Escarce JJ, Kapur K. (2006) *Access to and Quality of Health Care*. National Research Council

(US) Panel on Hispanics in the United States. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK19910/

Gratacós, M. (2020, March 6). *El Modelo Ecológico de Bronfenbrenner*. Lifeder. Recuperado de https://www.lifeder.com/modelo-ecologico-bronfenbrenner/

*Health of Hispanic or Latino population*. (2022, February 16). Centers for Disease Control and

Prevention. Recuperado de https://www.cdc.gov/nchs/fastats/hispanic-health.htm

Kern, D. M., Auchincloss, A. H., et al. (2017). Neighborhood Prices of Healthier and

Unhealthier Foods and Associations with Diet Quality: Evidence from the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. *International journal of environmental research and public health*, *14*(11), 1394. https://doi.org/10.3390/ijerph14111394

Lilo EA, Muñoz M, Cruz TH. (2019). Perceptions of Healthy Eating Among Hispanic Parent–

Child Dyads. *Health Promot. Pract*. 20(2):231-238. doi:10.1177/1524839918761866.

*Nhanes - about the National Health and Nutrition Examination Survey*. (2017, September 15).

Centers for Disease Control and Prevention. Recuperado de https://www.cdc.gov/nchs/nhanes/about\_nhanes.htm

Noe-Bustamante, L. (2020, July 29). *Education levels of recent Latino immigrants in the U.S.*

*reach new highs*. Pew Research Center. Recuperado de https://www.pewresearch.org/fact-tank/2020/04/07/education-levels-of-recent-latino-immigrants-in-the-u-s-reached-new-highs-as-of-2018/

*Office of Minority Health*. (2019). Hispanic/Latino. Recuperado de

https://minorityhealth.hhs.gov/omh/browse.aspx?lvl=3&lvlid=64#:~:text=In%202019%2C%2036.3%20percent%20of,33.0%20percent%20of%20Central%20Americans.

Organización Panamericana de la Salud *[*OPS/OMS]. (n.d.). *Determinantes Sociales de la*

*Salud*. Recuperado de https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud

Overcash, F., & Reicks, M. (2021). Diet Quality and Eating Practices among Hispanic/Latino

Men and Women: NHANES 2011-2016. *International journal of environmental research and public health*, *18*(3), 1302. https://doi.org/10.3390/ijerph18031302

Paraschak V, Thompson K. (2014). Finding strength(s): insights on Aboriginal physical cultural

practices in Canada. *Sport Soc*. 17(8): 1046-1060. Doi: [10.1080/17430437.2013.838353](https://doi.org/10.1080/17430437.2013.838353).

Rodriguez, C. J., Allison, M., Daviglus et al. (2014). Status of Cardiovascular Disease in

Hispanics/Latinos in the United States. *Circulation*, *130*(7), 593–625. https://doi.org/10.1161/cir.0000000000000071

Statista Research Department. (2021, October 5). *The poverty rate of Hispanic families U.S.*

*2020.* Recuperado de https://www.statista.com/statistics/205175/percentage-of-poor-hispanic-families--in-the us/#:~:text=In%202020%2C%2014.8%20percent%20of,level%20in%20the%20United%20States.

Swanson, E., & Conteras, R. (2018, July 27). *Latinos, Hispanics Face Language Barriers in*

*Health Care*. AARP. Recuperado de https://www.aarp.org/health/conditions-treatments/info-2018/latinos-hispanics-doctors-nursing-homes.html

*The Social-Ecological Model: A Framework for Prevention.* (2022, January 18). Centers for

Disease Control and Prevention*.* Recuperado de https://www.cdc.gov/violenceprevention/about/social-ecologicalmodel.html

U.S. National Library of Medicine. (2021, December 9). *Cholesterol*. MedlinePlus. Recuperado

de https://medlineplus.gov/cholesterol.html.

U.S. National Library of Medicine. (2021). *Diabetes.* MedlinePlus. Recuperado de

https://medlineplus.gov/spanish/diabetes.html

Vilariño, C. (2002). *El Modelo Ecológico de Bronfenbrenner Como Marco Teórico de la*

*Psicooncología* . *Anales de Psicología*. Recuperado de https://www.redalyc.org/pdf/167/16718103.pdf

Viramontes, O., Swendeman, D., & Moreno, G. (2017). Efficacy of Behavioral Interventions on

Biological Outcomes for Cardiovascular Disease Risk Reduction among Latinos: a Review of the Literature. *Journal of racial and ethnic health disparities*, *4*(3), 418–424. https://doi.org/10.1007/s40615-016-0242-z

World Health Organization. (2021, June 11). *Cardiovascular diseases (CVD)*. Recuperado de

https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)