

Análisis de los Determinantes Sociales de la Salud que influyen en las tasas de hipertensión arterial en las Comunidades Latinas en Los Estados Unidos: Una revisión de la literatura desde una perspectiva socio ecológica.

Kylie Artosky

24 de abril de 2024

SPAN 4190

Dr. Arelis Moore

Resumen

Este artículo científico analiza los Determinantes Sociales de la Salud que influyen en las altas tasas de hipertensión arterial en las comunidades Latinas en los Estados Unidos, a través de una perspectiva socio ecológica por medio de una revisión de la literatura. Es un estudio descriptivo sobre el tema de hipertensión arterial y cómo influyen los Determinantes Sociales de la Salud en el riesgo de padecer este problema de salud. Las fuentes consultadas incluyeron artículos científicos revisados por colegas, revistas científicas, y publicaciones técnicas de agencias de cooperación internacional. Los resultados demostraron que algunos de los Determinantes Sociales de la Salud más influyentes en las tasas de hipertensión arterial en cada nivel del modelo socio ecológico, fueron el nivel de ingresos, el nivel educativo alcanzado, el apoyo social, los hábitos de los padres, las interacciones del trabajo, las interacciones entre los ingresos y el acceso a la atención médica, las características del vecindario, los programas comunitarios para la promoción de la salud, la simpatía, y el fatalismo. Para combatir esta disparidad en las tasas de hipertensión arterial, es necesario implementar programas en múltiples niveles del modelo socio ecológico para cambiar efectivamente estas disparidades. Se necesitan realizar más estudios longitudinales para evaluar programas comunitarios para reducir las tasas de hipertensión arterial en la comunidad Latina. Muchos programas basados en la comunidad han sido eficaces en ensayos a corto plazo, pero ensayos más largos darían una imagen más precisa de cómo los programas pueden influir en la hipertensión arterial en general.

Introducción

El propósito de este artículo científico fue analizar los Determinantes Sociales de la Salud que influyen en las altas tasas de hipertensión arterial en las Comunidades Latinas en Los Estados Unidos (EE. UU.) a través de una perspectiva socio ecológica y por medio de una revisión de la literatura científica sobre el tema. Además, la investigación incluye programas o intervenciones basados en la evidencia que hayan demostrado ser efectivos contra este problema de salud.

Los Determinantes Sociales de la Salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan, y envejecen, incluido el sistema de salud (World Health Organization, 2024). Los Determinantes Sociales de la Salud influyen en los resultados de salud, aunque no estén directamente relacionados con la medicina. Ayudan a explicar las disparidades en salud entre distintas comunidades y ayudan a proponer políticas públicas y estrategias de intervención (Mejía, 2013). Además, los Determinantes Sociales de la Salud han sido ampliamente estudiados y, a partir de varios estudios, se ha llegado a la conclusión que representan entre el treinta y el cincuenta y cinco por ciento de los resultados de salud (World Health Organization, 2024). Los Determinantes Sociales influyen en varios problemas importantes que afectan a la población Latina de forma desproporcionada, como por ejemplo la diabetes tipo 2, el cáncer, y la hipertensión arterial. Este último es el problema de salud bajo estudio en esta investigación.

La hipertensión arterial también se conoce como presión arterial alta. La hipertensión arterial se diagnostica cuando las mediciones repetidas de la presión arterial en el consultorio de un médico alcanzan valores de 140/90 o más (Jordan et al., 2018). La hipertensión arterial se puede tratar con medicamentos, pero última instancia, las modificaciones en el estilo de vida son necesarios para tratar la enfermedad (Jordan et al., 2018). Las modificaciones en el estilo de vida como la reducción de sal en la dieta, el dejar de fumar, una dieta equilibrada, la actividad física, y la pérdida de peso son importantes en el tratamiento de la hipertensión arterial; por lo cual, los Determinantes Sociales de la Salud son tan importantes en la prevención y el control de esta enfermedad (Jordan et al., 2018). Las tasas de hipertensión arterial varían

entre los diferentes grupos de personas en los EE. UU., y uno de estos grupos que se ve afectado de manera desproporcionada por la hipertensión arterial son los Latinos.

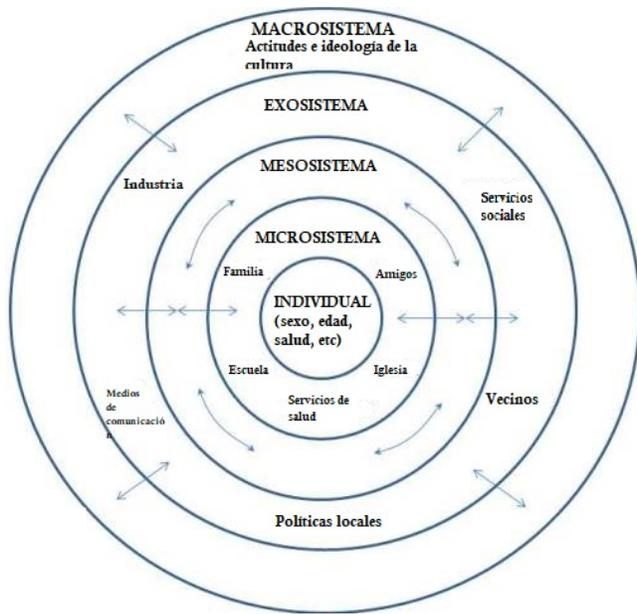
La tasa de hipertensión arterial es más alta para los Latinos que para la población general en los Estados Unidos (EE. UU.). Los estudios han encontrado una tasa más baja de hipertensión arterial entre los mexicoamericanos que entre los blancos no Hispánicos; sin embargo, esto no es cierto para otros grupos Latinos (Elfassy et al., 2020). La tasa de prevalencia nacional de la hipertensión arterial es de 35 por cada 1000 habitantes, y este número es mayor para los cubanos (45 /1000), los dominicanos (46/1000), y otros Latinos no clasificados (42/1000) (Elfassy et al., 2020). En los EE. UU., hay 62 millones Latinos en la actualidad, lo que representa un 18.9% de la población total de los EE. UU. (Oficina de Salud de las Minorías [OMH, por sus siglas en inglés], n.d.). Los mexicanos son el subgrupo más grande de Latinos en los EE. UU., representando el 61.6% de la población Latina total (OMH, n.d.). Otros grupos con grandes porcentajes de la población Latina total son los puertorriqueños (9.6%), los centroamericanos (9.3%), y los sudamericanos (6.4%) (OMH, n.d.). Los Latinos en los EE. UU. a menudo tienen barreras cuando intentan acceder a la atención médica, por lo que es más difícil para ellos tratar su hipertensión arterial. Las encuestas realizadas han demostrado que los mexicoamericanos tenían la mayor proporción de individuos que tenían un gran nivel de pobreza, no tenían seguro médico, o tenían menos de 12 años de educación, y estos factores influyen mucho en el manejo de las enfermedades en general (Thomas & Allison, 2019). Para los Latinos en los EE. UU., las principales causas de muerte son las enfermedades del corazón, el cáncer, las enfermedades crónicas respiratorias, las lesiones no intencionales, y las enfermedades cerebrovasculares (Dominguez et al., 2015). Las enfermedades más prevalentes incluyen diabetes tipo 2, hipertensión, colesterol alto, obesidad, enfermedades cardíacas, y derrames cerebrales (Vega & Amaro, 1994). Hay muchas explicaciones para la prevalencia de la hipertensión arterial en los Latinos, y un modelo que ayuda a explicar esto es el modelo socioecológico.

El modelo socio ecológico fue desarrollado por Urie Bronfenbrenner para entender el desarrollo humano, y ahora, se utiliza en salud pública para determinar los factores que expresados a diferentes niveles del contexto social ecológico pueden afectar la salud de una persona (Kilanowski, 2017). En la

figura 1 se muestra el modelo socio ecológico. Todos los niveles del modelo socio ecológico se influyen mutuamente. La figura muestra todos los niveles, excepto el cronosistema, que es el nivel que toma en cuenta el tiempo. El cronosistema se relaciona con las transiciones y los cambios a lo largo del tiempo. Puede consistir en eventos históricos y eventos personales. El modelo está organizado en seis niveles incluyendo el nivel individual, el microsistema, el mesosistema, el exosistema, el macrosistema, y el cronosistema. El nivel individual consiste en el individuo y sus características, tales como edad, sexo, raza, etnia, y otros factores que son característicos del individuo específico (Gratacós, 2020). El individuo se encuentra en el centro del modelo (Gratacós, 2020). El microsistema es el nivel más cercano al individuo, y consiste en las interacciones del entorno inmediato (Kilanowski, 2017). El mesosistema va más allá del entorno inmediato, e incluye las interacciones entre los microsistemas (Kilanowski, 2017). El exosistema no impacta directamente en el individuo, pero incluye los servicios sociales, el vecindario, las políticas locales, los medios de comunicación, y la industria. El macrosistema incluye las actitudes e ideología de la cultura. Finalmente, el cronosistema incluye el tiempo. En este artículo, los Determinantes Sociales de la Salud, que son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan, y envejecen se clasificarán dentro de cada nivel del modelo socio ecológico en el que afectan al individuo (World Health Organization, 2024). Esto permite una implementación más eficiente de programas que pueden influir directamente a cada nivel del modelo socio ecológico, y a través de esta sinergia lograr un probable mejor impacto en la reducción del riesgo de padecer HTA para los Latinos en los EE. UU.

Figura 1

El Modelo Socio Ecológico por Bronfenbrenner: Los Niveles que Influyen en la Salud de las Personas



(Tomado del Gratacós, *Modelo Ecológico de Bronfenbrenner: sistemas y críticas*, 2020)

Esta investigación fue basada en un estudio descriptivo con base a una revisión de la literatura científica sobre el tema de hipertensión arterial y cómo influyen los Determinantes Sociales de la Salud en este problema de salud. Las fuentes consultadas incluyen artículos científicos revisados por colegas, revistas científicas, y publicaciones técnicas de agencias de cooperación internacional. Palabras clave, como “hipertensión arterial”, “Determinantes Sociales de la Salud”, y “los Latinos en los EE. UU.” fueron utilizadas para identificar publicaciones que podrían ser relevantes para el estudio. Se identificaron artículos que estaban en inglés o español, y se visualizó el resumen de estos artículos y se utilizaron los artículos relevantes para el estudio. Se excluyeron artículos en otros idiomas y artículos publicados hace más de 35 años. Los artículos científicos que se utilizaron fueron publicados desde el 1991 hasta la actualidad, con énfasis en los artículos que habían sido publicados en los últimos 10 años (del 1991 al 2024). Las preguntas que guiaron este estudio fueron: ¿Cuáles son los determinantes sociales de la salud que influyen en las altas tasas de hipertensión arterial en las poblaciones Latinas de los Estados Unidos?, ¿En cuáles niveles del modelo socio ecológico se encuentran los determinantes sociales de la salud que influyen más en el riesgo de los Latinos de padecer hipertensión arterial?, y ¿Cómo podemos reducir las tasas de hipertensión arterial en los Latinos en los Estados Unidos?

En la siguiente sección serán discutidos los Determinantes Sociales de la hipertensión arterial identificados en la revisión de la literatura dentro de cada uno de los niveles del modelo socio ecológico. Además, se realizará un análisis de la información encontrada, se incluirán las conclusiones y se discutirán futuras recomendaciones.

Revisión de la Literatura

Los Determinantes Sociales de la Salud que influyen en las disparidades de la hipertensión arterial observadas en la población Latina en los Estados Unidos clasificados según los niveles del Modelo Socio Ecológico

Nivel Individual

Estos son los factores individuales que afectan e influyen en las tasas de hipertensión. Esto incluye rasgos, identidades, y características de una persona (Gratacós, 2020). Los dos Determinantes Sociales de la hipertensión arterial incluidos en el nivel individual son el nivel de ingresos y el nivel educativo alcanzado.

El Nivel de Ingresos

Un Determinante Social de la Salud que influye en el riesgo de hipertensión arterial a nivel individual es el nivel de ingresos (Tirapani et al., 2019). En general, las personas con ingresos más bajos tienen más problemas de salud y tienen una barrera para el acceso a la atención médica. La Organización Mundial de la Salud informa que la población con ingresos más bajos está más expuesta a factores de riesgo y tiene menos acceso a los servicios de salud, lo cual crea un círculo que aumenta la situación de pobreza (Tirapani et al., 2019). Otros estudios han encontrado que la hipertensión arterial es más común y está peor controlada en personas con bajos ingresos (Anstey et al., 2019). Además, los pacientes con bajos ingresos son mucho más propensos a morir por hipertensión arterial que los pacientes con altos ingresos (Wu et al., 2012); esto podría deberse al hecho de que los pacientes con ingresos más bajos tenían más dificultades para acceder a la atención médica y pagar por los medicamentos que los pacientes con ingresos más altos. En un estudio, para los pacientes de altos ingresos, la tasa de supervivencia a tres años

fue de 86%. Para los pacientes de bajos ingresos, la tasa de supervivencia a tres años fue de 50.1% (Wu et al., 2012). Con base en estos resultados, se puede inferir que los pacientes con bajos niveles de ingresos tienden a tener peores resultados con la hipertensión arterial en comparación con los de mayores niveles de ingreso. Este es un hallazgo relevante para la comunidad Latina dado que los Latinos tienen mayores tasas de pobreza que los blancos no Latinos en los EE. UU. (Creamer, 2020).

El Nivel Educativo Alcanzado

Un nivel educativo más bajo se ha asociado con una presión arterial más alta y tasas más altas de muerte por hipertensión arterial. Por ejemplo, un estudio encontró que las personas con más de 9 años de educación tenían un 29 por ciento menos de probabilidades de tener hipertensión arterial (Pinto & Martins, 2017). Muchos estudios sobre el nivel educativo y su impacto en la hipertensión arterial han encontrado una asociación entre ambas variables, pero no hay muchas hipótesis que expliquen esta diferencia (Pinto & Martins, 2017). Una hipótesis común es que las poblaciones con niveles de educación superior son más propensas a ser conscientes de la salud y tienen una menor prevalencia de hipertensión (Zhang et al., 2024). Otra explicación podría ser que el nivel educativo a menudo se asocia con bajos ingresos, lo que hace que sea más difícil pagar la atención médica. Se necesitan más estudios para determinar por qué esto ocurre, sobre todo porque esta influencia del nivel educativo podría tener un gran impacto en los Latinos en los EE. UU. Por ejemplo, solo el 22 por ciento de los adultos Latinos tienen un título universitario, en comparación con el 47.1 para los blancos no Hispánicos (Schak & Nichols, 2017). También, hay un gran grado de variación en el nivel educativo de los Latinos por estados, con Texas, California, Arizona, Nevada, Utah, Carolina del Norte, Carolina del Sur, Idaho, y Oregón tienen más Latinos que han alcanzado sólo bajos niveles educativos. Esto podría deberse a que muchos Latinos van a estos estados para trabajar en empleos agrícolas o en la industria de servicios (Schak & Nichols, 2017).

Nivel del Microsistema

El microsistema incluye factores sociales e interpersonales, e incluye las interacciones más cerca de un individuo (Gratacós, 2020). Los dos Determinantes Sociales de la hipertensión arterial incluidos en el microsistema son el apoyo social y los hábitos de los padres.

El Apoyo Social

Muchos estudios han encontrado que el apoyo social está asociado con la reducción de la hipertensión arterial (Bell et al., 2010). El apoyo social ocurre con las relaciones interpersonales en las que una persona se siente apoyada y como si tuviera personas que pueden ayudarla si es necesario. El apoyo social actúa como amortiguador contra los factores estresantes, por lo que mayores niveles de apoyo social se asocian con una presión arterial más baja y una menor incidencia de hipertensión arterial (Bell et al., 2010). Los estudios han demostrado que los mexicoamericanos tienen tasas más bajas de hipertensión arterial en comparación con la población general, y también tienen niveles más altos de apoyo social. Debido a esto, se cree que el apoyo social es una de las razones de las tasas más bajas de hipertensión arterial (Bell et al., 2010). Hay una teoría que explica por qué el apoyo social previene la hipertensión arterial y la enfermedad en general. La adhesión a los comportamientos de salud, lo que explica que el apoyo social promueve la salud porque facilita comportamientos más saludables, como el ejercicio, la alimentación adecuada, y el no fumar (Uchino, 2006).

Los Hábitos de los Padres

El otro Determinante Social de la Salud que influye en el riesgo de padecer la hipertensión arterial son los hábitos parentales en el hogar. En hogares donde la madre o el padre fueron diagnosticados con hipertensión arterial, los niños tenían un 33% más de probabilidades de beber más de un refresco a la semana (Gopinath et al., 2014). Además, los niños con padres que eran hipertensivos consumían en promedio alimentos más densos en energía y pobres en nutrientes (Gopinath et al., 2014). Los niños con padres hipertensos tenían un 67% más de probabilidades de participar en tres comportamientos poco saludables simultáneamente y se asoció con comportamientos dietéticos poco saludables (Gopinath et al., 2014). El ambiente en que los niños fueron criados y expuestos por sus padres ayudó a determinar su riesgo a desarrollar hipertensión arterial en la adolescencia y más adelante en la

vida. Cuanto más malos hábitos estaban expuestos los niños, menos probabilidades tenían de tener comportamientos saludables como adultos, lo que aumentaba su riesgo de desarrollar hipertensión arterial (Gopinath et al., 2014).

Nivel del Mesosistema

El mesosistema es la interacción entre el microsistema y el nivel exosistema, y comprende las relaciones de dos o más entornos en que el individuo participa activamente (Gratacós, 2020). Los dos Determinantes Sociales de la hipertensión arterial incluidos en el mesosistema son las interacciones del trabajo y las interacciones entre los ingresos y las interacciones entre los ingresos y el acceso a la atención médica.

Las Interacciones del Trabajo

El trabajo es un aspecto muy importante de la salud que afecta a muchos aspectos de la vida e influye en la salud. Un estudio encontró que, en los hombres, el nivel de tensión laboral se correlacionó con la prevalencia de hipertensión arterial, incluso cuando el estudio ajustó por edad, empleo, estado civil, antecedentes familiares, actividad física, y el índice de masa corporal (Tsutsumi et al., 2001). Otros estudios han demostrado que los Latinos tienen un mayor nivel de tensión laboral, lo que contribuyó a que tuvieran menos tiempo libre físico (Bennett et al., 2006). Los Latinos tenían un nivel significativamente menor de actividad física en su tiempo libre (37.6%) que los negros no Latinos (31.85%), los asiáticos (23.95%), y los blancos no Latinos (21.2%) (Bennett et al., 2006). Debido a esto, el nivel de tensión laboral que enfrentan los Latinos influye en otros microsistemas, como la actividad física, tomando en cuenta que los Latinos principalmente residen en barrios con poco acceso a espacios recreativos, esto pudiera aumentar la posibilidad de una menor frecuencia de actividad física para los Latinos (Stodolska & Shiner, 2010). Si alguien tiene una tensión laboral más alta, no puede encontrar tiempo para la actividad física, y ambos tienen efectos en la salud y pueden aumentar el riesgo de una persona de desarrollar hipertensión arterial (Bennett et al., 2006). El nivel de esfuerzo en el trabajo puede afectar la salud mental, lo que afecta la salud física, pero también disminuye el tiempo disponible para

que una persona haga ejercicio (Bennett et al., 2006). Ambos factores aumentan el riesgo de desarrollar hipertensión arterial, y muestran interacciones entre microsistemas.

Las Interacciones entre los Ingresos y el Acceso a la Atención Médica

El otro Determinante Social de la Salud que influye en el riesgo de padecer la hipertensión arterial son las interacciones entre los ingresos y el acceso a la atención médica. El acceso a la atención médica no significa que el paciente pueda recibir atención. Significa que el paciente puede recibir atención culturalmente competente y ha aceptado un seguro médico (Lazar & Davenport, 2018). Un estudio encontró que el 62.8% de las personas que tenían dificultades para acceder a la atención médica tenían barreras económicas asociados con bajos ingresos (Kyriopoulos et al., 2014). El estudio encontró una correlación negativa entre los ingresos y las barreras económicas en el acceso a la atención médica (Kyriopoulos et al., 2014). Cuando mayor era el ingreso de la persona, menos barreras tenía para acceder a la atención médica (Kyriopoulos et al., 2014). Esto a menudo se debe al hecho de que las personas de altos ingresos pueden pagar la atención fuera del sector de la salud pública, como en el sector privado (Kyriopoulos et al., 2014). Las familias de bajos ingresos tienden a tener menos acceso a la atención médica, incluso en el entorno de la atención primaria (Newacheck et al., 1996). Las familias de bajos ingresos tenían el doble de probabilidades de carecer de atención primaria que las familias de ingresos más altos, por lo que tenían menos probabilidades de ser diagnosticados y tratados con la enfermedad (Newacheck et al., 1996). Las interacciones que se producen entre los ingresos del paciente y el acceso a la atención médica son muy grandes y están muy interrelacionadas, por lo que forman parte del mesosistema del paciente.

Nivel del Exosistema

El exosistema incluye factores institucionales y los entornos en los que la persona no participa de una forma directa (Gratacós, 2020). Los dos Determinantes Sociales de la hipertensión arterial incluidos en el exosistema son las características del vecindario y los programas comunitarios para la promoción de la salud.

Las Características del Vecindario

Un Determinante Social de la hipertensión arterial son las características del vecindario. Los Latinos en los EE. UU. Están generalmente segregados del resto de la población, y hay segregación racial presente en muchas comunidades (Rugh, 2014). Esto puede contribuir a aumentar la violencia, la discriminación en la vivienda, y la zonificación racial (Rugh, 2014). Además, estas características han contribuido al aumento de las tasas de ejecución hipotecaria para los Latinos en los EE. UU. (Rugh, 2014). El estudio encontró que los Latinos tenían 1.62 veces más probabilidades de que sus hogares fueron ejecutados que los negros no Latinos, y esto se debe en parte a la segregación racial presente en las comunidades de todo los EE. UU. (Rugh, 2014). La tasa de ejecuciones hipotecarias para los Latinos en los EE. UU. es del 14%, que es significativamente más alta que la de los negros no Latinos (11%), los asiáticos (8%), y los blancos no Latinos (6%) (Rugh, 2014). Las características del vecindario Latino crearon un problema de ejecución hipotecaria debido a la segregación racial, que afecta la salud física y mental, incluyendo las tasas de hipertensión arterial (Rugh, 2014). El estrés aumenta el riesgo de desarrollar hipertensión arterial, por lo que las características vecinales influyen en el riesgo de desarrollar hipertensión arterial (Rugh, 2014).

Los Programas Comunitarios Para la Promoción de la Salud

El otro Determinante Social de la Salud que influye en el riesgo de padecer hipertensión arterial son los programas comunitarios. Un tipo de programa comunitario utiliza promotoras o trabajadores de salud comunitarios para reducir los factores de riesgo de la hipertensión arterial (Balcázar et al., 2009). Un estudio midió la efectividad de las promotoras sobre la hipertensión arterial utilizando materiales educativos y promotoras como guías durante 9 semanas (Balcázar et al., 2009). El estudio encontró que después de 9 semanas, los participantes que tenían promotoras tenían mayores beneficios percibidos y tenían hábitos dietéticos más saludables, incluida una menor ingesta de sal y sodio (Balcázar et al., 2009). Las promotoras son modelos efectivos para programas comunitarios que pueden ayudar a reducir el riesgo de hipertensión arterial en los Latinos, y son un determinante social muy poderoso de la salud (Balcázar et al., 2009). Las políticas y los programas comunitarios pueden tener un gran efecto en la salud, pero no son

muy comunes en las comunidades hoy en día, por lo que a menudo no se utilizan tanto como deberían ser (Balcázar et al., 2009).

Nivel del Macrosistema

El macrosistema incluye factores culturales y las leyes, incluyendo las políticas gubernamentales, normas socioculturales, y valoraciones sociales (Gratacós, 2020). Los dos Determinantes Sociales de la hipertensión arterial incluidos en el exosistema son la simpatía y el fatalismo.

La Simpatía

Un Determinante Social de la Salud que influye en el riesgo de padecer hipertensión arterial es la simpatía. La simpatía es un aspecto de la cultura Latina en el que quieren promover relaciones culturales fluidas y agradables (Pérez-Stable & Salazar, 2004). Debido a que la simpatía es una parte esencial de la cultura Latina, los Latinos a menudo dan respuestas socialmente deseables a un proveedor de atención médica sobre el estado de su hipertensión o su tratamiento (Pérez-Stable & Salazar, 2004). Muchos proveedores de atención médica asumirán que una persona de herencia Latina entiende su plan de tratamiento, y si no lo hacen, esto puede crear muchos problemas para el paciente (Pérez-Stable & Salazar, 2004). Si una persona no entiende el tratamiento, no podrá cumplirlo, y su salud sufrirá como consecuencia (Pérez-Stable & Salazar, 2004). Esto sucede muy a menudo para los Latinos porque la simpatía es un valor cultural muy importante para ellos, por lo que los médicos necesitan asegurarse de que los pacientes entiendan los conceptos o el tratamiento (Pérez-Stable & Salazar, 2004). Pueden hacer esto haciendo que los pacientes repitan instrucciones o expliquen conceptos (Pérez-Stable & Salazar, 2004).

El Fatalismo

El otro Determinante Social de la Salud que influye en el riesgo de padecer hipertensión arterial es el fatalismo. El fatalismo es la creencia de que la salud está predeterminada por el destino, y se relaciona con una adopción más pobre de conductas de reducción de riesgo (Gutiérrez et al., 2016). El fatalismo es particularmente común en la cultura Latina, y se asocia con un mayor riesgo de desarrollar

hipertensión arterial (Gutiérrez et al., 2016). Un estudio encontró correlaciones más altas de fatalismo con las mujeres, las que principalmente hablaban español, y menores ingresos familiares (Gutiérrez et al., 2016). Además, cubanos y centroamericanos reportaron niveles más altos de fatalismo que los mexicanos (Gutiérrez et al., 2016). Los cubanos tienen niveles más altos de hipertensión arterial que la población Latina en general, por lo que el fatalismo podría desempeñar un papel en la explicación de este fenómeno (Gutiérrez et al., 2016). El estudio también encontró que el fatalismo se asoció significativamente con la prevalencia de hipertensión arterial, con un aumento de una desviación estándar en el fatalismo asociado con un aumento del 17% en el diagnóstico de hipertensión (Gutiérrez et al., 2016). Si una persona cree que sus resultados de salud están fuera de su control, es más probable que tenga una baja autoeficacia y está menos motivada para tener comportamientos saludables (Gutiérrez et al., 2016).

Recomendaciones para programas o intervenciones basadas en evidencia para solucionar o mejorar la situación del problema de la hipertensión arterial en la población Latina de los Estados Unidos

El Proyecto de Mejoramiento de la Hipertensión

Un programa basado en la evidencia que ha disminuido las tasas de hipertensión arterial en los EE. UU. para los Latinos es el Proyecto de Mejoramiento de la Hipertensión (Rocha-Goldberg et al., 2010). Este programa se realizó en Carolina del Norte, en las ciudades de Durham, Chapel Hill, y Raleigh (Rocha-Goldberg et al., 2010). Para probar la efectividad del programa, se utilizó un diseño de pruebas, una prueba al inicio del programa y otra al final. El programa incluyó una intervención para estimular el cambio del estilo de vida conductual, pero adaptada culturalmente para mejorar los comportamientos de salud en los Latinos (Rocha-Goldberg et al., 2010). Este programa fue cuasi-experimental porque los participantes no fueron asignados aleatoriamente a un grupo de control o experimental.

La intervención utilizada en este estudio fue una combinación de estudios e intervenciones anteriores, como el programa PREMIER, una empresa que se especializa en la pérdida de peso y el programa de mantenimiento de pérdida de peso. Sin embargo, en este estudio, se adaptaron culturalmente y se tradujeron al español. La intervención se basó en principios de teoría cognitiva social y autogestión

conductual (Rocha-Goldberg et al., 2010). Enfatiza la capacidad del individuo para regular el comportamiento estableciendo metas y alcanzando las habilidades necesarias para alcanzar metas. El programa también utilizó entrevistas motivacionales, que ayudaron a los participantes a explorarse a sí mismos y sus propios pensamientos (Rocha-Goldberg et al., 2010). Para que el programa fuera efectivo, se adaptaron recetas tradicionales de las culturas Latinas y se promovieron actividades físicas como baile. Además, el intervencionista era Latino. La intervención consistió en seis sesiones grupales semanales. Las sesiones de grupo comenzaron con la medición del peso de cada participante, y se animó a los participantes a identificar áreas en sus propias vidas donde podrían hacer cambios (Rocha-Golberg et al., 2010). Cada participante estableció metas para la semana y se les proporcionó diarios de comida y actividad. Los participantes recibieron comentarios sobre su auto-monitoreo, y cada dos semanas, se llevó a cabo una demostración de recetas con recetas modificadas de la cultura Latina. En las semanas alternas, se realizaron 20 minutos de ejercicio físico (Rocha-Goldberg et al., 2010).

Después de completar el programa, los participantes completaron una encuesta y se midió la presión arterial. Se tomaron tres lecturas de presión arterial y se calculó el promedio. La presión arterial sistólica se redujo un promedio de 10.4 puntos, lo que es un gran efecto sobre la presión arterial (Rocha-Goldberg et al., 2010). La evaluación de este programa mostró que las intervenciones para la hipertensión arterial pueden ser eficaces para reducir la presión arterial. Este programa influye en múltiples niveles del modelo socio ecológico, por lo que probablemente fue tan efectivo. El nivel individual fue dirigido a medida que el programa se centró en la dieta, el microsistema a través de la formación de grupos en la comunidad local, y el mesosistema pues se establecieron cambios en las normas culturales, como por ejemplo con respeto a la alimentación. Un programa similar a este podría disminuir la incidencia de hipertensión arterial para los Latinos en los EE. UU. y permitirles vivir una vida más saludable.

Modelo de Alcance Comunitario de Promotoras de Salud

Otro programa basado en la evidencia que ha disminuido las tasas de hipertensión arterial en los EE. UU. para los Latinos es el programa de trabajadores de salud comunitarios, también conocidos como promotoras de salud (Balcázar et al., 2009). Este programa se realizó en El Paso, Texas, que tiene una

gran población Latina (Balcázar et al., 2009). En este experimento, los participantes fueron asignados aleatoriamente a un grupo de control o a un grupo experimental (Balcázar et al., 2009).

El programa utilizó la investigación participativa basada en la comunidad para desarrollar la colaboración con el fin de recibir comentarios de la comunidad a través de foros, grupos focales, y una encuesta comunitaria (Balcázar et al., 2009). La intervención del grupo experimental consistió en una intervención de promotora de 9 semanas que consistió en la versión en español de los módulos educativos *Tu Corazón, Tu Vida*, además de un nuevo módulo de hipertensión arterial (Balcázar et al., 2009). El módulo *Tu Corazón, Tu Vida* es un modelo educativo comúnmente utilizado para educar a los pacientes sobre la hipertensión arterial y su tratamiento (Balcázar et al., 2009). Se utilizó una fotonovela, similar a una tira cómica, y la información fue entregada por promotoras de salud (Balcázar et al., 2009). La información se dio a los participantes en sesiones de 2 horas, y las primeras sesiones consistieron en los módulos, con las sesiones posteriores centradas en preguntas y cambios en el estilo de vida (Balcázar et al., 2009). El grupo de control recibió materiales de educación general en español (Balcázar et al., 2009). En ambos grupos, la presión arterial se midió al inicio, a las tres semanas, a las seis semanas, y al final del programa (Balcázar et al., 2009). Además, se midió el peso y la talla para calcular el índice de masa corporal y se midió la circunferencia de la cintura (Balcázar et al., 2009). Por último, a cada participante se le entregó un cuestionario para ver cuán útil percibían el programa y cómo sus comportamientos habían cambiado a lo largo del programa (Balcázar et al., 2009). Para medir las diferencias entre los grupos, se realizó un análisis de chi-cuadrado (Balcázar et al., 2009).

Después de completar el programa de nueve semanas, hubo un aumento estadísticamente significativo en los beneficios percibidos y dos comportamientos saludables para el corazón (Balcázar et al., 2009). Los dos comportamientos saludables para el corazón que tuvieron un aumento estadísticamente significativo fueron la discriminación en la ingesta de sal y sodio y la disminución en la ingesta de colesterol y grasa (Balcázar et al., 2009). Además, se encontró que la gravedad percibida y los hábitos de salud de control de peso eran marginalmente significativamente diferentes (Balcázar et al., 2009). En el grupo de intervención, el 22% de los sujetos se clasificaron en el rango normal de presión arterial al inicio

del programa, y este número aumentó al 26% después del programa de nueve semanas (Balcázar et al., 2009). En el grupo control, hubo una disminución en el porcentaje de personas clasificadas como tenedores de presión arterial normal, lo que sugiere que el programa de control no fue efectivo (Balcázar et al., 2009). A pesar de algunos de los beneficios de las promotoras en la reducción de la presión arterial, la disminución de la presión arterial no fue estadísticamente significativa (Balcázar et al., 2009). Sin embargo, se crearon hábitos saludables a lo largo del programa, que deberían disminuir la presión arterial con el tiempo (Balcázar et al., 2009). Un programa más largo probablemente mostraría diferencias más significativas en la presión arterial y el tratamiento de la hipertensión arterial (Balcázar et al., 2009).

Análisis

Hay muchos Determinantes Sociales de la Salud que influyen en las tasas de hipertensión arterial en los EE. UU., específicamente con relación a los Latinos y sus tasas desproporcionadas de hipertensión arterial. A nivel individual, dos Determinantes Sociales de la Salud que influyen en las tasas de hipertensión arterial son el nivel de ingresos y el nivel educativo alcanzados. A nivel microsistema, el apoyo social y los hábitos de los padres influyen en las tasas, y en el nivel mesosistema, las interacciones del trabajo y las interacciones entre los ingresos y el acceso a la atención médica son importantes. A nivel exosistema, las características del vecindario y los programas comunitarios para la promoción de la salud influyen en la hipertensión arterial. Al nivel del macrosistema, la simpatía y el fatalismo, aspectos de la cultura, influyen en la salud.

Sin embargo, todos los niveles del modelo socio ecológico interactúan entre sí, lo que significa que los Determinantes Sociales de la Salud también interactúan entre sí. Un Determinante Social de la Salud puede afectar a otro, por lo que es tan importante crear intervenciones en múltiples niveles del modelo socio ecológico. Cuando hay Determinantes Sociales de la Salud presentes en múltiples niveles, el impacto de cada uno es mayor de lo que sería solo. Debido a esto, para crear programas eficaces que reduzcan los niveles de hipertensión arterial para los Latinos en los EE. UU., se necesita poner más énfasis en la creación de programas que pueden afectar a múltiples niveles del modelo socio ecológico.

Cambiar los comportamientos y la salud a nivel individual no es suficiente porque cambiar la salud de una persona no cambia el programa más grande, que son los niveles desproporcionados de hipertensión arterial para los Latinos en los EE. UU.

Para crear un cambio de las tasas desproporcionadas, es necesario que se produzca un cambio en todos los niveles del modelo socio ecológico. A nivel individual, las personas pueden cambiar sus comportamientos y hábitos para hacerlos más saludables. A nivel microsistema, se puede lograr un cambio en las escuelas, las familias, y el hogar. A nivel mesosistema, puede haber cambios que faciliten la interacción de los microsistemas y el exosistema. Puede haber más comunicación y conciencia entre todos los aspectos de la vida, incluyendo el trabajo, la escuela, y la salud. A nivel exosistema, se pueden implementar más servicios para la comunidad. Por último, a nivel macrosistema, las políticas y las leyes pueden cambiarse y los individuos pueden ser más conscientes de las influencias del macrosistema, como la cultura.

Conclusiones

Los Determinantes Sociales influyen en la salud de toda la población a niveles múltiples del modelo socio ecológico. Sin embargo, los Determinantes Sociales de la Salud que enfrentan los Latinos son mayores que la población general, y muchos obstáculos que enfrentan impactan negativamente su salud y aumentan su riesgo de muchas enfermedades, incluida la hipertensión arterial. Para combatir esta disparidad en las tasas de hipertensión arterial, es necesario implementar programas en múltiples niveles del modelo socio ecológico para cambiar efectivamente estas disparidades. Es difícil cambiar los Determinantes Sociales de la Salud, pero los programas dirigidos a múltiples niveles del modelo pueden reducir el riesgo de desarrollar hipertensión arterial para los Latinos en los EE. UU. Además, los programas deben ser culturalmente sensibles y tener en cuenta las necesidades específicas de los Latinos en los EE. UU. La implementación de programas culturalmente sensibles también ayudará a reducir el riesgo de desarrollar hipertensión arterial para los Latinos en los EE. UU.

Recomendaciones

Con el fin de eliminar las disparidades en las tasas de hipertensión arterial para los Latinos en los EE. UU., es necesario implementar más programas basados en la evidencia en las comunidades locales y en la sociedad en general. Programas como el proyecto de mejoramiento de la hipertensión y el modelo de alcance comunitario de promotoras de salud han tenido éxito a nivel local. Programas como estos pueden implementarse a nivel local para brindar apoyo a las comunidades locales, pero también pueden implementarse a escala nacional.

Para comprender mejor los Determinantes de la Salud y el impacto que los diferentes Determinantes tienen en las tasas de hipertensión arterial, es necesario realizar más estudios. Además, se necesitan realizar estudios más largos de programas comunitarios para reducir las tasas de hipertensión arterial en la comunidad Latina. Muchos programas basados en la comunidad han sido eficaces en ensayos a corto plazo, pero ensayos más largos darían una imagen más precisa de cómo los programas pueden influir en la hipertensión arterial en general. Dado que ayudar a cambiar los comportamientos en múltiples niveles del modelo socio ecológico es influyente, es probable que las tasas de hipertensión arterial disminuyan más con el aumento de la duración del programa.

Referencias

- Anstey, D. E., Christian, J. P., & Shimbo, D. (2019). Income inequality and hypertension control. *Journal of the American Heart Association*, 8(15). <https://doi.org/10.1161/jaha.119.013636>
- Balcázar, H., Byrd, T., Ortiz, M., Tondapu, S. R., & Vivas, M. C. (2009). A Randomized Community Intervention to Improve Hypertension Control among Mexican Americans: Using the Promotoras de Salud Community Outreach Model. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 20(4), 1079–1094. <https://doi.org/10.1353/hpu.0.0209>
- Bell, C. N., Thorpe, R. J., & LaVeist, T. A. (2010). Race/Ethnicity and Hypertension: The Role of Social Support. *American Journal of Hypertension*, 23(5), 534–540. <https://doi.org/10.1038/ajh.2010.28>
- Bennett, G. G., Wolin, K. Y., Avrunin, J. S., Stoddard, A. M., Sorensen, G., Barbeau, E. M., & Emmons, K. M. (2006). Does race/ethnicity moderate the association between job strain and leisure time physical activity? *Annals of Behavioral Medicine*, 32(1), 60–67. https://doi.org/10.1207/s15324796abm3201_7
- Creamer, J. (2020, September 15). *Inequalities persist despite decline in poverty for all major race and Hispanic origin groups*. United States Census Bureau. <https://www.census.gov/library/stories/2020/09/poverty-rates-for-blacks-and-hispanics-reached-historic-lows-in-2019.html#:~:text=Hispanics%20comprised%2018.7%25%20of%20the,of%20the%20population%20in%20poverty.>
- Del Pilar Rocha-Goldberg, M., Corsino, L., Batch, B. C., Voils, C. I., Thorpe, C. T., Bosworth, H. B., & Svetkey, L. P. (2010). Hypertension Improvement Project (HIP) Latino: results of a pilot study of lifestyle intervention for lowering blood pressure in Latino adults. *Ethnicity & Health*, 15(3), 269–282. <https://doi.org/10.1080/13557851003674997>
- Dominguez, K., Penman-Aguilar, A., Chang, M.-H., Moonesinghe, R., Castellanos, T., Rodriguez-Lainz, A., & Schieber, R. (2015). Vital Signs: Leading Causes of Death, Prevalence of Diseases and Risk Factors, and Use of Health Services Among Hispanics in the United States - 2009-2013.

Centers for Disease Control and Prevention MMWR, 64(17), 469–478.

<https://www.cdc.gov/mmwr/pdf/wk/mm64e0505.pdf>.

- Elfassy, T., Hazzouri, A. Z. A., Cai, J., Baldoni, P. L., Llabre, M. M., Rundek, T., Raij, L., Lash, J. P., Talavera, G. A., Wassertheil-Smoller, S., Daviglius, M. L., Booth, J. N., Castañeda, S. F., Garcia, M., & Schneiderman, N. (2020). Incidence of hypertension among US Hispanics/Latinos: The Hispanic Community Health Study/Study of Latinos, 2008 to 2017. *Journal of the American Heart Association*, 9(12). <https://doi.org/10.1161/jaha.119.015031>
- Gopinath, B., Louie, J. C. Y., Flood, V., Rochtchina, E., Baur, L. A., & Mitchell, P. (2014). Parental history of hypertension and dietary intakes in early adolescent offspring: a population-based study. *Journal of Human Hypertension*, 28(12), 721–725. <https://doi.org/10.1038/jhh.2014.12>
- Gratacós, M. (2020, March 6). *Modelo Ecológico de Bronfenbrenner: sistemas y críticas*. Lifeder. <https://www.lifeder.com/modelo-ecologico-bronfenbrenner>
- Gupta, R., & Gupta, S. (2010). Strategies for initial management of hypertension. *Indian Journal of Medical Research*, 132(5), 531–542. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3028941/>
- Gutiérrez, Á., McCurley, J. L., Roesch, S. C., González, P., Castañeda, S. F., Penedo, F. J., & Gallo, L. C. (2016). Fatalism and hypertension prevalence, awareness, treatment and control in US Hispanics/Latinos: results from HCHS/SOL Sociocultural Ancillary Study. *Journal of Behavioral Medicine*, 40(2), 271–280. <https://doi.org/10.1007/s10865-016-9779-x>
- Iancu, M. A., Mateiciuc, I., Stănescu, A. M. A., Matei, D., & Diaconu, C. C. (2020). Therapeutic Compliance of Patients with Arterial Hypertension in Primary Care. *Medicina*, 56(11), 631. <https://doi.org/10.3390/medicina56110631>
- Jordan, J., Kurschat, C., & Reuter, H. (2018). Arterial hypertension Diagnosis and Treatment. *Deutsches Ärzteblatt International*, 557–568. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0557>
- Kannel, W. (2007). Hypertensive Risk Assessment: Cardiovascular Risk Factors and Hypertension. *The Journal of Clinical Hypertension*, 6(7), 393–399. <https://doi.org/10.1111/j.1524-6175.2004.03605.x>

- Kilanowski, J. F. (2017). Breadth of the Socio-Ecological Model. *Journal of Agromedicine*, 22(4), 295–297. <https://doi.org/10.1080/1059924x.2017.1358971>
- Kyriopoulos, I., Zavras, D., Skroumpelos, A., Mylona, K., Athanasakis, K., & Kyriopoulos, J. (2014). Barriers in access to healthcare services for chronic patients in times of austerity: an empirical approach in Greece. *International Journal for Equity in Health*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/1475-9276-13-54>
- Lazar, M., & Davenport, L. (2018). Barriers to health care access for Low Income Families: A Review of literature. *Journal of Community Health Nursing*, 35(1), 28–37. <https://doi.org/10.1080/07370016.2018.1404832>
- Mejía, L. (2014). Los Determinantes Sociales de la Salud: base teórica de la salud pública. *Revista Facultad Nacional De Salud Pública*, 31, 28–36. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.13423>
- Minor, D. S., Wofford, M. R., & Jones, D. W. (2008). Racial and ethnic differences in hypertension. *Current Atherosclerosis Reports*, 10(2), 121–127. <https://doi.org/10.1007/s11883-008-0018-y>
- Newacheck, P., Hughes, D., & Stoddard, J. (1996). Children's Access to Primary Care: Differences by Race, Income, and Insurance Status. *American Academy of Pediatrics*, 97(1), 26–32. <https://doi.org/10.1542/peds.97.1.26>
- Office of Minority Health. (n.d.). *Hispanic/Latino health*. <https://minorityhealth.hhs.gov/hispaniclatino-health#:~:text=According%20to%202020%20Census%20data,the%20largest%20at%2061.6%20percent.>
- Pérez-Stable, E. J., & Salazar, R. (2004). Issues in achieving compliance with antihypertensive treatment in the Latino population. *Clinical Cornerstone*, 6(3), 49–64. [https://doi.org/10.1016/s1098-3597\(04\)80064-4](https://doi.org/10.1016/s1098-3597(04)80064-4)
- Pinto, I. C., 1, Martins, D., & Department of Diagnostic and Therapeutic Technologies, School of Health Sciences, Polytechnic Institute of Bragança, Av D. Afonso V, 5300-121, Bragança, Portugal. (2017). Prevalence and risk factors of arterial hypertension: A literature review. *Journal of*

Cardiovascular Medicine and Therapeutics, 1(2), 1–7.

<https://core.ac.uk/download/pdf/154409123.pdf>

Rugh, J. S. (2014). Double Jeopardy: Why Latinos were hit hardest by the US foreclosure crisis. *Social Forces*, 93(3), 1139–1184. <https://doi.org/10.1093/sf/sou107>

Schak, J. O., & Nichols, A. H. (2017). *Degree Attainment for Latino Adults: National and State Trends*. The Education Trust. https://edtrust.org/wp-content/uploads/2014/09/Latino-Degree-Attainment_FINAL_4-1.pdf.

Stodolska, M., & Shinew, K. J. (2010). Environmental constraints on leisure time physical activity among Latino urban residents. *Qualitative Research in Sport and Exercise*, 2(3), 313–335. <https://doi.org/10.1080/19398441.2010.517038>

Thomas, I. C., & Allison, M. (2019). Hypertension in Hispanics/Latinos: Epidemiology and Considerations for Management. *Current Hypertension Reports*, 21(6). <https://doi.org/10.1007/s11906-019-0947-6>

Tirapani, L. D. S., & Da Silva Fernandes, N. M. (2019). A narrative review of the impacts of income, education, and ethnicity on arterial hypertension, diabetes mellitus, and chronic kidney disease in the world. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation: An Official Publication of the Saudi Center for Organ Transplantation, Saudi Arabia*, 30(5), 1084–1096. <https://doi.org/10.4103/1319-2442.270264>

Tsutsumi, A., Kayaba, K., Tsutsumi, K., & Igarashi, M. (2001). Association between job strain and prevalence of hypertension: a cross sectional analysis in a Japanese working population with a wide range of occupations: the Jichi Medical School cohort study. *Occupational and Environmental Medicine*, 58(6), 367–373. <https://doi.org/10.1136/oem.58.6.367>

Uchino, B. N. (2006). Social Support and Health: A review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(4), 377–387. <https://doi.org/10.1007/s10865-006-9056-5>

- Van Dusseldorp, M., Smits, P., Lenders, J. W., Thien, T., & Katan, M. (1991). Boiled coffee and blood pressure. A 14-week controlled trial. *Hypertension*, *18*(5), 607–613.
<https://doi.org/10.1161/01.hyp.18.5.607>
- Vega, W. A., & Amaro, H. (1994). Latino outlook: Good health, uncertain prognosis. *Annual Review of Public Health*, *15*(1), 39–67. <https://doi.org/10.1146/annurev.pu.15.050194.000351>
- World Health Organization. (2024). *Social determinants of health*. https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1
- Wu, W., Yang, L., Peng, F., Yao, J., Zou, L., Liu, D., Jiang, X., Li, J., Gao, L., Qu, J., Kawut, S. M., & Jing, Z. (2013). Lower Socioeconomic Status Is Associated with Worse Outcomes in Pulmonary Arterial Hypertension. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, *187*(3), 303–310. <https://doi.org/10.1164/rccm.201207-1290oc>
- Zhang, X., Yu, S., Qi, L., Li-Na, X., & Yang, Q. (2023). Association of educational attainment with hypertension and type-2 diabetes: A Mendelian randomization study. *SSM - Population Health*, *25*. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2023.101585>