



Hispanic Community Health Study Reporte de Datos

Un Reporte para las Comunidades



U.S. Department of Health and Human Services
National Institutes of Health
National Heart, Lung, and Blood Institute

Reporte de Datos del Estudio de la Salud de la Comunidad Hispana Estudio de los Latinos

Un Reporte para las Comunidades



U.S. Department of Health and Human Services
National Institutes of Health



National Heart, Lung,
and Blood Institute

NIH Publication No. 13-7951

September 2013

Tabla de Contenido

I. Prólogo	5
II. Reconocimientos	6
III. Introducción	8
<i>Descripción del estudio</i>	8
<i>Cómo leer este Reporte de Datos – Una Guía</i>	8
<i>Definición de los grupos</i>	9
<i>Descripción de los gráficos</i>	9
IV. Descripción de los centros de investigación	11
<i>Centro de Investigación del Bronx</i>	11
<i>Centro de Investigación de Chicago</i>	12
<i>Centro de Investigación de Miami</i>	13
<i>Centro de Investigación de San Diego</i>	14
V. Descripción de los participantes	16
<i>Participantes clasificados por origen étnico</i>	16
<i>Participantes clasificados por edad y sexo</i>	17
<i>Participantes clasificados por niveles de educación e ingresos</i>	18
<i>Participantes clasificados por uso de idioma preferido</i>	19
<i>Participantes clasificados por lugar de nacimiento y tiempo vivido en los Estados Unidos</i>	19
VI. Condiciones médicas	21
<i>Cardiopatía coronaria y derrame cerebral</i>	21
<i>Enfermedad pulmonar</i>	23
<i>Salud oral</i>	26
<i>Sordera</i>	28

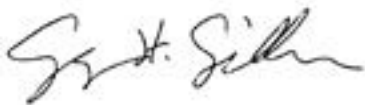
VII. Factores de riesgo para la enfermedad cardiovascular	29
<i>Hipertensión arterial</i>	29
<i>Colesterol</i>	30
<i>Prediabetes y diabetes</i>	32
<i>Obesidad</i>	35
<i>Fumar</i>	36
<i>Síntomas de depresión</i>	38
<i>Síntomas de ansiedad</i>	39
<i>Problemas del sueño</i>	40
<i>Múltiples factores de riesgo para la enfermedad cardiovascular</i>	42
VIII. Estilo de vida	44
<i>Alimentación</i>	44
<i>Actividad física</i>	47
IX. Conocimiento, tratamiento y control	50
<i>Conocimiento, tratamiento y control de la hipertensión arterial</i>	50
<i>Conocimiento, tratamiento y control de la diabetes</i>	53
X. Seguro médico	56
<i>Cobertura del seguro médico</i>	56
<i>Tipos de seguro médico</i>	56
XI. Resumen	58
XII. Referencias	59

I. Prólogo

Nos complace presentar un resumen de los resultados de la investigación médica del Estudio de la Salud de la Comunidad Hispana/Estudio de los Latinos a las comunidades y participantes del estudio más grande de salud de las poblaciones hispanas/latinas en los Estados Unidos. El propósito de este estudio es entender los temas de salud que afectan a los grupos hispanos/latinos en los Estados Unidos e incluye investigaciones sobre muchas enfermedades y condiciones de importancia especial para las comunidades hispanas/latinas.

Los participantes en este estudio han entendido el valor de la investigación sobre las causas de enfermedades para mejorar la vida de los hispanos/latinos en particular y de todos los estadounidenses en general. Ellos han aportado muchas horas participando en una evaluación clínica, respondiendo muchas preguntas acerca de su estado de salud y colaborando con otras medidas después del haberse ido del centro del investigación. El éxito de este estudio se debe a su dedicación y contribución de tiempo y esfuerzo. Las organizaciones patrocinadoras en los Institutos Nacionales de Salud, las universidades e investigadores que participaron en este estudio y todas las personas que se beneficiarán de esta investigación agradecen a los participantes su compromiso.

Este reporte presenta datos del primer examen de participantes que asistieron al Estudio de la Salud de la Comunidad Hispana/Estudio de los Latinos. En éste se resaltan las áreas de salud que están teniendo un impacto positivo en estas comunidades y aquellas que necesitan mayor atención para mejorar vidas. Todas las personas que han hecho de este estudio una realidad merecen el agradecimiento de la nación.



Gary H. Gibbons, M.D.

Director

Instituto Nacional del Corazón, los Pulmones y la Sangre

(National Heart, Lung, and Blood Institute)

Institutos Nacionales de Salud

(National Institutes of Health)

II. Reconocimientos

Se expresa un agradecimiento especial a los participantes que aportaron su tiempo y esfuerzo y al extraordinario personal que realizó el estudio. Puede verse una lista de este personal en la página <http://www.csc.unc.edu/hchs/>

Investigadores que contribuyeron a este reporte:

Abreu, Maria de los Angeles, MPA, CCPR

Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill

Arredondo, Elva, PhD

Universidad Estatal de San Diego

Avilés-Santa, Larissa, MD, MPH

Instituto Nacional del Corazón, los Pulmones y la Sangre, NIH

Barr, R. Graham, MD, DrPH

Universidad de Columbia

Beck, James, PhD

Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill

Birnbaum-Weitzman, Orit, PhD

Universidad de Miami

Buelna, Christina, MA

Universidad Estatal de San Diego

Cai, Jianwen, PhD

Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill

Castañeda, Sheila F., PhD

Universidad Estatal de San Diego

Cruickshanks, Karen J., PhD

Universidad de Wisconsin

Daviglus, Martha, L., MD, PhD

Universidad de Illinois, Chicago; Universidad de Northwestern

Giachello, Aida, PhD

Universidad de Northwestern

González, Sara, PhD

Escuela de Medicina de Albert Einstein

Heiss, Gerardo, MD, PhD

Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill

Isasi, Carmen, MD, PhD

Escuela de Medicina de Albert Einstein

Kaplan, Robert, PhD

Escuela de Medicina de Albert Einstein

Redline, Susan, MD, MPH

Hospital Brigham y de la Mujer

Rodríguez, Bárbara, MS(c)

Universidad Estatal de San Diego

Sanchez, Carlos, MD

Universidad de Illinois, Chicago

Schneiderman, Neil, PhD

Universidad de Miami

Siega-Riz, Anna Maria, PhD, RD, LDN

Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill

Silsbee, Lorraine, MHS

Instituto Nacional del Corazón, los Pulmones y la Sangre, NIH

Smoller, Sylvia, PhD

Escuela de Medicina de Albert Einstein

Talavera, Gregory A., MD, MPH

Universidad Estatal de San Diego

Sorlie, Paul, PhD

Instituto Nacional del Corazón, los Pulmones y la Sangre, NIH

Wilkins, Tania M., MS

Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill

Sotres, Daniela, DrPH

Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill

Youngblood, Marston, MA, MPH

Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill

Talavera, Ana, MPH

Universidad Estatal de San Diego

RECONOCIMIENTO DE LA FINANCIACIÓN

El Estudio de la Salud de la Comunidad Hispana/Estudio de los Latinos (HCHS/SOL) es un estudio colaborativo patrocinado por contratos del Instituto Nacional del Corazón, los Pulmones y la Sangre (National Heart, Lung, and Blood Institute, NHLBI) con la Universidad de Carolina del Norte (University of North Carolina, N01-HC65233), Universidad de Miami (University of Miami, N01-HC65234), Escuela de Medicina de Albert Einstein (Albert Einstein College of Medicine, N01-HC65235), Universidad de Northwestern (Northwestern University, N01-HC65236) y Universidad Estatal de San Diego (San Diego State University, N01-HC65237). Los siguientes institutos, centros y oficinas contribuyeron al HCHS/SOL por medio de una transferencia de fondos al NHLBI: Instituto Nacional de la Sordera y otros Trastornos de la Comunicación (National Institute on Deafness and Other Communication Disorders), Instituto Nacional de Investigación Dental y Craneofacial (National Institute of Dental and Craniofacial Research), Instituto Nacional de la Diabetes y las Enfermedades Digestivas y Renales (National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases), Instituto Nacional de la Salud de las Minorías y Disparidades en Salud (National Institute on Minority Health and Health Disparities), Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares (National Institute of Neurological Disorders and Stroke), Oficina de Suplementos Dietéticos del NIH (Office of Dietary Supplements).

RECONOCIMIENTO EDITORIAL

Con agradecimiento a Nancy Eng, NHLBI

III. Introducción

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

El Estudio de la Salud de la Comunidad Hispana/Estudio de los Latinos (HCHS/SOL), que comenzó en el 2006, es un estudio comprensivo de cohortes, multicéntrico, longitudinal y basado en la comunidad de las poblaciones hispanas/latinas en los Estados Unidos. Entre el 2008 y el 2011, se reclutaron 16,415 adultos hispanos/latinos de los EE.UU. de una muestra aleatoria de hogares en cuatro comunidades ubicadas en el Bronx, Chicago, Miami y San Diego que participaron en un examen clínico inicial. Cada comunidad tuvo más de 4,000 participantes de diversos orígenes hispanos/latinos que se identificaron como cubanos, dominicanos, puertorriqueños, mexicanos, centroamericanos o sudamericanos pertenecientes a diversos grupos socioeconómicos. Los participantes fueron seleccionados para representar a la población de cada comunidad en los EE.UU para obtener aproximadamente un tercio de ellos entre las edades de 18 a 44 años y dos tercios de ellos entre 45 a 74 años (*Lavange et al., 2010; Sorlie et al., 2010*).

Los objetivos del estudio son identificar los factores de riesgo que pudieran desempeñar un papel perjudicial o de protección en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares en hispanos/latinos, y evaluar el papel de la aculturación en la prevalencia y desarrollo de factores de riesgo y enfermedades. Los participantes del estudio fueron sometidos a un extenso examen clínico



ARRIBA: reclutadora del estudio, San Diego

para determinar la prevalencia cardiovascular inicial e identificar posibles factores de riesgo y protección. El examen inicial se administró en inglés o español según la preferencia del participante. Los cuestionarios iniciales incluyeron información sobre salud personal y familiar, aculturación (incluidas las preferencias culturales de alimentación e idioma), actividad física, alimentación, sueño, ocupación y otras características personales. Las evaluaciones clínicas incluyeron exámenes dentales, de la vista y audición y muchos tipos de análisis de sangre. La actividad física y el sueño se evaluaron mediante el uso de dispositivos de medición que los participantes llevaron consigo a casa. Después de la consulta clínica, a los participantes se les dio seguimiento con regularidad mediante llamadas telefónicas para registrar eventos importantes de salud (*Sorlie et al., 2010*).

CÓMO LEER ESTE LIBRO DE DATOS – UNA GUÍA

Esta página es una guía sobre cómo entender los números y gráficos incluidos en este libro. A todos los participantes se les hicieron preguntas acerca de su estado de salud. El porcentaje de personas que respondieron que tenían

una enfermedad, condición o comportamiento pertinente a esta investigación se presenta en gráficos para los distintos grupos clasificados por edad, sexo, origen étnico o comunidad.

En este libro de datos, los porcentajes y promedios para expresar los resultados de salud se calcularon para grupos clasificados por sexo, edad y origen étnico. Todos los porcentajes y promedios se “ponderaron” para tomar en cuenta cómo se muestrearon los hogares y las personas para que fueran comparables a la población del censo de EE.UU. de 2010. Todos los porcentajes y promedios también se ajustaron por edad para que las comparaciones entre sexos y entre grupos de origen

étnico pudieran hacerse equitativamente. El ajuste por edad se realizó porque existen diferencias importantes en las edades entre los distintos orígenes étnicos. Por ejemplo, los cubanos son, en promedio, de mayor edad, y los mexicanos son, en promedio, más jóvenes. Las únicas estimaciones no ponderadas se presentan en la sección V (Descripción de los participantes), donde los números de participantes representan los conteos reales de los participantes en cada grupo.

DEFINICIÓN DE LOS GRUPOS

Edad: 18 a 44 años, 45 a 64 años y 65 a 74 años.

Sexo: hombres y mujeres.

Grupo de origen étnico hispano/latino: centroamericano, cubano, dominicano, mexicano, puertorriqueño y sudamericano.

Comunidad: Bronx, Chicago, Miami y San Diego.

DESCRIPCIÓN DE LOS GRÁFICOS

Gráfico 1: Gráfico 1: Porcentajes de participantes por nivel de educación – (Ejemplo de gráfico circular)

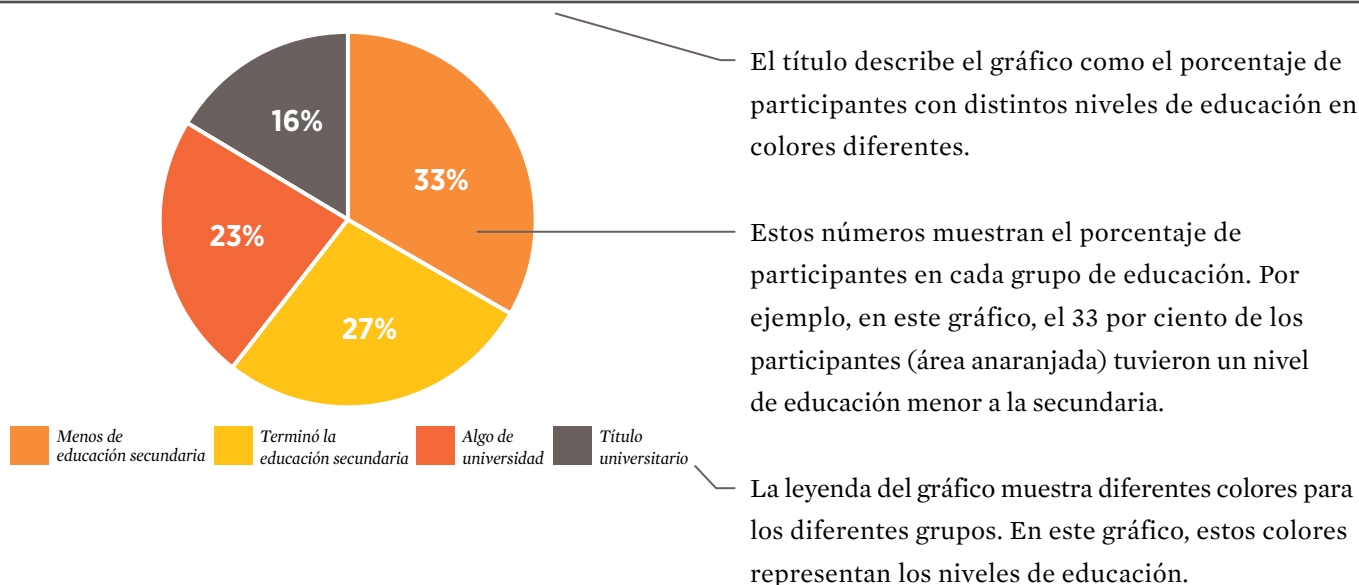
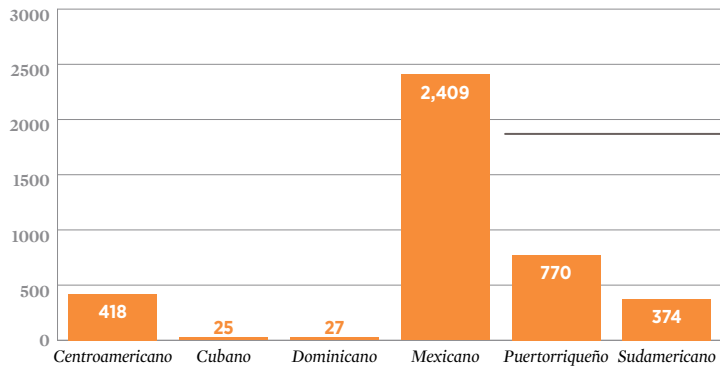


Gráfico 2: Número de participantes por origen étnico - Chicago - (Ejemplo de gráfico de barras)



Este título describe el gráfico como el número de participantes clasificados por origen étnico en Chicago.

Esta cifra muestra el número de participantes clasificados por origen étnico. En Chicago, 2,409 participantes eran de origen mexicano.

La leyenda muestra los distintos grupos clasificados por edad, sexo, origen étnico o comunidad. En este gráfico se muestran los grupos de orígenes étnicos.

IV. Descripción de los centros de investigación

CENTRO DE INVESTIGACIÓN DEL BRONX

El Centro de Investigación del Bronx está ubicado en el Bronx, Nueva York, que es uno de los cinco distritos de la Ciudad de Nueva York. La población hispana/latina de la Ciudad de Nueva York creció un 8.1 por ciento la década pasada, alcanzando una cifra de 2,336,076 en el 2010. Los hispanos/latinos representan ahora el 28.6 por ciento de la población total de la Ciudad de Nueva York (*New York City Department of City Planning [NYCDCP], 2011*). El Bronx tiene una de las concentraciones más altas de personas hispanas/latinas de cualquier zona urbana en EE.UU. Más de la mitad de los 1.4 millones de residentes del Bronx son de origen hispano/latino (*NYCDCP, 2011*).

Los puertorriqueños son el grupo más grande de origen hispano/latino en el Bronx, seguidos por los dominicanos, mexicanos, centro y sudamericanos. Si bien la población hispana del Bronx ha tendido a concentrarse en las partes del sur y oeste del distrito, el crecimiento poblacional más grande durante los últimos años en la población hispana/latina aconteció en los barrios fuera de estas áreas (*NYCDCP, 2011*).

El Bronx ha desempeñado un papel importante en el desarrollo de la historia hispana/latina en los Estados Unidos. Sonia Sotomayor, quien en el 2009 se convirtió en la primera persona de origen hispano/latino en servir en el Tribunal Supremo de los EE.UU., nació y creció en el Bronx. La Dra. Helen Rodriguez-Trias, una activista en salud pública y derechos humanos que fue la primera latina en dirigir la Asociación Estadounidense de Salud Pública (*American Public Health Association*), fue miembro del profesorado de la Escuela de Medicina de

Albert Einstein en el Bronx. El Bronx también popularizó la música tanto de salsa como de hip-hop.



DE ARRIBA A ABAJO: Calle Fordham; perfil de la ciudad del Bronx-Manhattan; Plaza de Fordham

Un participante del Bronx

“Comencé este programa en el 2008, y estoy participando hasta ahora, 2013. Considero que este estudio es muy importante para que puedan encontrar soluciones para las enfermedades de la gente hispana, y al mismo tiempo puedan prevenir todas las enfermedades, tales como la diabetes, presión arterial alta, obesidad y muchas más. Felicito a las personas que crearon el programa, es muy importante. ¡Muchas gracias!”

CENTRO DE INVESTIGACIÓN DE CHICAGO



DE IZQUIERDA A DERECHA: Mural en una residencia privada; perfil de la ciudad de Chicago; zona del este del Paseo Boricua, Parque Humboldt

En el 2010, casi 2.7 millones de personas vivían en Chicago, y el 29 por ciento eran de origen hispano/latino (*U.S. Census Bureau, 2010*). Chicago tiene la tercera concentración más grande de mexicanos/mexicano-americanos en los Estados Unidos, y la segunda concentración más grande de puertorriqueños. Aunque la gran mayoría de los hispanos/latinos (74 por ciento) que viven en Chicago son mexicanos/mexicano-americanos, muchos otros grupos de origen étnico también residen ahí, incluyendo individuos de centro y sudamérica y el caribe (*Ready & Brown-Gort, 2005*).

Se reclutaron participantes de seis comunidades de Chicago (Albany Park, Belmont-Cragin, Hermosa, Humboldt Park, Irving Park y Logan Square) ubicadas en el lado norte/noroeste de la ciudad. Estas comunidades reflejan la diversidad de hispanos/latinos en función de su situación

socioeconómica, origen nacional y étnico, uso de idioma y estado migratorio. Estas son comunidades vibrantes con concentraciones elevadas de negocios (p. ej., restaurantes de comida típica y bodegas/tiendas de abarrotes), botánicas (farmacias de remedios medicinales populares) y una diversidad de otros establecimientos. Prevalcen una devoción a prácticas religiosas y un énfasis en las relaciones familiares, donde los individuos viven frecuentemente en un sistema de familia extensa donde muchas generaciones (abuelos, padres y hermanos) viven juntas en diferentes pisos de un edificio con múltiples unidades.

Las comunidades hispanas/latinas de Chicago están bien organizadas y tradicionalmente cuentan con líderes dedicados que resuelven problemas y que han establecido organizaciones de servicios comunitarios, de salud y educación, así como coaliciones comunitarias para

responder a las necesidades de la comunidad. Además, las comunidades hispanas/latinas en Chicago tienen una gran riqueza cultural y en las artes. El orgullo étnico y el nacionalismo se expresan a través de murales públicos en casi todas las esquinas de los barrios hispanos/latinos

en la ciudad. Estos murales cuentan historias de justicia (o injusticia) social, luchas políticas o creencias y prácticas religiosas, y sirven para inspirar a todos los miembros de las diversas comunidades de donde fueron reclutados los participantes del HCHS/SOL de Chicago.

Un participante de Chicago

“El estudio es magnífico y disfruté de mi visita a la clínica”.

CENTRO DE INVESTIGACIÓN DE MIAMI



ARRIBA DE IZQUIERDA A DERECHA: Mosaico en Máximo Gómez / Parque Domino; entrada de la Ciudad de Hialeah; Edificio Torre de la Libertad de Miami



En el 2010, más de 2.5 millones de personas vivían en el condado de Miami-Dade, ubicado en el sureste de Florida. Dentro del condado, el 51 por ciento de los residentes nacieron en el extranjero y el 64 por ciento reportan de que hablan español en casa (*U.S. Census Bureau, 2010*). El porcentaje de personas de origen hispano/latino ha continuado aumentando durante la última década y hoy en día representa el 65 por ciento de la población (*U.S. Census Bureau, 2010*).

Los participantes en el Centro de Investigación de Miami fueron reclutados de Miami, Hialeah y Coral Gables. Miami es la comunidad más grande, con casi 400,000 residentes, de los cuales el 70 por ciento son de origen hispano/latino (*U.S. Census Bureau, 2010*). La ciudad de Hialeah

tiene 225,000 residentes, de los cuales el 95 por ciento son hispanos/latinos y la ciudad de Coral Gables tiene 47,000 residentes, de los cuales el 54 por ciento son hispanos/latinos (*U.S. Census Bureau, 2010*). En cada una de estas áreas, el grupo mayoritario es de origen cubano, seguido por el centroamericano. Estas comunidades representan una diversidad de educación e ingresos.

Miami ha desempeñado un papel único en la historia de inmigración en los Estados Unidos. En la década de los 60, hubo tres oleadas importantes de inmigrantes que llegaron de Cuba al área de Miami, e incluyeron muchas personas que tenían una buena educación o que contaban con altos niveles de habilidades. En 1980, llegó otra oleada de inmigrantes cubanos seguida, más recientemente, por inmigrantes centro y sudamericanos. La Torre de la Libertad

de Miami era la “Ellis Island” de Florida, y representa hoy en día un recuerdo de las oleadas de inmigrantes. El idioma español es hablado por más personas en Miami que en ninguna otra ciudad de EE.UU. La Pequeña Habana, un barrio de Miami, que en su día fue residencia casi exclusiva de cubanos, en la actualidad tiene inmigrantes de otros países latinoamericanos. Todavía es el centro de actividad social, cultural y política para cubanos (*Wikipedia, Miami*).

Un participante de Miami:

“El estudio es excelente ya que muchas personas necesitamos saber de nuestra salud y esta es una buena oportunidad que nos dieron”.

CENTRO DE INVESTIGACIÓN DE SAN DIEGO



FOTO DE LARISSA AVILES-SANTA



ARRIBA DE IZQUIERDA A DERECHA: Calle Tercera, Chula Vista; tranvía de San Diego; murales en el Parque Chicano

San Diego es la ciudad más al sur de California y está ubicada junto a la frontera norte de México. San Diego es el lugar de nacimiento de California y el hogar de un rico patrimonio multicultural. El cruce entre las fronteras de San Diego y Tijuana es el de mayor actividad en el mundo (*Becker & Armendariz, 2012*), lo cual la convierte en una comunidad binacional única y vibrante. Según el censo del 2010, aproximadamente un cuarto de los habitantes de San Diego son mexicanos o mexicano-americanos (*U.S. Census Bureau, 2010*).

El reclutamiento de los participantes del HCHS/SOL de San Diego se enfocó en comunidades que tienen concentraciones más altas de residentes hispanos/latinos que otras regiones en San Diego. San Diego se conoce localmente como “la Bahía del Sur” e incluye las comunidades de San Ysidro, Chula Vista, National City, Imperial Beach y Bonita.

La influencia mexicana en el condado de San Diego es cultural, política, espiritual y económica. Culturalmente, las influencias mexicanas pueden encontrarse en obras

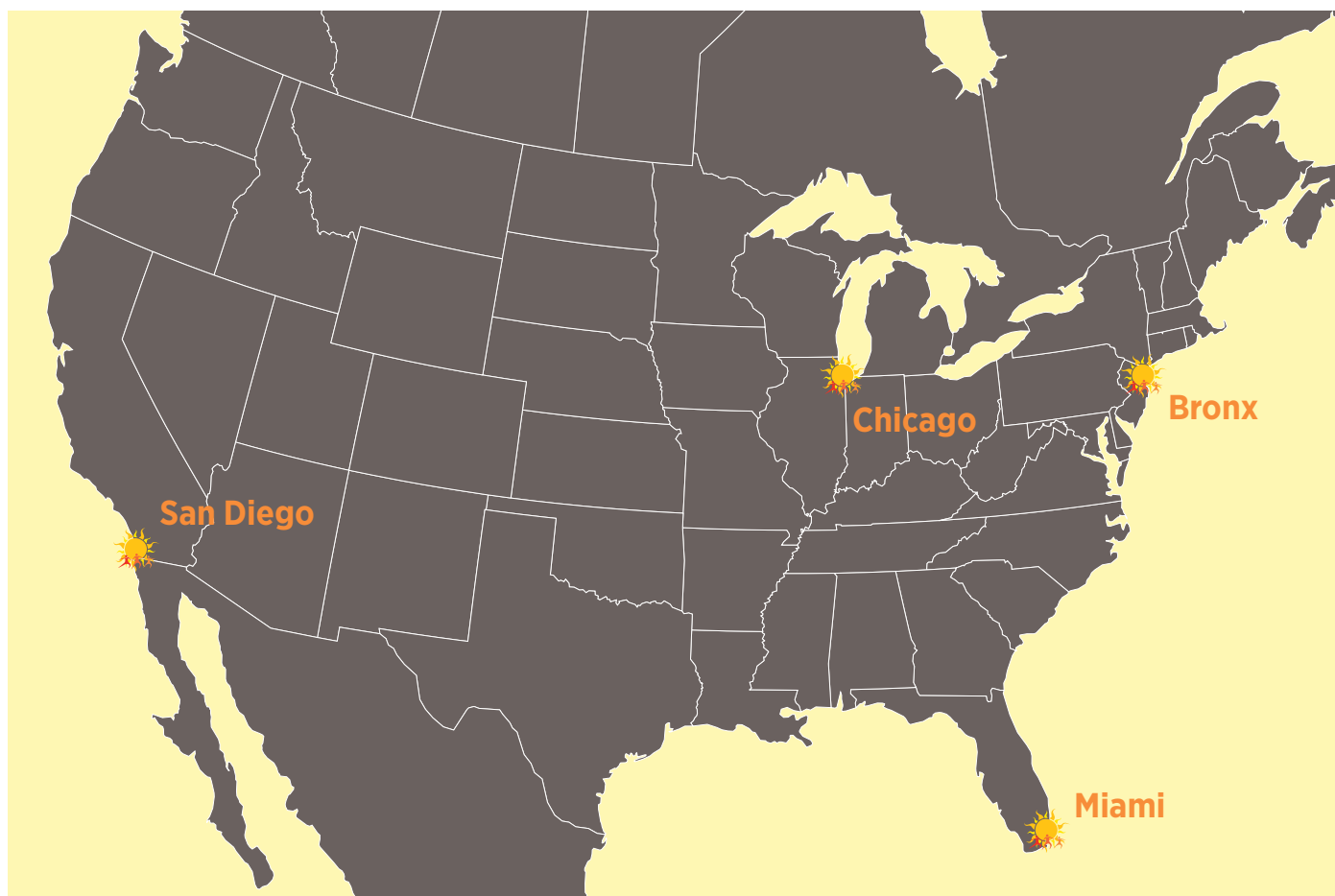
de arte locales en murales en los campus universitarios y en el Parque Chicano. Políticamente, los derechos de agua y propiedad comunitaria se basaron en las tradiciones españolas y mexicanas que consideraban el agua un recurso comunitario a dividirse conforme a las decisiones comunitarias. Espiritualmente, las tradiciones religiosas mexicanas son evidentes en las iglesias de San Diego que celebran el Día de Guadalupe y La Posada. San Diego es la

sede de la primera iglesia en California, la Misión (Basílica) de San Diego de Alcalá, que fue fundada en 1769. Económicamente, la mano de obra mexicana desempeña un papel muy importante en el desarrollo y mantenimiento de la economía agrícola de San Diego. La influencia de la cultura mexicana es innegable y continúa dando forma al desarrollo de San Diego (Kucher, 2010).

Un participante de San Diego

“El programa es muy bueno y siento que lo que hice servirá para futuras generaciones. ¡Muchas gracias!”

Ubicación de los centros de investigación

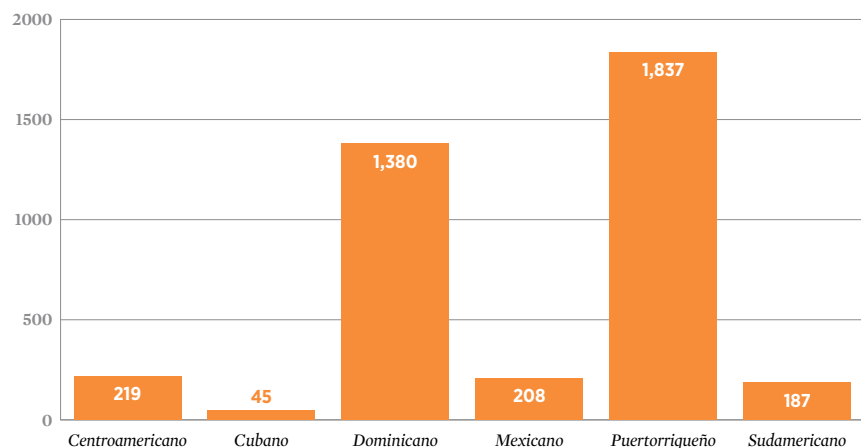


V. Descripción de los participantes

PARTICIPANTES CLASIFICADOS POR ORIGEN ÉTNICO

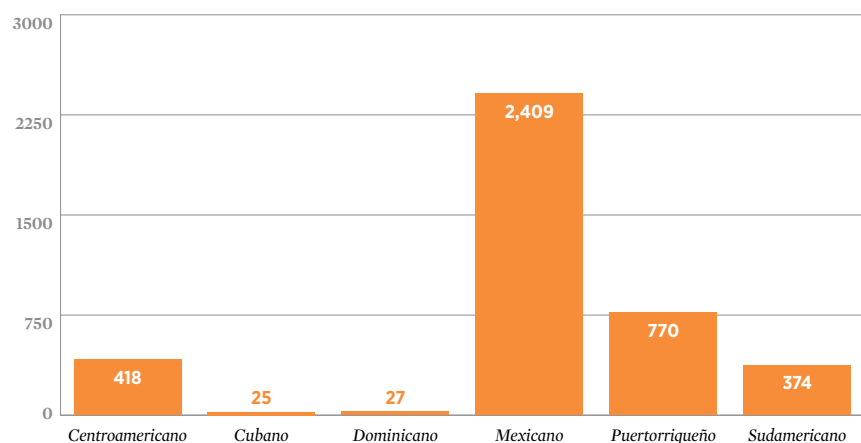
El origen étnico se determinó por lo que los participantes reportaron de su patrimonio o ascendencia. No se muestra el número muy pequeño de participantes que describieron su origen étnico como "diverso/otro" o que no describieron un origen étnico específico.

Gráfico 3: Número de participantes por origen étnico - Bronx



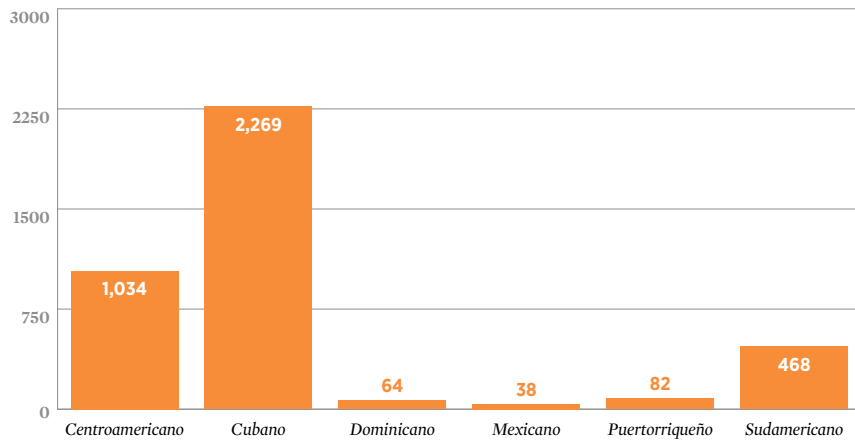
En el Centro de Investigación del Bronx, la mayoría de los participantes son de origen puertorriqueño, seguidos por aquellos de origen dominicano.

Gráfico 4: Número de participantes por origen étnico - Chicago



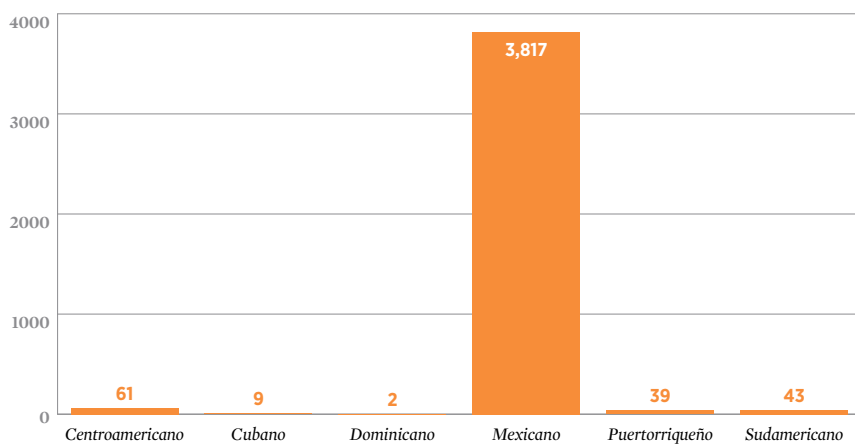
En el Centro de Investigación de Chicago, la mayoría de los participantes son de origen mexicano, seguidos por aquellos de origen puertorriqueño, centroamericano y sudamericano.

Gráfico 5: Número de participantes por origen étnico - Miami



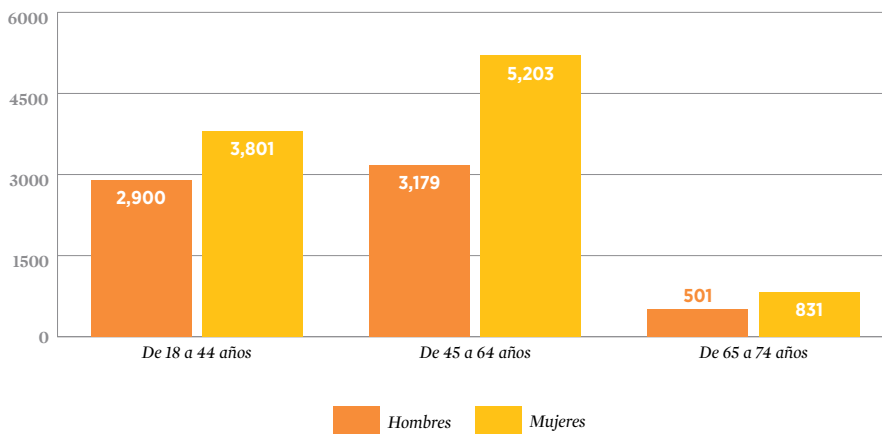
En el Centro de Investigación de Miami, la mayoría de los participantes son de origen cubano, seguidos por aquellos de origen centroamericano y sudamericano.

Gráfico 6: Número de participantes por origen étnico - San Diego



En el Centro de Investigación de San Diego, la gran mayoría de los participantes son de origen mexicano.

Gráfico 7: Número de participantes por grupo de edad y sexo



En el estudio, 6,701 participantes se encuentran en el grupo de 18 a 44 años de edad, 8,382 en el grupo de 45 a 64 años de edad y 1,332 en el grupo de 65 a 74 años de edad.

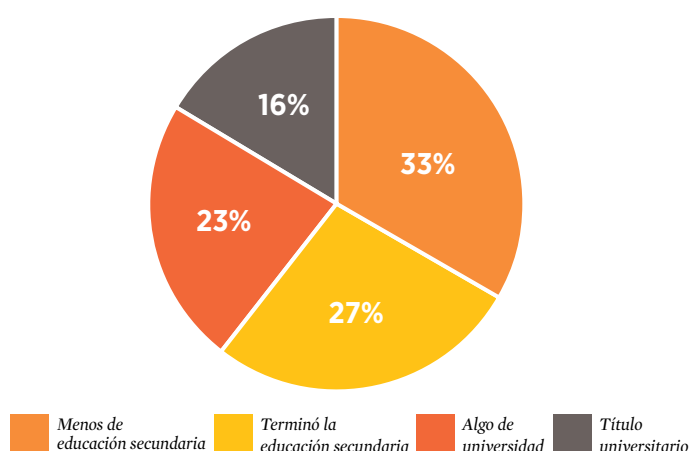
El 60 por ciento de los participantes son mujeres y el 40 por ciento son hombres.

PARTICIPANTES CLASIFICADOS POR NIVELES DE EDUCACIÓN E INGRESOS

Los participantes reportaron su nivel más alto de educación. Los niveles de educación se agruparon en cuatro categorías: menos de educación secundaria, terminó la educación secundaria, algo de universidad, y título universitario o mayor.

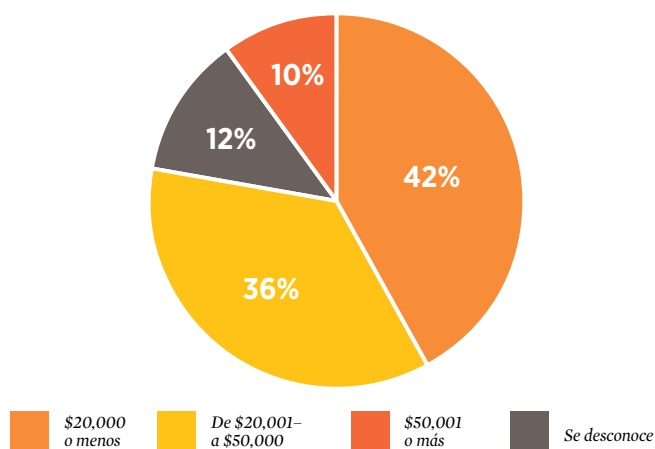
Los participantes reportaron los ingresos anuales de su hogar. Se agruparon en cuatro categorías: \$20,000 o menos, de \$20,001 a \$50,000, \$50,001 o más, y se desconoce. Un pequeño número de participantes no reportaron sobre los ingresos anuales y se incluyeron en el grupo de se desconoce.

Gráfico 8: Porcentajes de participantes por nivel de educación



La mayoría de los participantes tuvieron algo de educación secundaria o terminaron la secundaria. El 16 por ciento obtuvo un título universitario, y otro 23 por ciento asistió por lo menos un tiempo a la universidad. El 33 por ciento tiene un nivel menos de educación secundaria.

Gráfico 9: Porcentajes de participantes por ingreso anual del hogar

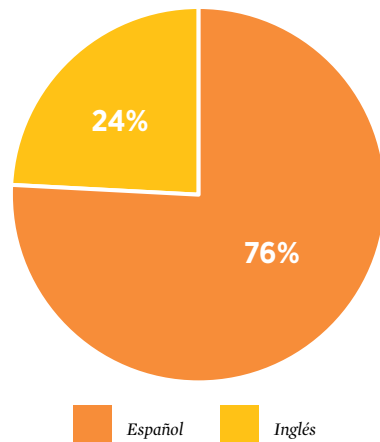


El 42 por ciento de los participantes tienen un ingreso anual de su hogar de \$20,000 o menos.

PARTICIPANTES CLASIFICADOS POR USO DE IDIOMA PREFERIDO

En la visita del examen se le preguntó a cada participante qué idioma prefería usar.

Gráfico 10: Porcentajes de participantes por preferencia de idioma

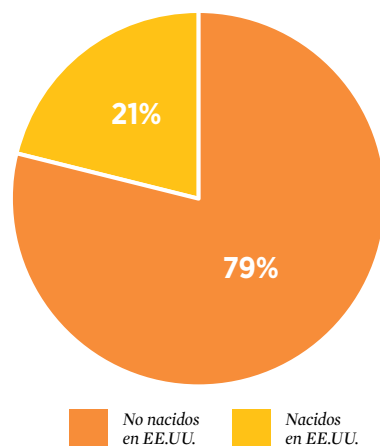


La mayoría, aproximadamente 3 de cada 4 personas, pidieron el uso del español en lugar de inglés.

PARTICIPANTES CLASIFICADOS POR LUGAR DE NACIMIENTO Y TIEMPO VIVIDO EN LOS ESTADOS UNIDOS

Los participantes reportaron su lugar de nacimiento. También reportaron el número de años que habían vivido en los 50 estados de los EE.UU. o el Distrito de Columbia. Las respuestas se agruparon en tres categorías: menos de 10 años, de 10 a 19 años y 20 o más años.

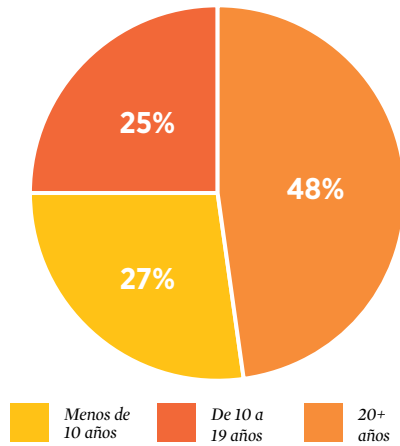
Gráfico 11: Porcentajes de participantes por lugar de nacimiento



Aproximadamente tres cuartos de los participantes no nacieron en los 50 estados de los EE.UU. o el Distrito de Columbia.

En este gráfico, los participantes de Puerto Rico se incluyen entre aquellos nacidos fuera de los 50 estados de los EE.UU. o el Distrito de Columbia.

Gráfico 12: Porcentajes de participantes por número de años vividos en los Estados Unidos



Casi la mitad de todos los participantes vivieron por lo menos 20 años en los 50 estados de los EE.UU. o el Distrito de Columbia, y un cuarto de ellos vivieron en los Estados Unidos menos de 10 años.



FOTO DE LARISSA AVILES-SANTA



FOTO DE LARISSA AVILES-SANTA



ARRIBA DE IZQUIERDA A DERECHA: Entrevista sobre la alimentación; Medición de la altura; Prueba de la función pulmonar; Medición de la presión arterial en el tobillo

VI. Condiciones médicas

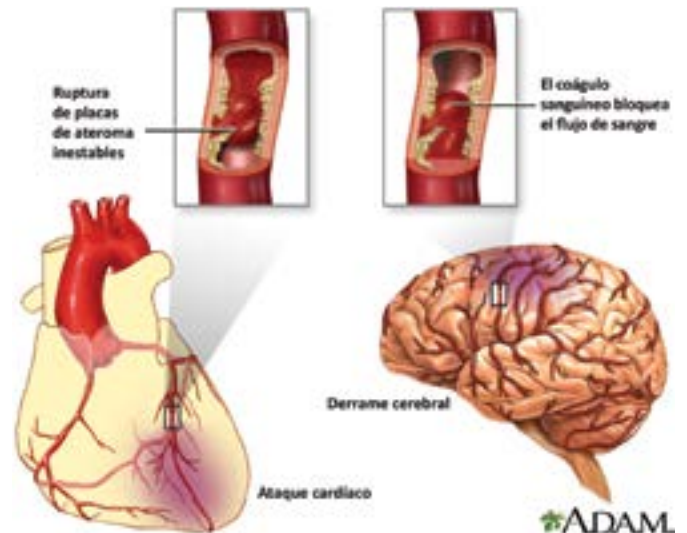
CARDIOPATÍA CORONARIA Y DERRAME CEREBRAL

La cardiopatía coronaria es un término general utilizado para describir ciertas enfermedades que afectan al corazón. Estas enfermedades producen un estrechamiento o bloqueo en las arterias que conduce a una falta de flujo sanguíneo al músculo del corazón (miocardio) que puede resultar en daño al corazón. Esto se conoce como ataque cardíaco o infarto de miocardio (*Mayo Clinic, Heart disease*). Un derrame cerebral ocurre cuando el flujo sanguíneo se bloquea parcial o totalmente a una parte del cerebro. Este bloqueo del flujo sanguíneo al cerebro puede resultar en la muerte de células cerebrales y causar un daño permanente (*Pub Med Health, Stroke, 2012*).

La cardiopatía coronaria y el derrame cerebral pueden prevenirse manteniendo un estilo de vida saludable (*Mayo Clinic, 5 medication-free strategies to help prevent heart disease*). Esto incluye:

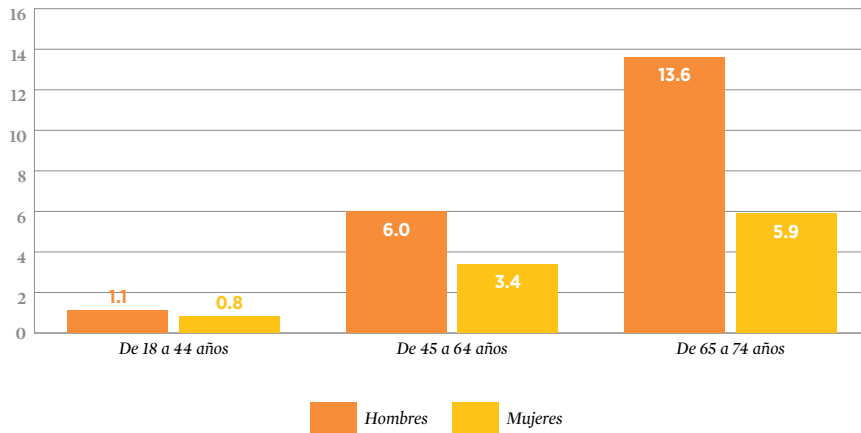
- No fumar
- Haciendo ejercicio regularmente
- Comiendo alimentos bajos en grasas saturadas, grasas trans y sodio; e incluir verduras, frutas, granos integrales, carnes magras y productos lácteos bajos en grasa
- Manteniendo un peso saludable
- Haciendo evaluaciones de salud periódicas que incluyan medir la presión arterial, los niveles de colesterol y pruebas de diabetes

La cardiopatía coronaria se determinó mediante las respuestas de cada participante acerca de ataques cardíacos pasados, cirugías coronarias u otros procedimientos utilizados para desbloquear arterias. Los gráficos muestran el porcentaje de participantes con cardiopatía coronaria.



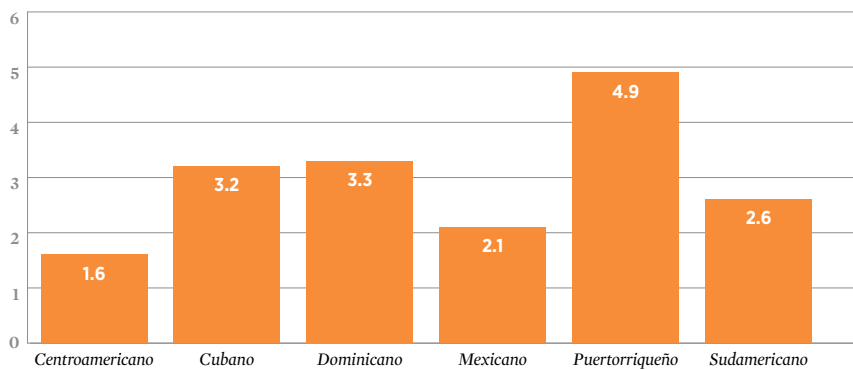
ARRIBA: Esta figura muestra cómo las arterias se obstruyen y dañan el corazón y el cerebro.

Gráfico 13: Porcentajes con cardiopatía coronaria por edad y sexo



Más hombres que mujeres reportaron tener cardiopatía coronaria. Tanto en hombres como en mujeres, la cardiopatía coronaria aumentó con la edad. El porcentaje más alto de cardiopatía coronaria se encontró en los hombres de 65 a 74 años de edad.

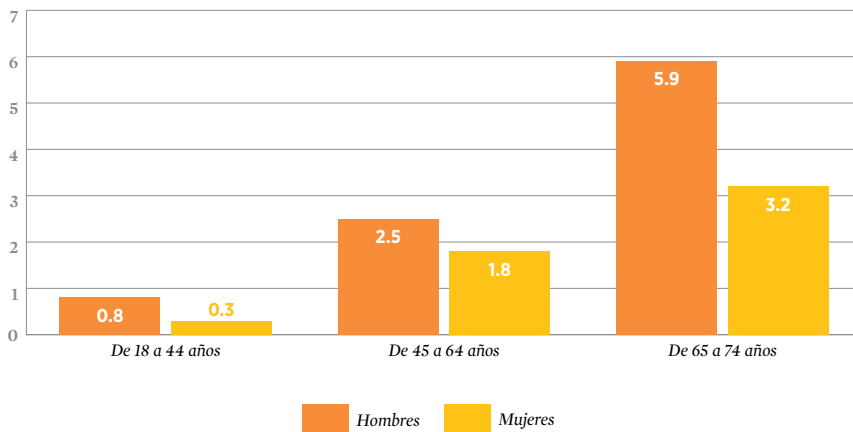
Gráfico 14: Porcentajes con cardiopatía coronaria por origen étnico



El porcentaje más alto de cardiopatía coronaria informado por los participantes correspondió a los de origen puertorriqueño. Los porcentajes más bajos se encontraron entre los de origen centroamericano, mexicano y sudamericano.

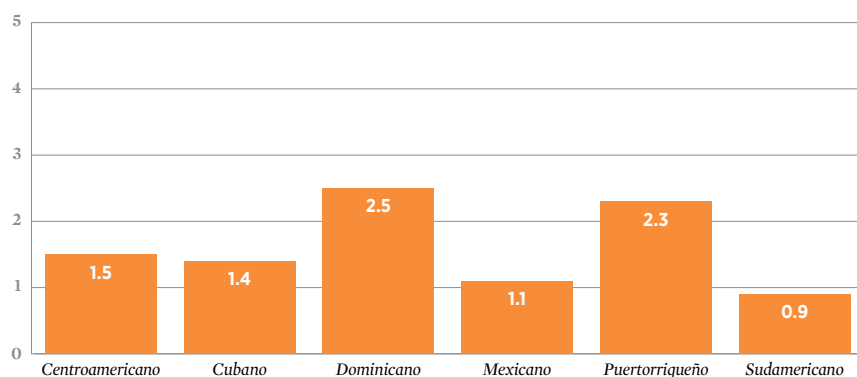
Gráfico 15: Porcentajes con derrame cerebral por edad y sexo

El derrame cerebral se determinó mediante el historial reportado por cada participante.



Un porcentaje mayor de hombres que mujeres reportaron un historial de derrame cerebral. En ambos grupos, el historial de derrame cerebral aumentó con la edad. El porcentaje más alto de derrame cerebral se encontró en hombres de 65 a 74 años de edad.

Gráfico 16: Porcentajes con derrame cerebral por origen étnico



Participantes de origen dominicano y puertorriqueño reportaron un porcentaje más alto de tener un historial de derrame cerebral que otros grupos. Los porcentajes más bajos fueron reportados por participantes de origen sudamericano y mexicano.

ENFERMEDAD PULMONAR



El asma y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) son enfermedades pulmonares comunes que causan dificultad respiratoria (disnea), sibilancia, tos y flema. Estos síntomas se producen debido al estrechamiento de las vías respiratorias pulmonares. Algunas veces las vías respiratorias se estrechan lo suficiente como para causar “ataques” de grave dificultad para respirar y sibilancia que requieren la atención urgente de un médico.

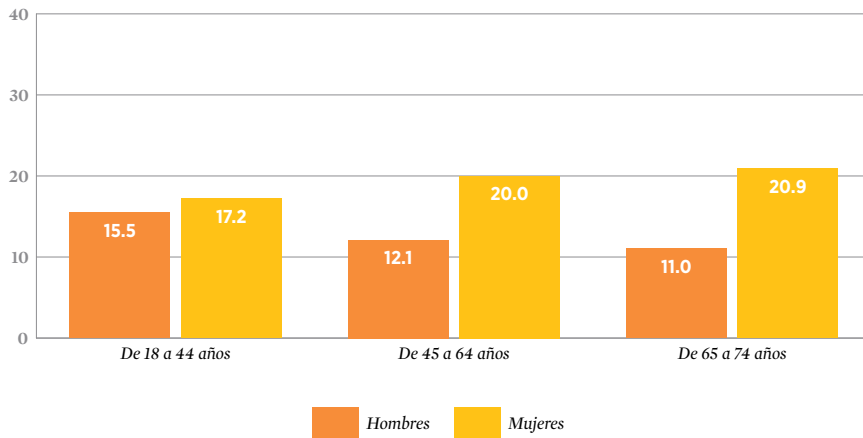
El asma normalmente se presenta en niños y adultos jóvenes y es la causa número uno de visitas al hospital en estos grupos. Muchos niños superan el asma y es a menudo una enfermedad reversible.

La EPOC se parece al asma pero se presenta en adultos mayores, no es reversible y es la tercera causa principal de muertes en los Estados Unidos (Murphy et al., 2012). Ambas enfermedades se tratan comúnmente con inhaladores. El asma se determinó mediante el historial médico reportado por cada participante.



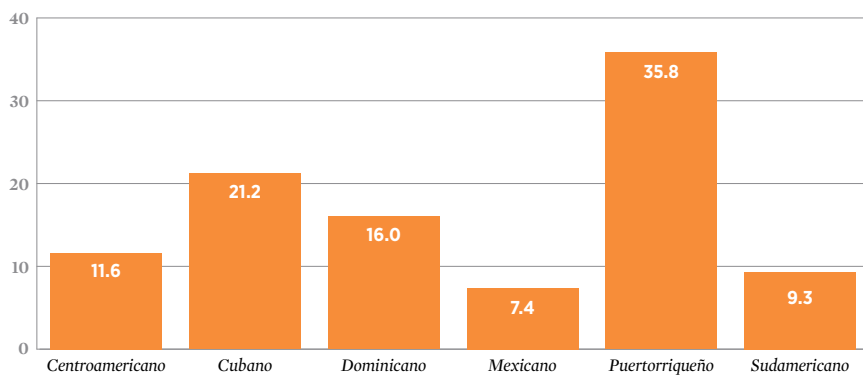
DE ARRIBA DE ABAJO: Prueba de la función pulmonar; Inhalador de asma

Gráfico 17: Porcentajes con asma por edad y sexo



El asma fue igualmente común entre hombres y mujeres en el grupo de 18 a 44 años de edad. Después de esa edad, fue más común en mujeres.

Gráfico 18: Porcentajes con asma por origen étnico

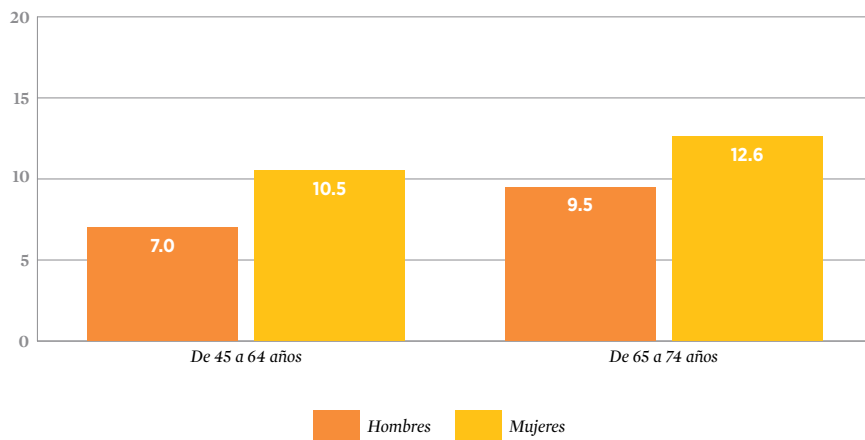


Los participantes de origen puertorriqueño, cubano y dominicano reportaron de dos a cinco veces más probabilidad de haber tenido asma en algún momento de su vida que los participantes de origen mexicano.

- Si usted tiene asma, visite a su proveedor de salud con regularidad, tómese sus medicamentos recetados y evite los factores conocidos que activan el asma (NHLBI, *Take Action: Stop Asthma Today!*, 2010).

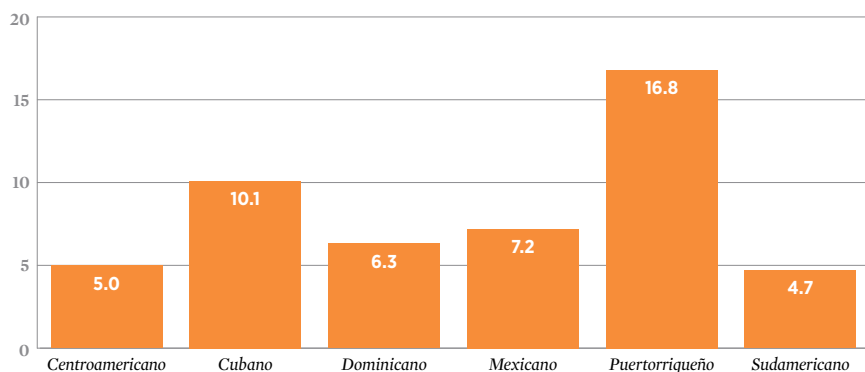
La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se determinó mediante el historial médico reportado por cada participante.

Gráfico 19: Porcentajes con EPOC por edad y sexo



La EPOC aumentó con la edad tanto en hombres como mujeres. Las mujeres reportaron más EPOC que los hombres.

Gráfico 20: Porcentajes con EPOC por origen étnico



El porcentaje de participantes que reportaron un historial de EPOC fue más alto entre los de origen puertorriqueño y más bajo entre aquellos de origen centroamericano y sudamericano.

Los factores de riesgo más importantes para la EPOC incluyen la edad, fumar (o haber fumado) y un historial de asma. Otros factores tales como exposición ocupacional, exposición medioambiental, acceso a cuidado de la salud y diferencias en diagnóstico y reportes podrían ayudar a explicar estos resultados. Investigaciones adicionales que utilicen medidas del funcionamiento pulmonar (pruebas respiratorias) ayudarán a entender estos resultados.

- Si usted tiene EPOC o piensa que pudiera estar en riesgo, puede seguir ciertos pasos para facilitar la respiración y vivir una vida más larga y activa. Hágase una prueba respiratoria sencilla y consulte con su médico o proveedor de salud sobre opciones de tratamiento (NHLBI, *Take the first step to breathing better*).

SALUD ORAL

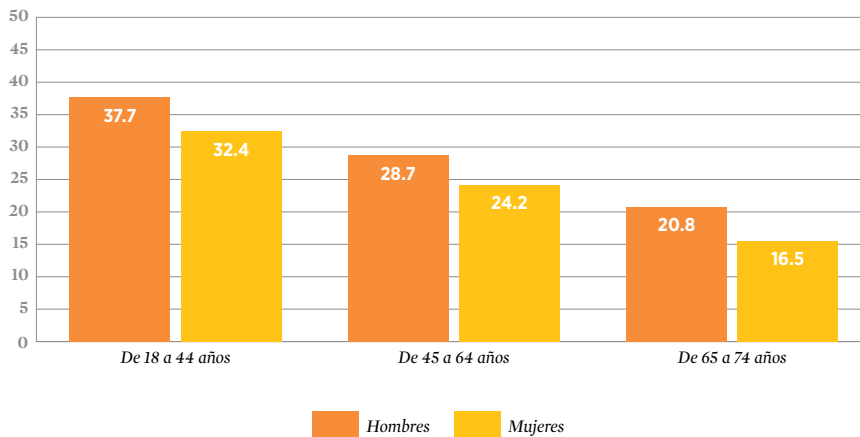
Se examinaron los dientes de cada participante para determinar la presencia de caries dental y el número de dientes faltantes. La caries debilitará el diente y, si no se tratan, empeorará y la mayor parte de la superficie dental será destruida. El diente puede doler mucho, caerse o necesitar una extracción. Si el diente es tratado por un dentista esto se conoce como un empaste dental.

El porcentaje de caries sin empaste en el grupo de mayor edad es bajo debido que a menudo a ese grupo le faltaban más dientes que ya no están en riesgo de caries, pero que pudieran causar problemas para morder y masticar alimentos.



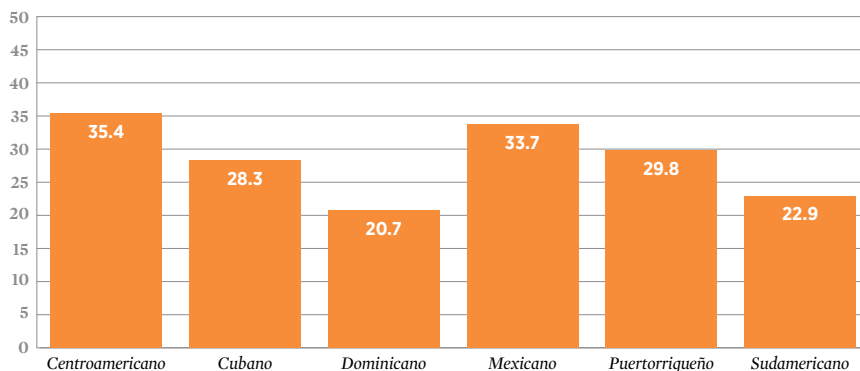
ARRIBA: Examen de salud oral

Gráfico 21: Porcentajes con por lo menos una caries dental sin empaste por edad y sexo



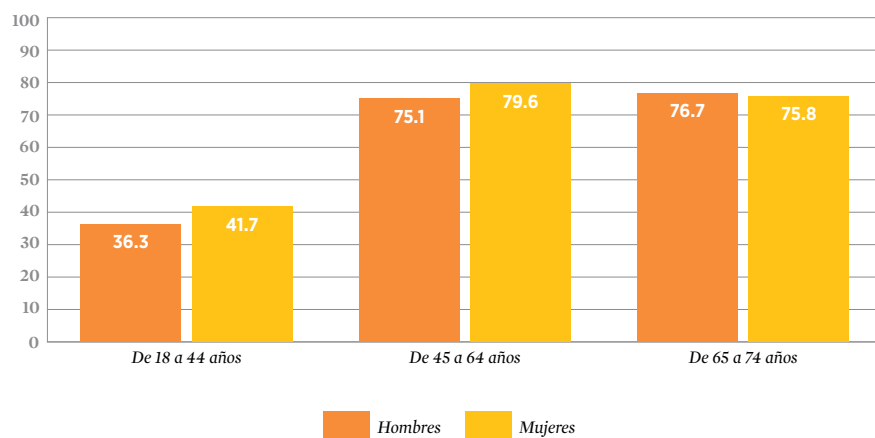
Los participantes más jóvenes tuvieron el mayor número de caries dental sin empaste. En todos los grupos de edades, las mujeres tuvieron un porcentaje menor de caries dental sin tratar que los hombres.

Gráfico 22: Porcentajes con por lo menos una caries dental sin empaste por origen étnico



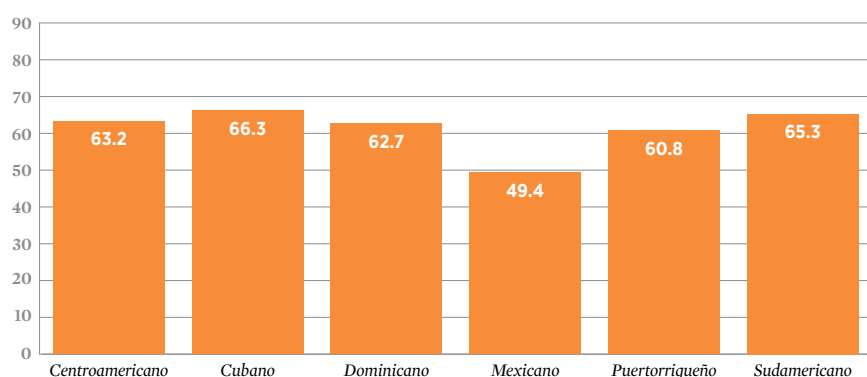
El porcentaje más alto de participantes con una o más caries sin empaste se encontró entre los de origen centroamericano y el porcentaje más bajo entre aquellos de origen dominicano.

Gráfico 23: Porcentajes con por lo menos un diente faltante por edad y sexo



En los dos grupos de edad más avanzadas aproximadamente a tres cuartos de los participantes les faltaba por lo menos un diente.

Gráfico 24: Porcentajes con por lo menos un diente faltante por origen étnico



Lo participantes de origen mexicano tienen el porcentaje más bajo (aproximadamente la mitad) con al menos un diente faltante. En los otros grupos, del 60 al 66 por ciento les faltaba uno o más dientes.

- Una boca sana es importante para la salud y el bienestar en general. El tener una boca sana facilita comer bien y disfrutar los alimentos, hablar claramente y sonreír.
- Puede mantener una boca sana cepillándose los dientes y usando hilo dental, comiendo alimentos saludables, usando pasta de dientes con fluoruro y no fumar. También es importante visitar un dentista para hacerse una revisión dental, de modo que pueda encontrarse cualquier problema y tratarse antes de que se agrave.

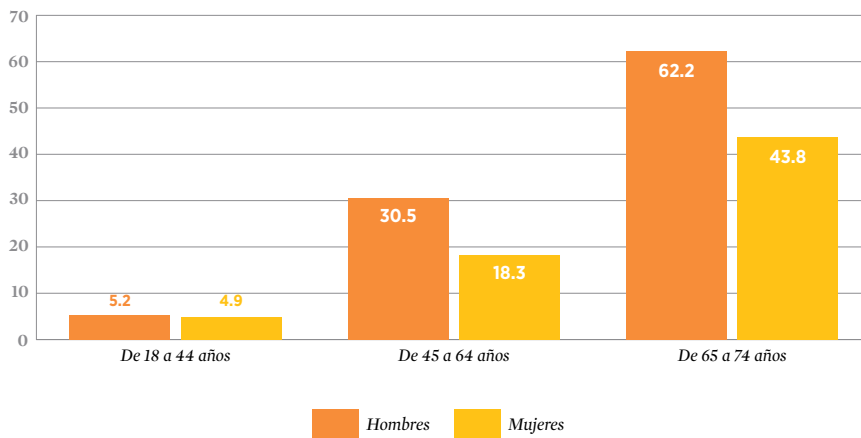
SORDERA

La deficiencia auditiva se determinó utilizando una prueba de audición conocida como audiometría para medir qué tan bien la gente puede oír sonidos. La deficiencia auditiva es un problema común que a menudo no es reconocido a medida que la gente envejece. La deficiencia auditiva puede contribuir al aislamiento social y a un sentimiento de ser excluido en las conversaciones.



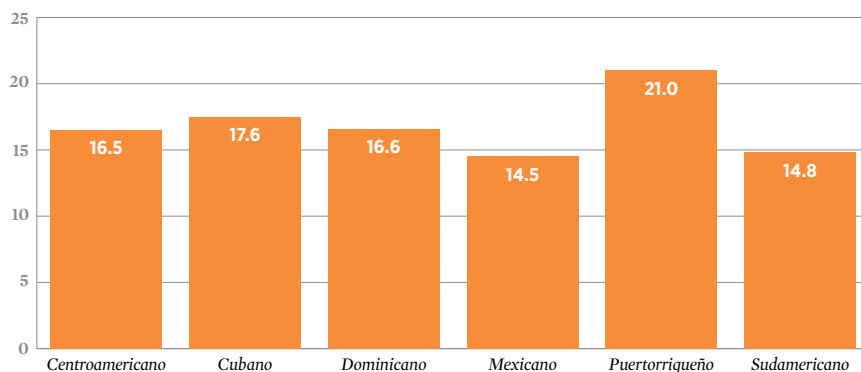
ARRIBA: Examen de audición

Gráfico 25: Porcentajes con deficiencia auditiva por edad y sexo



El porcentaje de participantes con deficiencia auditiva aumentó con la edad. Aproximadamente uno de cada dos participantes de 65 a 74 años de edad tuvo problemas de audición. Los hombres tuvieron más deficiencia auditiva que las mujeres.

Gráfico 26: Porcentajes con deficiencia auditiva por origen étnico



El porcentaje de participantes con deficiencia auditiva fue más alto entre aquellos de origen puertorriqueño. Los porcentajes entre los otros grupos de origen étnicos fueron bastante similares.

- Protegiendo los oídos de ruidos fuertes en el trabajo o el hogar puede ayudar a prevenir la sordera.
- La deficiencia auditiva podría mejorar con tratamiento médico, audífonos o técnicas de aprendizaje para mejorar la capacidad de oír lo que familiares y amigos están diciendo. Una persona con problemas de audición debería buscar ayuda de un médico o audiólogo.

VII. Factores de riesgo para la enfermedad cardiovascular

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Hipertensión es otra palabra utilizada para la presión arterial alta. Cuando se mide la presión arterial, se presentan dos números, la presión sistólica (el número superior), cuando el corazón está bombeando y la presión diastólica (el número inferior), cuando el corazón está relajado. Un ejemplo de una lectura de presión arterial es 120/72. A una persona se le describe como hipertensa si el número superior es mayor a 140, o si el número inferior es mayor a 90 o si una persona está tomando medicamento para la presión arterial. La hipertensión es perjudicial porque puede provocar ataques cardíacos y derrame cerebral (*NHLBI, What is high blood pressure? 2012*).

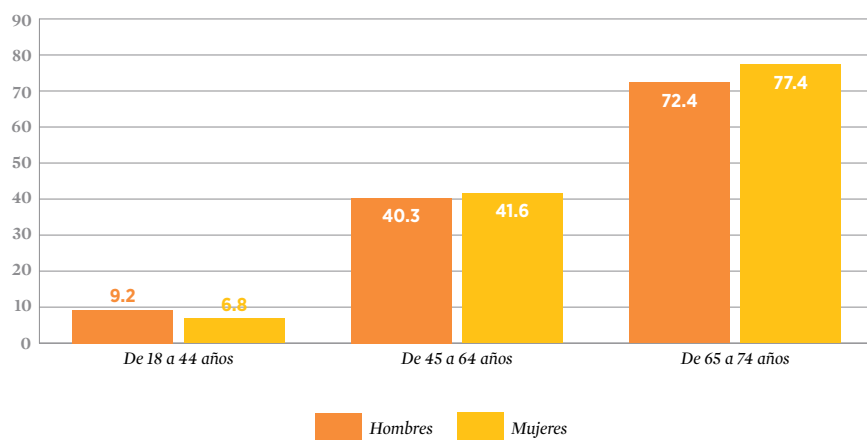
- Conozca los números de su presión arterial. Mídase la presión arterial por lo menos una vez al año o con mayor frecuencia si tiene hipertensión.



ARRIBA: Medición de la presión arterial

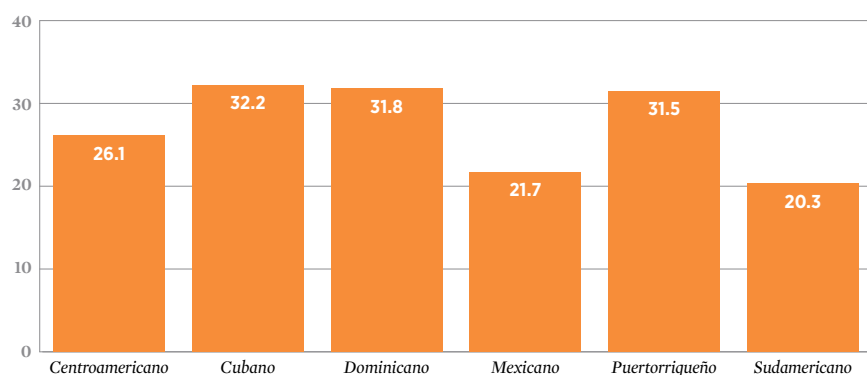
- Coma una dieta que incluya frutas, verduras, productos lácteos sin grasa y que sea rica en granos integrales, pescado, aves de corral, frijoles, semillas y nueces.
- Limite el sodio, los dulces, las bebidas azucaradas y las carnes rojas.

Gráfico 27: Porcentajes con hipertensión por edad y sexo



El porcentaje de participantes con hipertensión aumentó con la edad.

Gráfico 28: Porcentajes con hipertensión por origen étnico



Los porcentajes de participantes con un historial de hipertensión fueron más bajos entre aquellos de origen mexicano y sudamericano y más altos entre aquellos de origen cubano, dominicano y puertorriqueño.

COLESTEROL

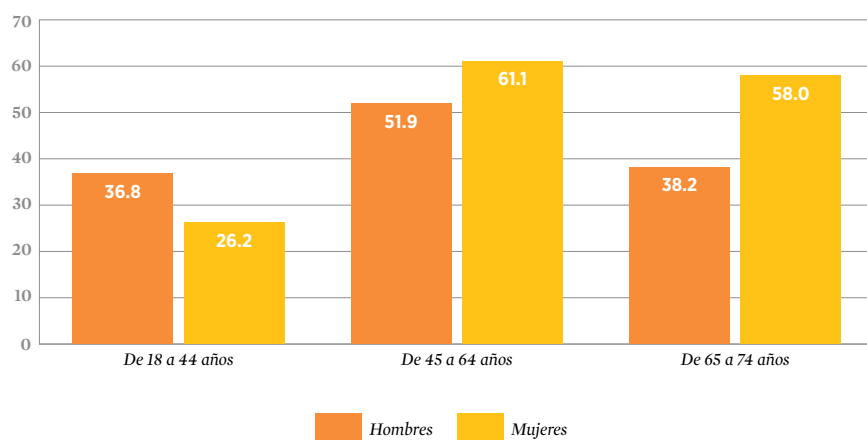
El nivel de colesterol en la sangre, presentado en miligramos por decilitro (mg/dL), es una medida de varias clases de grasa transportadas en la sangre. Aunque no todas las clases de grasa en la sangre son perjudiciales, mientras más alto sea el número total de colesterol en la sangre mayor será el riesgo del endurecimiento de las arterias y de tener enfermedades del corazón. Por lo tanto, es importante hacerse análisis de sangre para evaluar el colesterol de vez en cuando.

En los Estados Unidos y en la mayoría de los países en el continente americano, los niveles de colesterol se miden en la cantidad de colesterol presente en la sangre. Los médicos y pacientes utilizan ciertas pautas cuando se evalúa el colesterol. Un nivel de colesterol total menor a 200 mg/dL es “deseable” porque significa un menor riesgo de cardiopatía coronaria. Un valor de colesterol total de 200 a 239 mg/dL está en el nivel “limite alto”. Un valor de 240 mg/dL y mayor se considera un “nivel alto de colesterol en la sangre” porque duplica el riesgo de cardiopatía coronaria en comparación con quienes tienen colesterol en el nivel “deseable” (NHLBI, *At a glance: What you need to know about high blood cholesterol*, 2009).



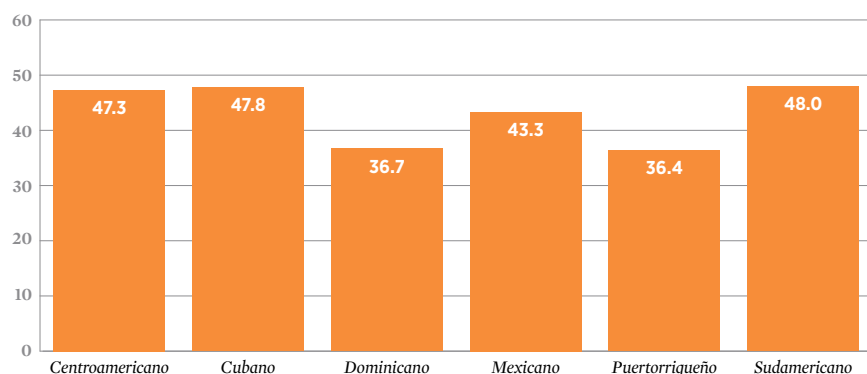
ARRIBA: Extracción de sangre para análisis de laboratorio

Gráfico 29: Porcentajes con niveles de colesterol no deseables por edad y sexo



Este gráfico muestra los porcentajes de participantes con niveles de colesterol no deseables que tuvieron un valor igual o mayor de 200 mg/dl. El porcentaje de participantes con niveles de colesterol no deseables fue menor en el grupo más joven. Más hombres y mujeres en el grupo de 45 a 64 años de edad tuvieron niveles de colesterol no deseables que los otros grupos de edades.

Gráfico 30: Porcentajes con niveles de colesterol no deseables por origen étnico



Los porcentajes más bajos de participantes con niveles de colesterol no deseables se encontraron entre aquellos de origen dominicano y puertorriqueño.

- Conozca su nivel de colesterol y pida a su proveedor de salud que lo evalúe periódicamente.
- Para mantener niveles saludables de colesterol en la sangre, reduzca las grasas saturadas y trans en su alimentación, sea activo físicamente y mantenga un peso saludable.

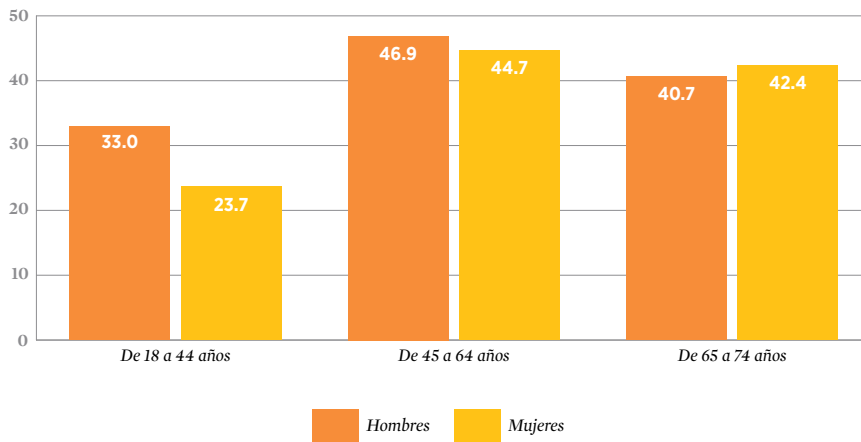
PREDIABETES Y DIABETES

La prediabetes y la diabetes son enfermedades graves que afectan a millones de personas en los Estados Unidos. La diabetes se determinó en los participantes midiendo los niveles de glucosa (azúcar) en la sangre tanto en ayunas como después de tomar una bebida azucarada. Otro valor sanguíneo que se midió que muestra el nivel promedio de glucosa en la sangre de una persona a lo largo de un tiempo más prolongado es la hemoglobina A1c. Los participantes pudieron haber tenido niveles normales, medios o altos de glucosa en la sangre basado en estas pruebas. Si un participante tuvo niveles normales en las tres medidas, no tuvo prediabetes o diabetes. Si tuvo uno o más niveles altos se le consideró diabético. Si tuvo niveles intermedios se le consideró prediabético.



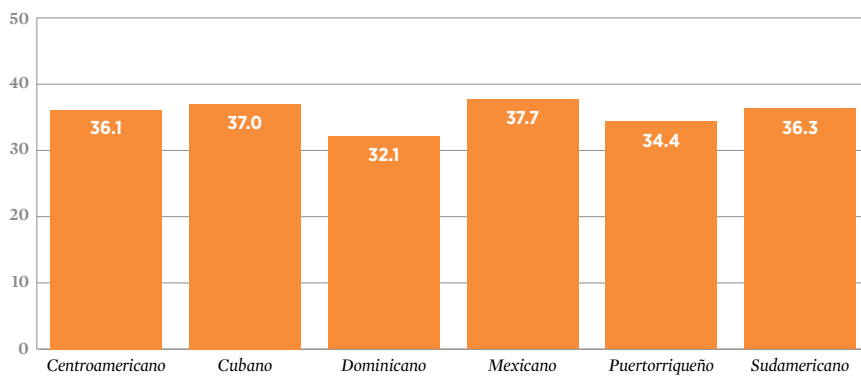
DE IZQUIERDA A DERECHA: Prueba de tolerancia oral a la glucosa (prueba de diabetes); Prueba de nivel de glucosa en la sangre

Gráfico 31: Porcentajes con prediabetes por edad y sexo



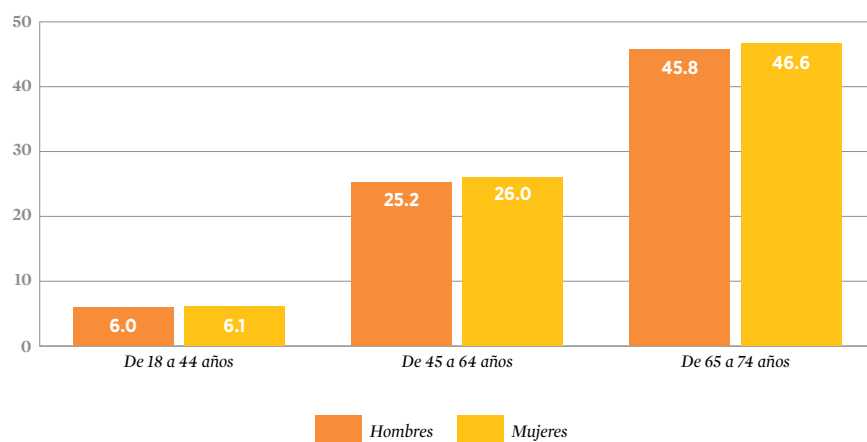
La prediabetes fue más baja en el grupo de 18 a 44 años de edad y más alta en el grupo de 45 a 64 años. En los grupos de edades medias y más avanzadas los porcentajes de participantes con prediabetes fueron similares para hombres y mujeres respectivamente.

Gráfico 32: Porcentajes con prediabetes por origen étnico



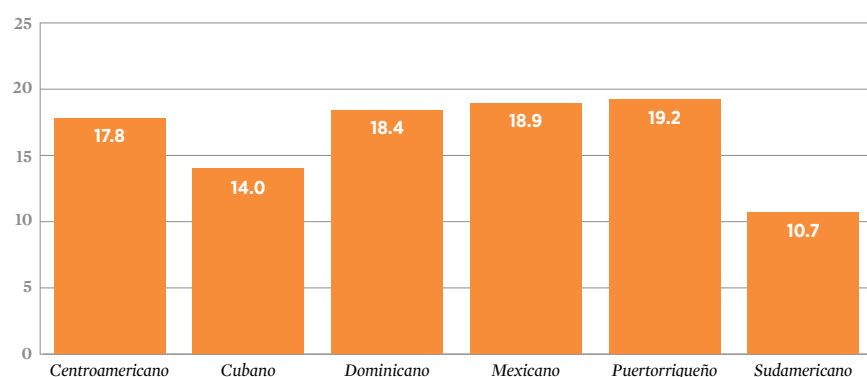
Aproximadamente uno de cada tres participantes tuvo prediabetes en cada grupo de origen étnico. Hubo poca diferencia en la prediabetes clasificada por origen étnico.

Gráfico 33: Porcentajes con diabetes por edad y sexo



Casi uno de cada dos participantes en el grupo de edad más avanzada y uno de cada cuatro en el grupo de edad media tuvo diabetes.

Gráfico 34: Porcentajes con diabetes por origen étnico



El porcentaje de participantes con diabetes fue más bajo en aquellos de origen sudamericano.

Otros resultados de este estudio mostraron que:

- Un número similar de hombres y mujeres tuvieron diabetes o prediabetes en cada grupo de edades.
- El número de participantes con prediabetes o diabetes aumentó a medida que su peso aumentaba.
- Entre las edades de 40 a 49 años, 6 de cada 10 participantes tuvieron diabetes o prediabetes.
- Una de cada tres personas con diabetes no sabía que tenía la enfermedad.

OBESIDAD

La obesidad se determinó al medir el peso y estatura de una persona. Estos dos valores juntos constituyen una medida denominada índice de masa corporal (IMC) que indica si una persona tiene un bajo peso (IMC menor a 18.5), un peso saludable (IMC de 18.5 a 24.9), sobrepeso

(IMC de 25 a 29.9) o está obesa (IMC igual a 30 o más). Varios estudios han demostrado que la obesidad aumenta las probabilidades de tener enfermedades crónicas tales como la diabetes y las enfermedades del corazón.

Table 1: En la siguiente tabla se presentan los límites del IMC para las categorías de peso.

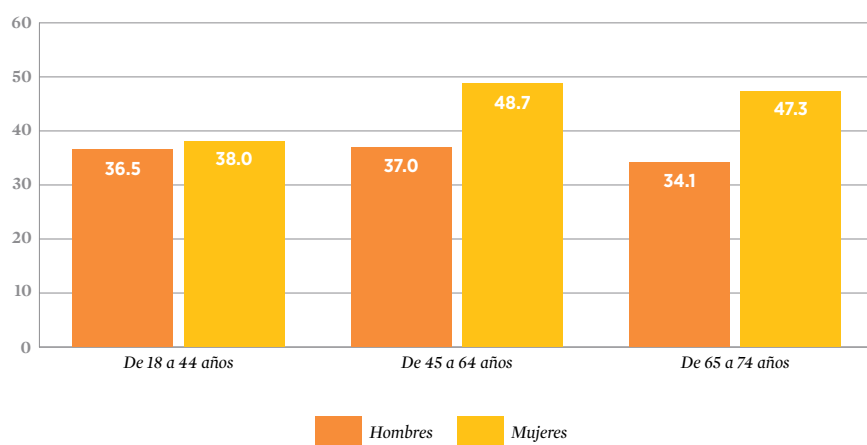
Categoría de peso	IMC
Bajo peso	Menor a 18.5
Peso saludable (peso normal)	De 18.5 a 24.9
Sobrepeso	De 25 a 29.9
Obesidad	Igual o mayor a 30

Calcule su propio IMC en este sitio web:
<http://nhlbisupport.com/bmi/bmicalc.htm>



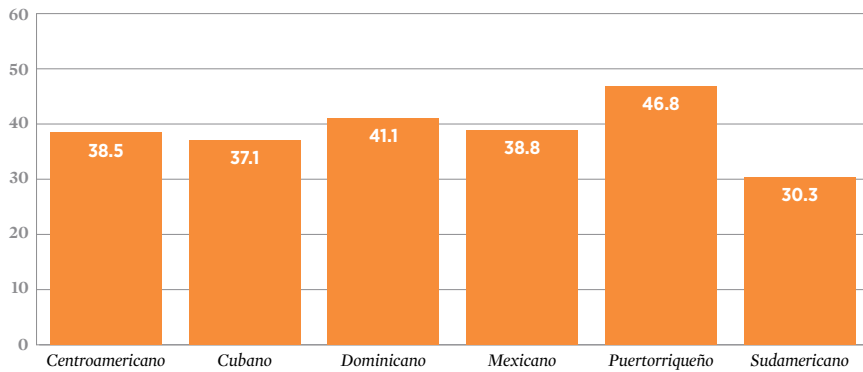
ARRIBA: Báscula

Gráfico 35: Porcentajes con obesidad por edad y sexo



El porcentaje de obesidad en los hombres fue aproximadamente el mismo que en todos los grupos de edades. En las mujeres, el porcentaje de obesidad en las mujeres fue menor en el grupo de edad más joven.

Gráfico 36: Porcentajes con obesidad por origen étnico



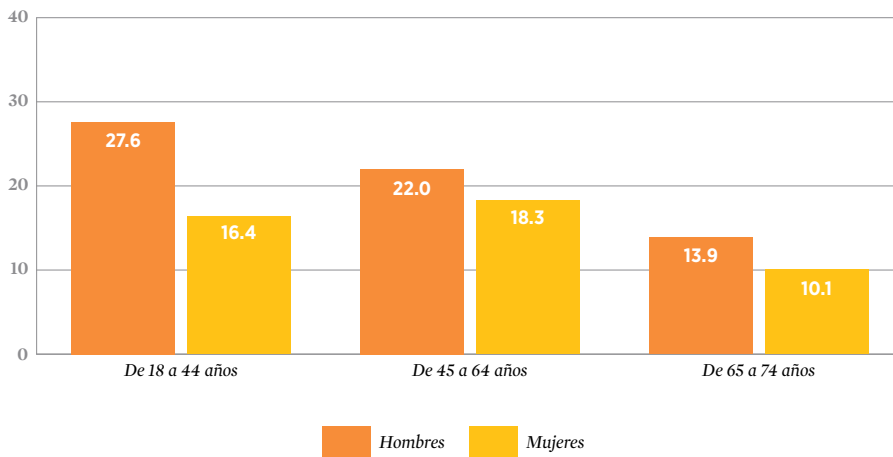
La prevalencia de la obesidad fue alta en todos los grupos de origen étnicos. Fue más alta entre los de origen puertorriqueño.

- El exceso de peso fue un problema para un gran número de participantes de HCHS/SOL. Alcanzar y mantener un peso saludable son pasos importantes para prevenir los problemas de salud.

FUMAR

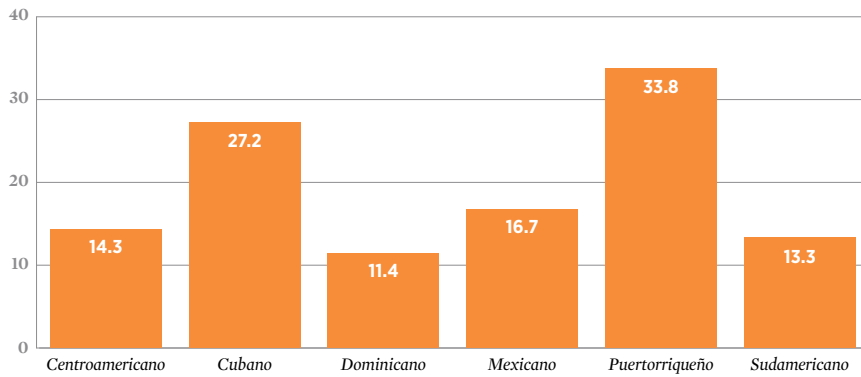


Gráfico 37: Porcentajes de fumadores activos de cigarrillos por edad y sexo



El porcentaje de fumadores activos fue más alto en los hombres que en las mujeres en todos los grupos de edades. En los hombres el porcentaje de fumadores disminuyó con la edad.

Gráfico 38: Porcentajes de fumadores activos de cigarrillos por origen étnico



El porcentaje más alto de participantes que reportaron ser fumadores activos se encontró entre aquellos de origen puertorriqueño seguidos por los de origen cubano. El porcentaje más bajo de fumadores activos se encontró en participantes de origen dominicano.

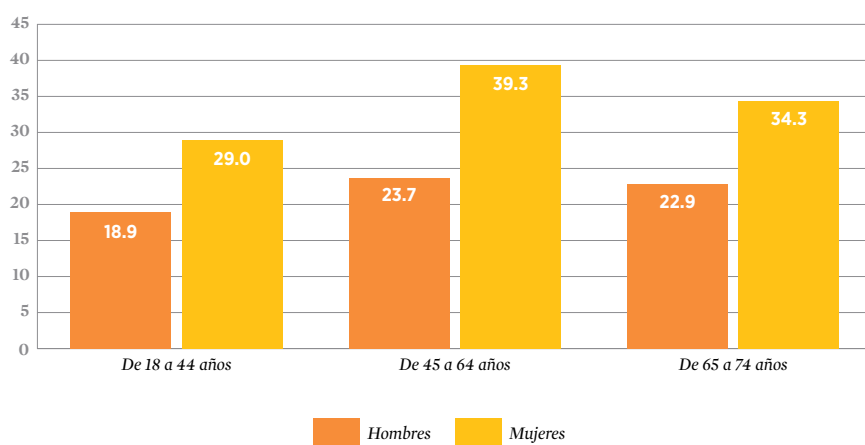
- Fumar puede aumentar su riesgo de enfermedades del corazón, derrame cerebral, cáncer y enfermedades pulmonares. Si usted fuma, dejar de fumar beneficiará a muchos aspectos de su salud en general.

SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN

Los participantes respondieron preguntas que describen algunos sentimientos o acciones que acompañan a la depresión. Las personas con depresión tienen síntomas de tristeza, falta de energía, sentimientos de soledad, problemas con el sueño y otros sentimientos emocionales y físicos.

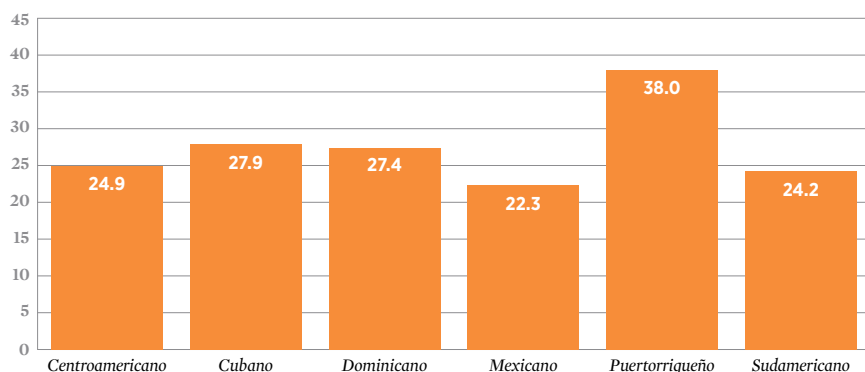
La depresión es una enfermedad que necesita ser diagnosticada por un profesional de salud mental. Existen también cuestionarios que pueden medir si las personas tienen un alto nivel de síntomas depresivos o un riesgo elevado de depresión. Las personas con un nivel elevado de síntomas depresivos podrían tener un riesgo mayor de enfermedades del corazón y derrame cerebral.

Gráfico 39: Porcentajes con altos niveles de síntomas de depresión por edad y sexo



En todos los grupos de edades más mujeres que hombres reportaron niveles altos de síntomas depresivos. Aproximadamente una de cada tres mujeres y uno de cada cinco hombres reportaron niveles altos de síntomas depresivos. Las mujeres de 45 a 64 años de edad reportaron el porcentaje más alto de niveles elevados de síntomas depresivos. Los hombres de 18 a 44 años reportaron el porcentaje más bajo.

Gráfico 40: Porcentajes con altos niveles de síntomas de depresión por origen étnico



El porcentaje más alto de niveles elevados de síntomas depresivos se encontró entre aquellos de origen puertorriqueño. Aquellos de origen mexicano reportaron el porcentaje más bajo.

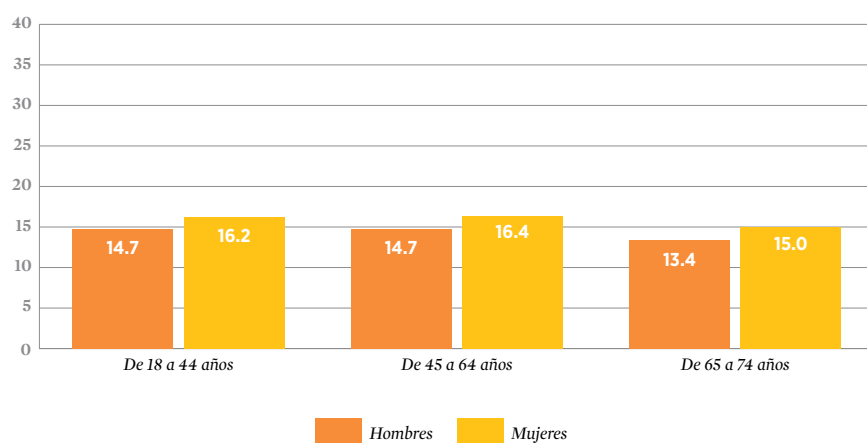
- La depresión puede ser tratada satisfactoriamente con terapia o medicamentos. Si los síntomas depresivos continúan y la persona piensa que no puede “quitárselos de encima”, debería consultar a un profesional y pedir ayuda para tratar la depresión.

SÍNTOMAS DE ANSIEDAD

Sentir ansiedad en momentos estresantes es muy común. Los participantes de HCHS/SOL, declararon cómo se sentían generalmente en respuesta a afirmaciones tales como: “Me siento nervioso e inquieto”. Ellos podían responder que se sentían de esa manera casi nunca, algunas veces, a menudo o casi siempre. Respuestas a 10 afirmaciones de esa índole se sumaron. Una persona

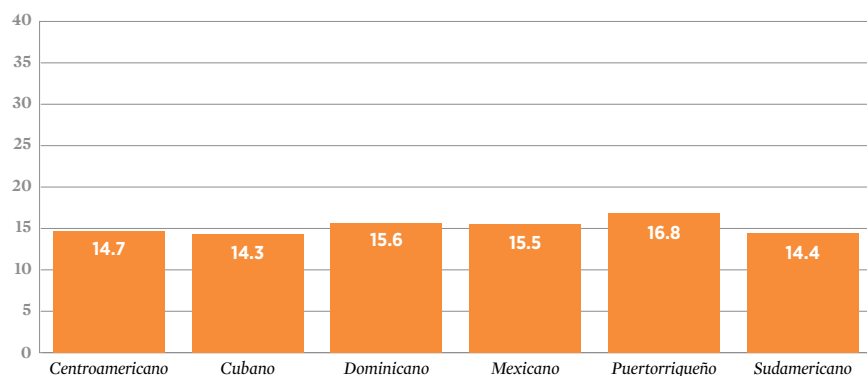
podía tener una puntuación total que variaba desde 10 (no tiene nada de ansiedad) hasta 40 (tiene un nivel muy alto de ansiedad). La puntuación media de ansiedad es la puntuación donde la mitad de los participantes está en un nivel más alto y la otra mitad está en un nivel más bajo. En otras palabras el punto medio.

Gráfico 41: Puntuación mediana de ansiedad por edad y sexo



Las mujeres tuvieron ligeramente más ansiedad que los hombres pero hubo muy poca diferencia por edad.

Gráfico 42: Puntuación mediana de ansiedad por origen étnico



Hubo muy poca diferencia en la ansiedad por origen étnico.

- Tener ansiedad en momentos estresantes es muy común, pero algunas personas sienten ansiedad la mayor parte del tiempo incluso cuando no hay una explicación para ello. La ansiedad es un factor de riesgo para enfermedades del corazón y pudiera estar acompañada por la depresión. Las personas que tienen ansiedad o depresión deberían buscar ayuda de un profesional de salud mental.

PROBLEMAS DEL SUEÑO

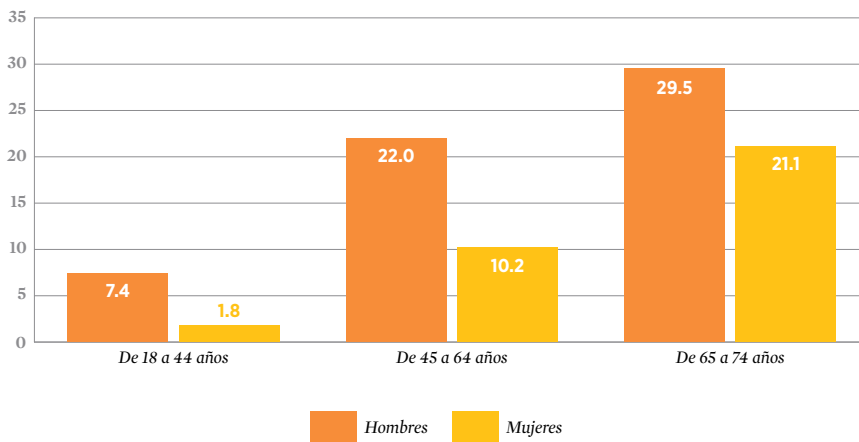
La apnea del sueño es un trastorno definido por un aumento en el número de pausas de respiración durante el sueño normalmente relacionado con síntomas de fuertes ronquidos, resoplidos y respiración con dificultad, o “dejar de respirar”. Esto a menudo resulta en menores niveles de oxígeno en la sangre y un aumento de estrés para el corazón.

La apnea del sueño se diagnosticó después de realizar un estudio del sueño durante la noche. El estudio del sueño reporta el número de pausas de respiración que alguien tiene por hora de sueño. En este reporte, los participantes con 15 o más pausas se consideraron con apnea del sueño. La siguiente es una imagen del monitor de apnea del sueño que se usó en el estudio de HCHS/SOL que registró la respiración, ronquidos, niveles de oxígeno y posición de la cabeza.



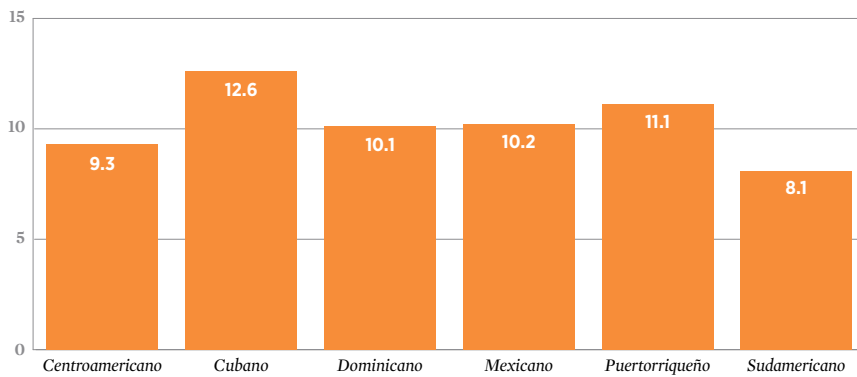
ARRIBA: En el estudio de HCHS/SOL, los participantes usaron un monitor del sueño durante una noche en su hogar. El monitor midió el flujo de aire y los niveles de oxígeno durante el sueño permitiendo detectar la apnea del sueño.

Gráfico 43: Porcentajes con apnea del sueño por edad y sexo



El porcentaje de participantes con apnea del sueño aumentó con la edad y fue más alto en hombres que en mujeres en todas las edades.

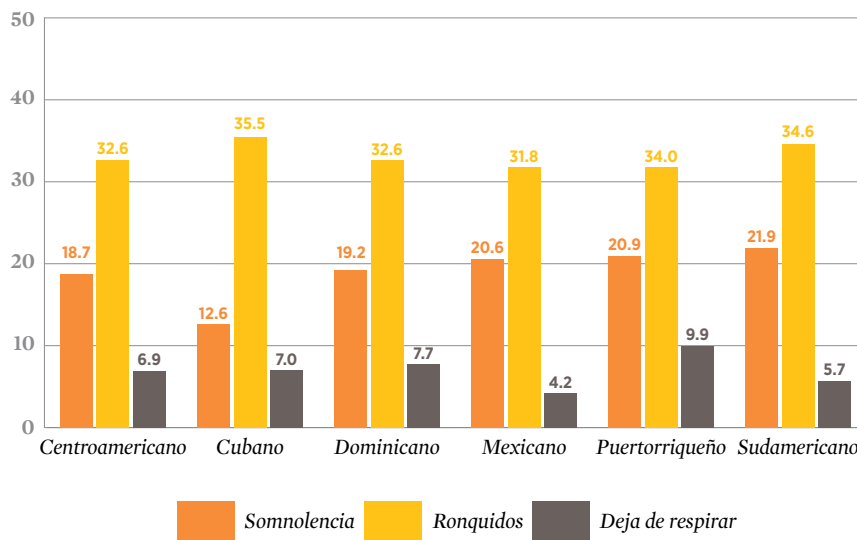
Gráfico 44: Porcentajes con apnea del sueño por origen étnico



Los participantes de origen cubano reportaron el porcentaje más alto de apnea del sueño y los de origen sudamericano el porcentaje más bajo.

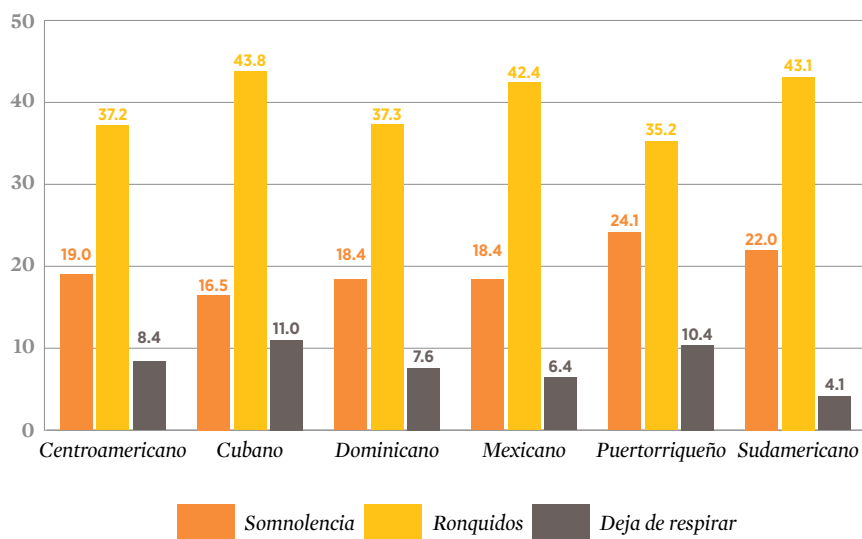
Hay otros problemas del sueño que pueden ser indicios de la apnea del sueño. Estos son somnolencia, fuertes ronquidos e interrupción de la respiración. Estos gráficos muestran la frecuencia de los síntomas de los problemas del sueño entre los participantes.

Gráfico 45: Porcentajes de mujeres con problemas del sueño por origen étnico



Aunque los porcentajes de problemas del sueño variaron un poco según el origen étnico, aproximadamente una de cada tres mujeres reportó síntomas de ronquidos y una de cada cinco reportó somnolencia durante el día.

Gráfico 46: Porcentajes de hombres con problemas del sueño por origen étnico



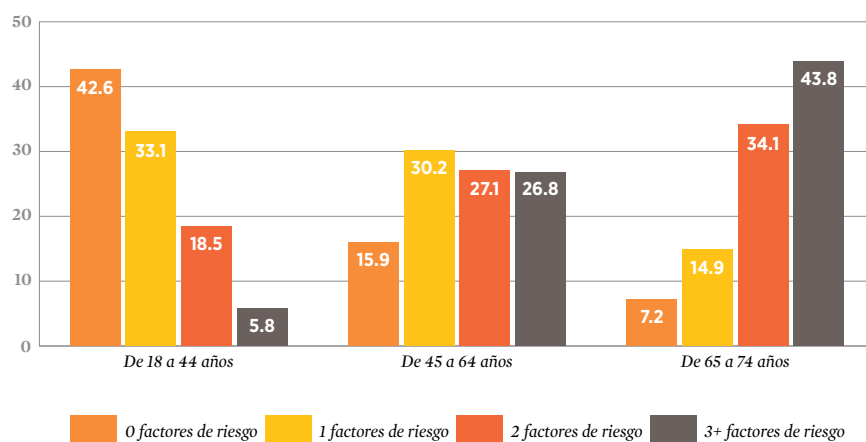
Los reportes de ronquidos fueron más frecuentes en los hombres en comparación con las mujeres. El porcentaje más alto de participantes que dejaban de respirar durante el sueño se encontró en los hombres de origen cubano y puertorriqueño y el porcentaje más bajo en los de origen sudamericano.

- La apnea del sueño es muy común pero normalmente no es diagnosticada ni tratada. La apnea del sueño puede aumentar el riesgo de hipertensión (presión arterial alta) y diabetes. La apnea del sueño puede ser tratada. Todas las personas, hombres y mujeres, jóvenes y de mayor edad, que tengan fuertes ronquidos, dejen de respirar durante el sueño, tengan un sueño que no les brinde descanso o tengan somnolencia durante el día, deberían consultar sobre esto con su médico, quien puede determinar si es indicado realizar pruebas adicionales o tratamiento. Maneras para mejorar el sueño incluyen mantener un peso saludable y dormir por lo menos 7 horas cada noche (*NHLBI, At a glance: Healthy Sleep, 2009*).

MÚLTIPLES FACTORES DE RIESGO PARA LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

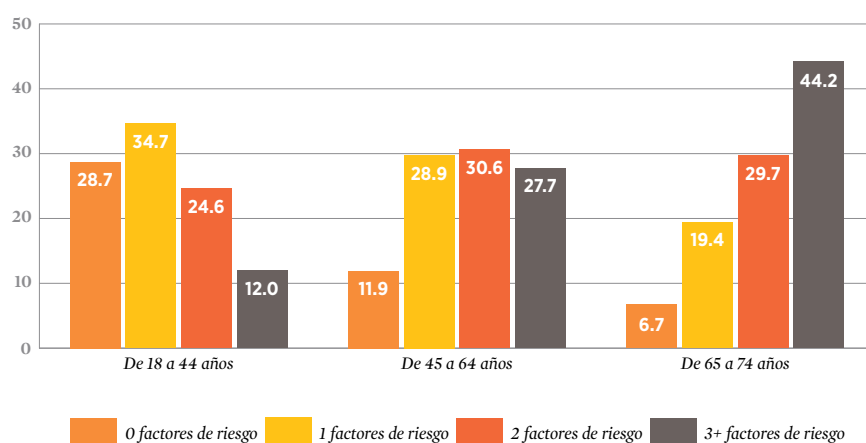
La presión arterial alta, un nivel alto de colesterol, obesidad, diabetes y fumar cigarrillos son los factores de riesgo más importantes para las enfermedades del corazón y el derrame cerebral. Mientras más factores de riesgo tenga una persona mayor será su riesgo de enfermedades del corazón y derrame cerebral. Los siguientes gráficos describen el porcentaje de participantes de HCHS/SOL que tienen 0, 1, 2 y 3 o más de estos factores de riesgo. Una meta para mejorar la salud es que los participantes de todas las edades tengan el menor número posible de factores de riesgo (*Daviglus et al., 2013*).

Gráfico 47: Porcentajes de mujeres con múltiples factores de riesgo por edad



Aproximadamente el 43 por ciento de mujeres de 18 a 44 años de edad no tuvieron factores de riesgo. Sin embargo en las mujeres de 65 a 74 años de edad solamente cerca del 7 por ciento no tuvieron factores de riesgo.

Gráfico 48: Porcentajes de hombres con múltiples factores de riesgo por edad



Asimismo, en los hombres, los grupos de edades más jóvenes tuvieron menos factores de riesgo que los grupos de edades más avanzadas. En el grupo de mayor edad alrededor del 44 por ciento tuvieron tres o más factores de riesgo desfavorables.

- Prevenga las enfermedades del corazón no fumando, llevando un estilo de vida saludable, comiendo una alimentación equilibrada y manteniendo actividad física de rutina. Estos hábitos cotidianos de estilo de vida trabajan juntos para prevenir el desarrollo de la diabetes, el aumento de peso, la presión arterial alta y los niveles elevados de colesterol.
- Si usted ya tiene uno o más factores de riesgo, tener dos es mejor que tener tres, tener uno es mejor que dos, y cero es lo mejor de todo.

VIII. Estilo de vida

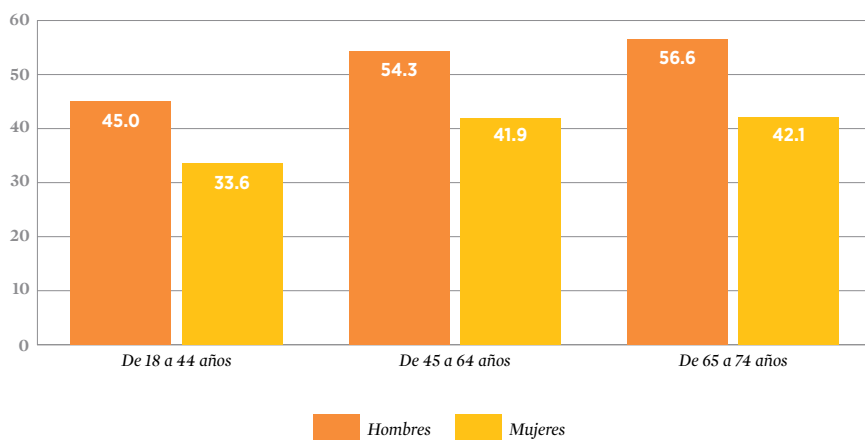
ALIMENTACIÓN

La información sobre la alimentación se obtuvo preguntando a los participantes lo que comieron el día anterior. Se determinó un patrón alimentario recogiendo información alimentaria en su examen inicial y vía telefónica de uno o dos meses más tarde.

Los datos alimentarios se tabularon en grupos de cantidades de consumo más altas y menores. Para las frutas y verduras, se agrupó en aquellos que comen 5 o más frutas y verduras por día. Sodio se representa para aquellos que consumen menos de 2,300 mg de sodio por día. Las grasas se representa para aquellos que consumen menos del 10 por ciento de calorías a partir de la grasa. Estos agrupamientos se utilizan comúnmente para representar el consumo de frutas y verduras, sodio y grasa.

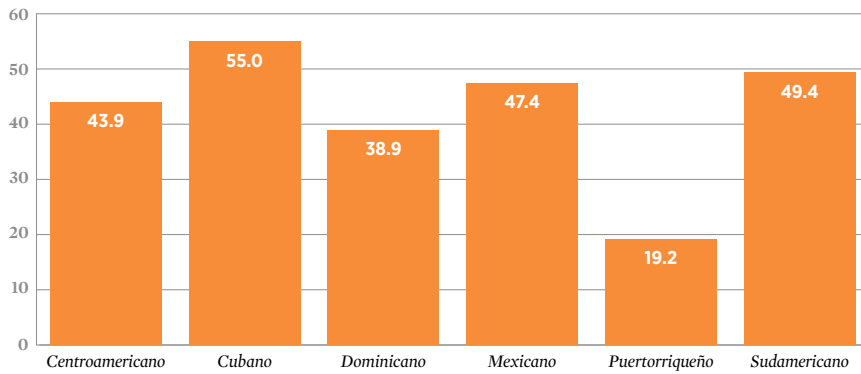


Gráfico 49: Porcentajes que comen 5 o más frutas y verduras por edad y sexo



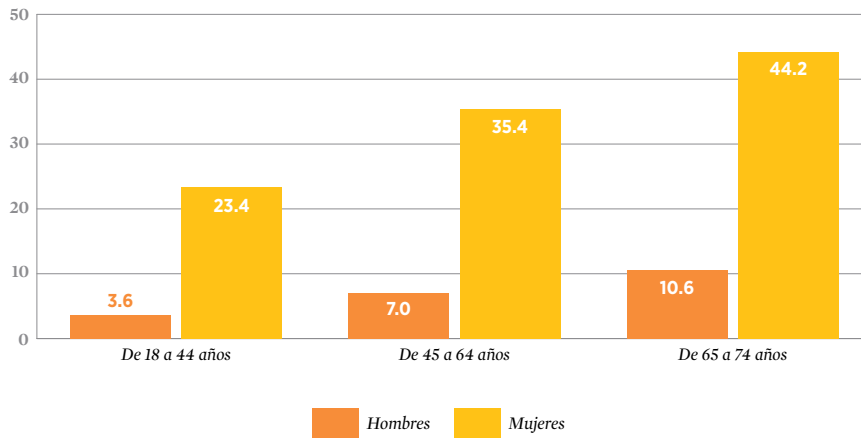
Una alimentación saludable debería incluir frutas y verduras en abundancia. Más hombres que mujeres consumieron por lo menos 5 frutas y verduras (sin papas fritas) por día. Este porcentaje mejoró en las edades más avanzadas.

Gráfico 50: Porcentajes que comen 5 o más frutas y verduras por origen étnico



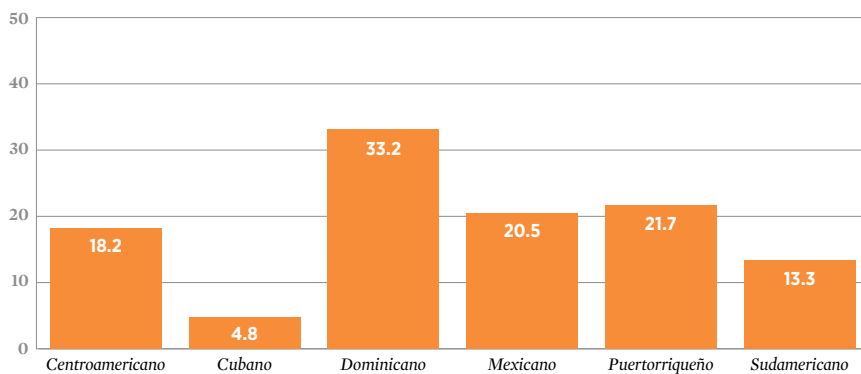
Si bien casi la mitad de todos los participantes de origen cubano y sudamericano reportaron el consumo de por lo menos 5 frutas y verduras por día, solamente uno de cada cinco puertorriqueños alcanzó esta meta.

Gráfico 51: Porcentajes que consumen menos de 2,300 mg de sodio por edad y sexo



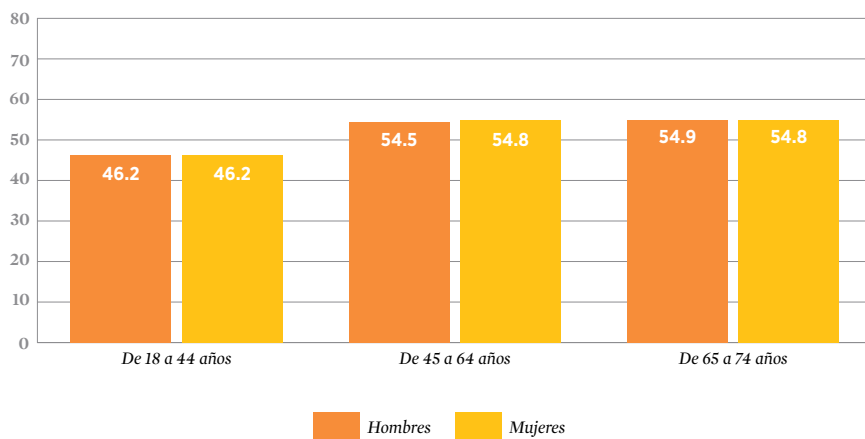
El porcentaje de participantes que consumen menos de 2,300 mg de sodio por día aumentó con la edad. En todos los grupos de edades, las mujeres consumieron menos sodio que los hombres.

Gráfico 52: Porcentajes que consumen menos de 2,300 mg de sodio por origen étnico



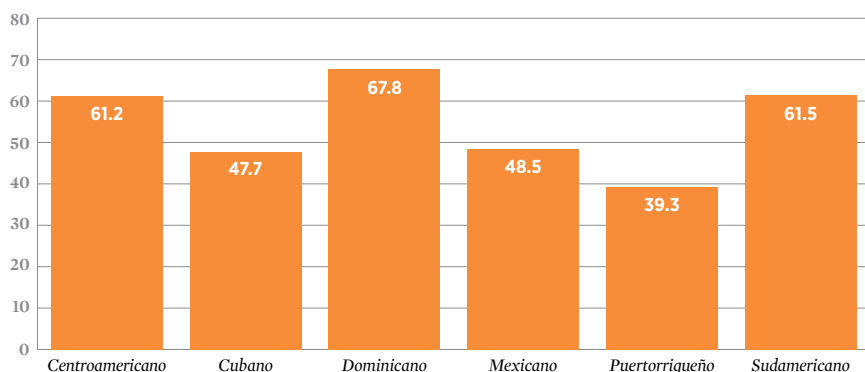
Los participantes de origen dominicano seguidos por puertorriqueños, mexicanos y centroamericanos reportaron un porcentaje más alto de consumir menos de 2,300 mg de sodio por día.

Gráfico 53: Porcentajes que consumen menos del 10% de calorías de grasa saturada por edad y sexo



Alrededor de la mitad de todos los participantes reportaron consumir menos del 10 por ciento de calorías de grasa saturada. Los porcentajes fueron iguales para hombres y mujeres.

Gráfico 54: Porcentajes que consumen menos del 10% de calorías de grasa saturada por origen étnico



Aproximadamente dos de cada tres participantes de origen dominicano, sudamericano y centroamericano reportaron consumir menos del 10 por ciento de calorías a partir de grasa saturada. Uno de cada dos participantes de origen mexicano y cubano consumió esta cantidad.

Una alimentación saludable incluye:

- Comer suficientes frutas y verduras
- Ser consciente del consumo de sodio (leer las etiquetas de los alimentos y seleccionar los alimentos con los valores más bajos de sodio)
- Reducir las calorías que provienen de las grasas saturadas

ACTIVIDAD FÍSICA

El número de minutos por día dedicados a la actividad física se determinó a partir de los distintos niveles de actividad que los participantes reportaron. Las actividades físicas recreativas podrían incluir caminar, montar bicicleta, nadar, trotar/correr, bailar, actividades de jardinería y otros tipos de actividades para pasar el tiempo.

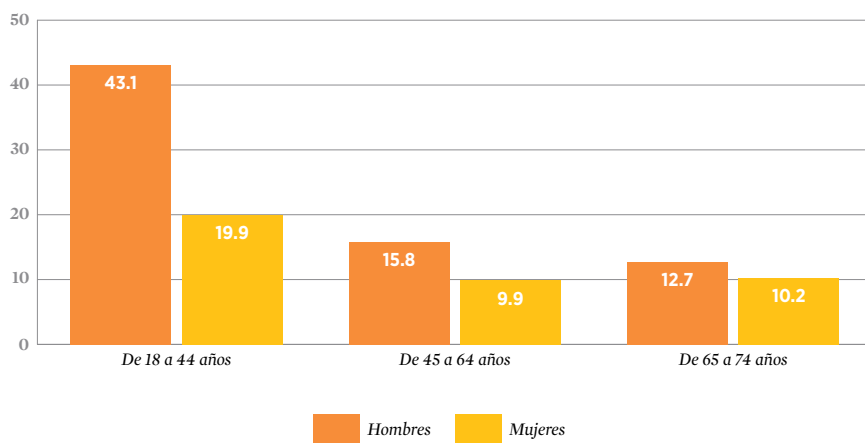
La actividad de intensidad moderada eleva su frecuencia cardíaca hasta un punto donde se suda y se siente que se está esforzando pero aún se puede mantener una conversación durante la actividad. Ejemplos de actividades de nivel moderado incluyen jardinería, caminar a la tienda y guardar las compras del mercado.

Durante la actividad vigorosa, tanto la respiración como la frecuencia cardíaca son rápidas. Ejemplos de actividad vigorosa incluyen trabajo físico arduo como el de la construcción, caminar llevando cargas pesadas, montar una bicicleta, nadar y correr.



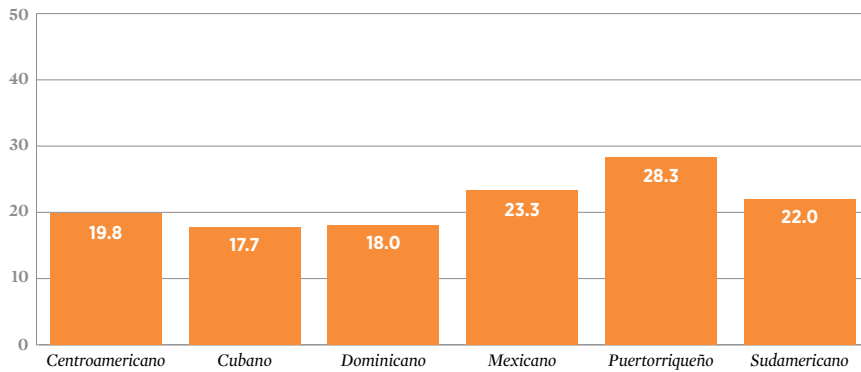
DE ARRIBA A ABAJO: Actividad física en grupo; Carpintero

Gráfico 55: Minutos promedio de actividad física recreativa por día por edad y sexo



Los hombres de 18 a 44 años de edad reportaron más actividad física recreativa que los hombres de mayor edad y que las mujeres de todas las edades.

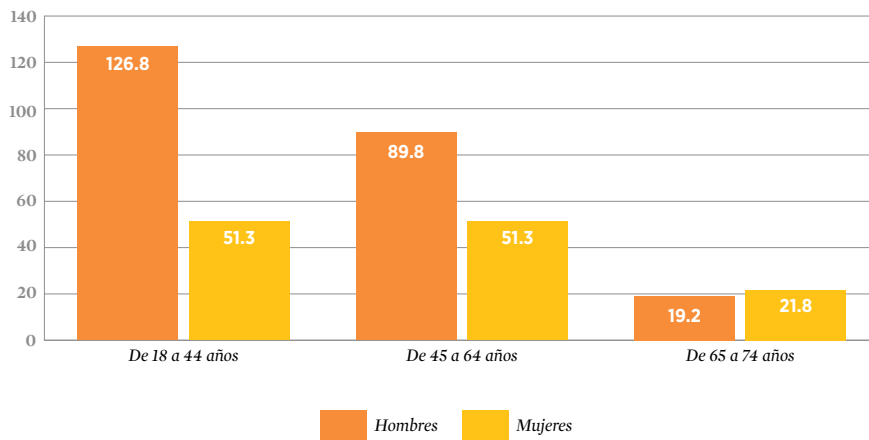
Gráfico 56: Minutos promedio de actividad física recreativa por día por origen étnico



Los participantes de origen cubano reportaron menos actividad física recreativa que los otros grupos de origen étnicos.

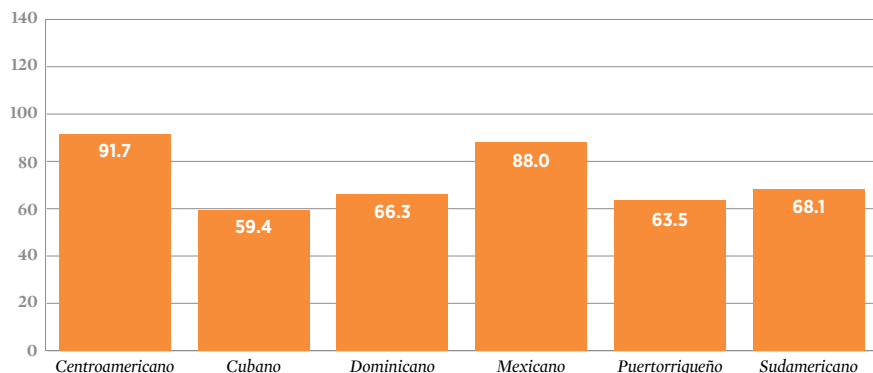
La actividad física relacionada con el trabajo incluye actividades físicas realizadas durante la jornada laboral al menos durante 10 minutos seguidos.

Gráfico 57: Minutos promedio por día de actividad física relacionada con el trabajo por edad y sexo



Los hombres de 18 a 44 años de edad reportaron de más minutos por día de actividad física relacionada con el trabajo que los hombres de mayor edad y que las mujeres de todas las edades. Hombres y mujeres de 65 a 74 años de edad participaron en menos minutos de actividad física relacionada con el trabajo.

Gráfico 58: Minutos promedio por día de actividad física relacionada con el trabajo por origen étnico



Los participantes de origen cubano reportaron menos minutos por día de actividad física relacionada con el trabajo que los otros grupos de origen étnico.

La actividad física desempeña un papel importante en el control del peso. Usted sube de peso cuando las calorías que quema durante la actividad física son menos que las calorías que come o bebe. La actividad física regular ayuda a fortalecer los huesos, mejora la salud mental, mejora la capacidad para realizar las actividades cotidianas y previene caídas. Además ayuda a disminuir el riesgo de enfermedades del corazón, derrame cerebral, diabetes de tipo 2 y otros problemas de salud. En general, es probable que los individuos que participen en actividades físicas con regularidad tengan una vida más larga.

- La actividad de intensidad moderada, como caminar a paso ligero, es generalmente segura para la mayoría de la gente. Todos podemos obtener beneficios de salud realizando actividad física, independientemente de la edad, origen étnico, figura o tamaño. Un estilo de vida saludable que incluya actividad física puede ayudar a prevenir muchos problemas de salud.
- Trate de hacer por lo menos 150 minutos de actividad física por semana (o 30 minutos por día, 5 o más días por semana).

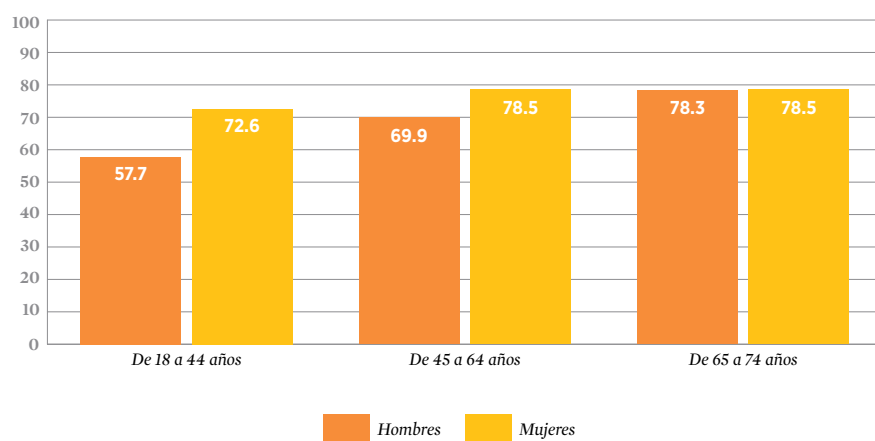
Para más información, consulte: <http://health.gov/paguidelines/guidelines/summary.aspx>

IX. Conocimiento, tratamiento y control

CONOCIMIENTO, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

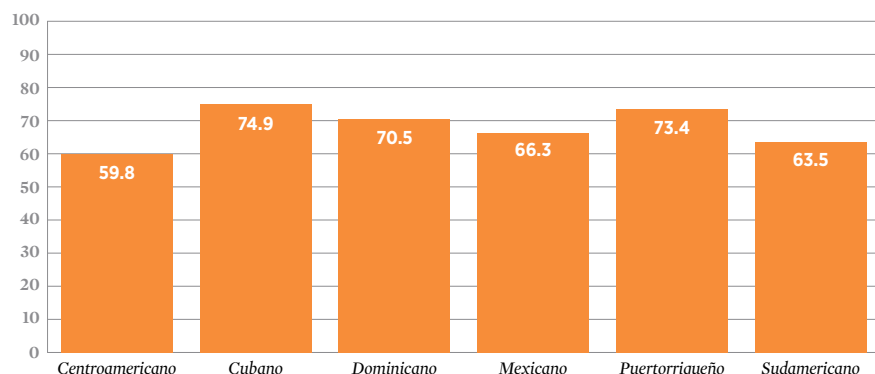
En este estudio, a los participantes se les preguntó si su médico o proveedor de salud les había dicho que tenían presión arterial alta o hipertensión. Si respondían que sí entonces se consideraba que tenían conocimiento de su hipertensión.

Gráfico 59: Porcentajes con conocimiento de su hipertensión por edad y sexo



En el caso de los hombres hipertensos el conocimiento de su hipertensión aumentó con la edad. Las mujeres hipertensas en general tuvieron más conocimiento de su hipertensión que los hombres.

Gráfico 60: Porcentajes con conocimiento de su hipertensión por origen étnico

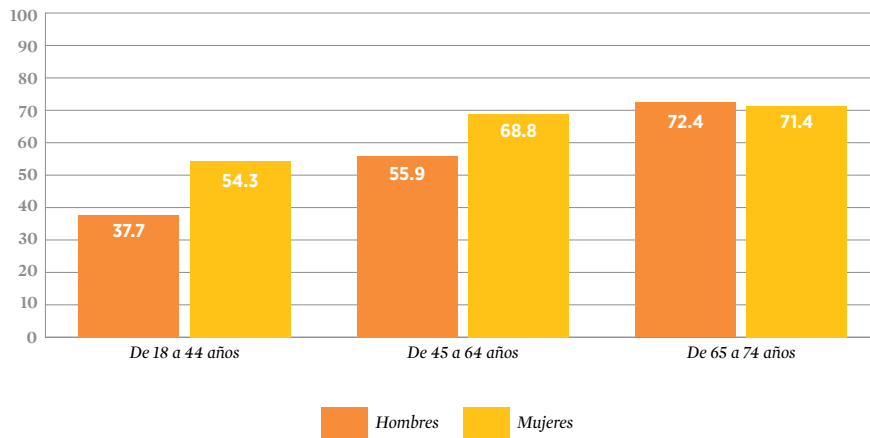


Los hombres hipertensos de origen centroamericano tuvieron menos conocimiento. Los participantes de origen cubano tuvieron más conocimiento de su hipertensión.

- La evaluación de la presión arterial a través de la práctica médica rutinaria o de evaluaciones comunitarias puede aumentar el conocimiento de la hipertensión para que pueda obtenerse tratamiento.

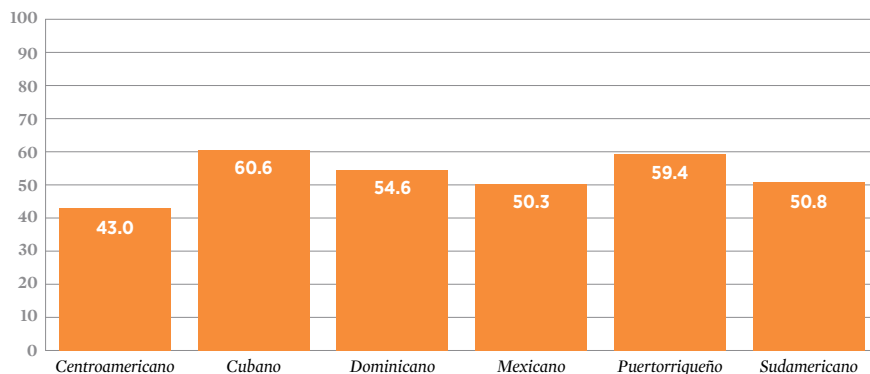
El objetivo es que todas las personas con presión arterial alta reciban tratamiento para la hipertensión.

Gráfico 61: Porcentajes bajo tratamiento para hipertensión por edad y sexo



En el grupo de 18 a 44 años de edad aproximadamente la mitad de las mujeres y alrededor de un tercio de los hombres se encontraban bajo tratamiento para la hipertensión. En el grupo de 65 a 74 años de edad los participantes bajo tratamiento incrementaron hasta casi tres cuartos.

Gráfico 62: Porcentajes bajo tratamiento para hipertensión por origen étnico



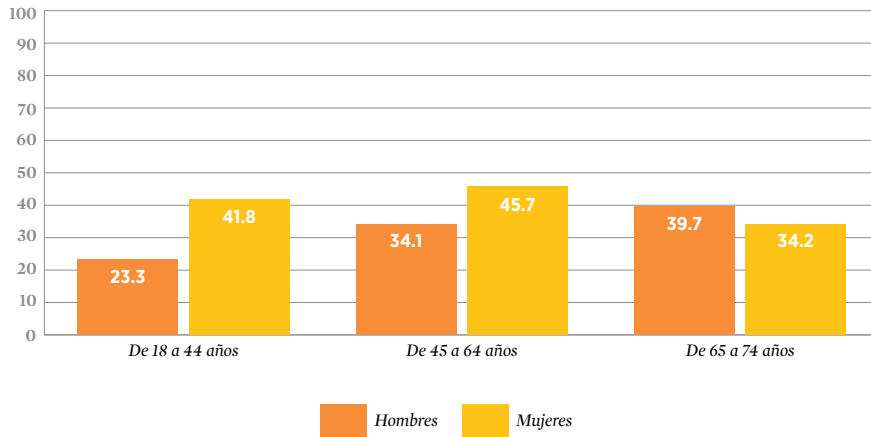
Los participantes de origen cubano y puertorriqueño se encontraban bajo tratamiento para la hipertensión en un porcentaje más alto que el de los otros grupos de origen étnicos. El porcentaje más bajo de participantes bajo tratamiento se encontró entre aquellos de origen centroamericano.

- Hay muchas clases de medicamentos que pueden disminuir la presión arterial para alcanzar niveles más saludables. Una persona que tiene hipertensión debería estar bajo la atención médica de alguien que le pueda recomendar el mejor tratamiento.



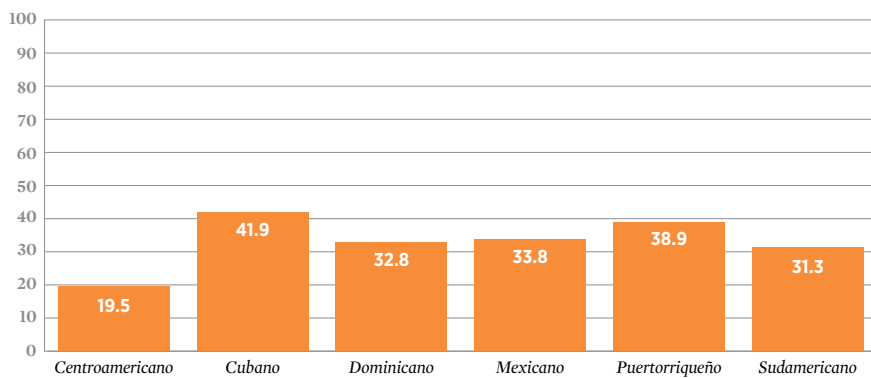
ARRIBA: Monitor de la presión arterial

Gráfico 63: Porcentajes con hipertensión bajo control por edad y sexo



El control más deficiente se encontró en el grupo de hombres hipertensos de 18 a 44 años de edad, con tan sólo un cuarto de ellos bajo control.

Gráfico 64: Porcentajes con hipertensión bajo control por origen étnico



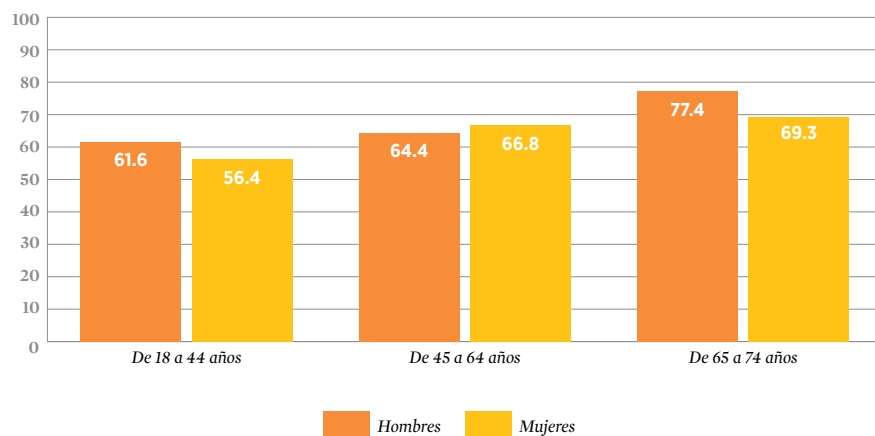
Los participantes con hipertensión de origen cubano y puertorriqueño tuvieron los porcentajes más altos de hipertensión bajo control. Sólo alrededor del 20 por ciento de participantes de origen centroamericano con hipertensión tuvieron su enfermedad bajo control.

- Si usted tiene hipertensión, siga el consejo de un profesional de la salud para mantener su presión arterial bajo control.

CONOCIMIENTO, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA DIABETES

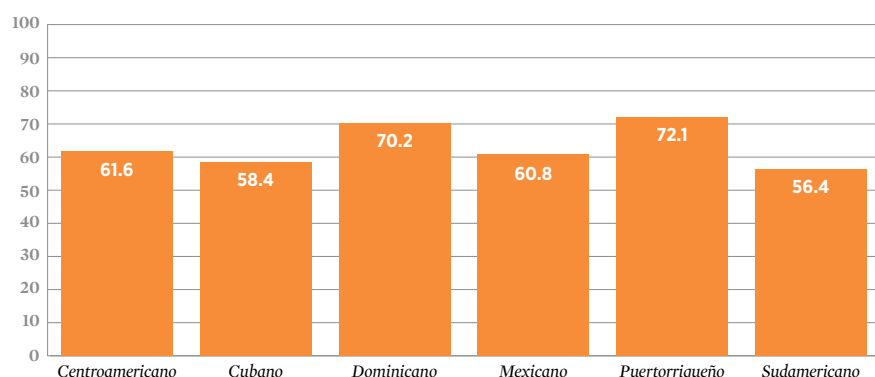
A los participantes se les preguntó si tenían conocimiento de tener diabetes.

Gráfico 65: Porcentajes con conocimiento de su diabetes por edad y sexo



Aproximadamente dos tercios de los participantes con diabetes tuvieron conocimiento de su enfermedad. Fue más probable que los participantes de mayor edad tuvieron más conocimiento de su diabetes que los más jóvenes. En el grupo de edad más avanzada, más hombres que mujeres tenían conocimiento de tener diabetes.

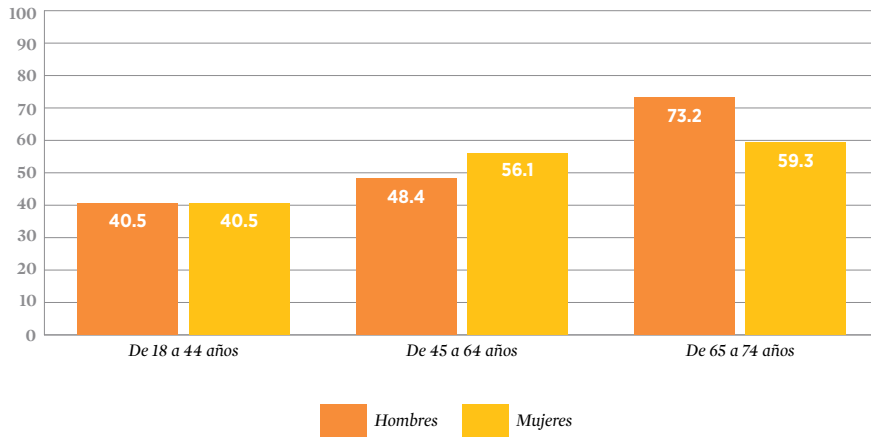
Gráfico 66: Porcentajes con conocimiento de su diabetes por origen étnico



Más del 70 por ciento de participantes de origen puertorriqueño y dominicano tuvieron conocimiento de que tener diabetes, mientras que menos participantes de origen centroamericano, mexicano, cubano y sudamericano tuvieron conocimiento de ello.

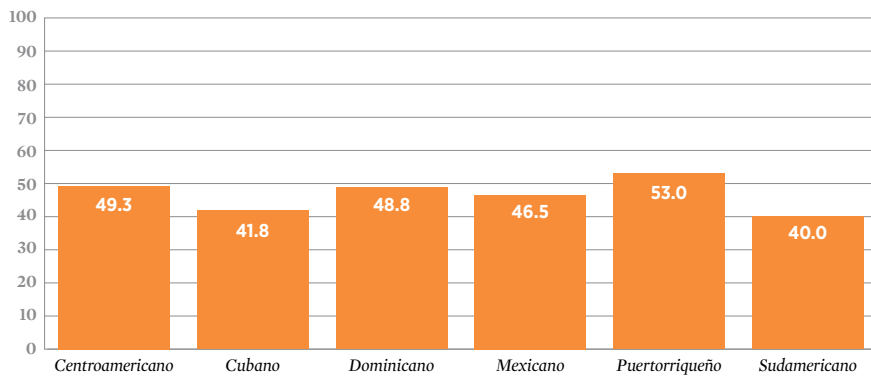
- Tanto los medicamentos, la alimentación y el ejercicio pueden ayudar a disminuir el azúcar en la sangre y prevenir complicaciones de la diabetes.

Gráfico 67: Porcentajes bajo tratamiento para la diabetes por edad y sexo



El porcentaje de participantes bajo tratamiento para la diabetes aumentó con la edad. Este porcentaje fue más alto en las mujeres de 45 a 64 años de edad que en los hombres pero fue más alto en los hombres de 65 a 74 años que en las mujeres.

Gráfico 68: Porcentajes bajo tratamiento para la diabetes por origen étnico



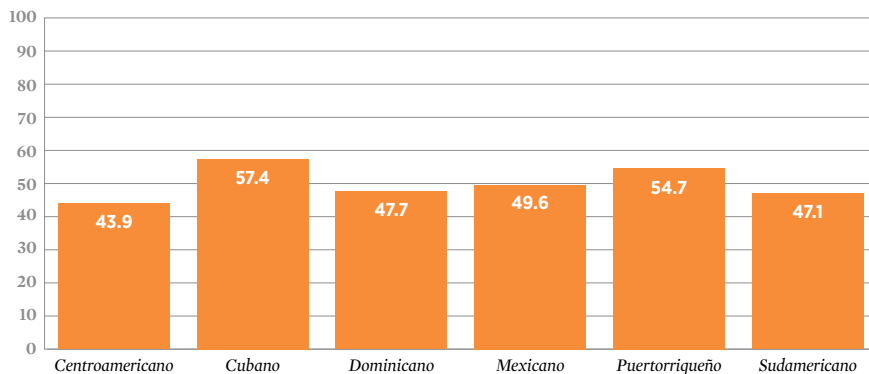
Más participantes diabéticos de origen puertorriqueño reportaron estar recibiendo tratamiento para la diabetes que aquellos de origen centroamericano y dominicano que, a su vez, tuvieron más probabilidad de estar bajo tratamiento que aquellos de origen mexicano, cubano o sudamericano.

Gráfico 69: Porcentajes con diabetes bajo control por edad y sexo



Sólo alrededor de la mitad de todos los participantes con diabetes tuvieron su enfermedad bajo control. El control de la diabetes aumentó ligeramente con la edad.

Gráfico 70: Porcentajes con diabetes bajo control por origen étnico



Más participantes con diabetes de origen cubano y puertorriqueño tuvieron su diabetes bajo control que aquellos de origen mexicano, dominicano, sudamericano y centroamericano.

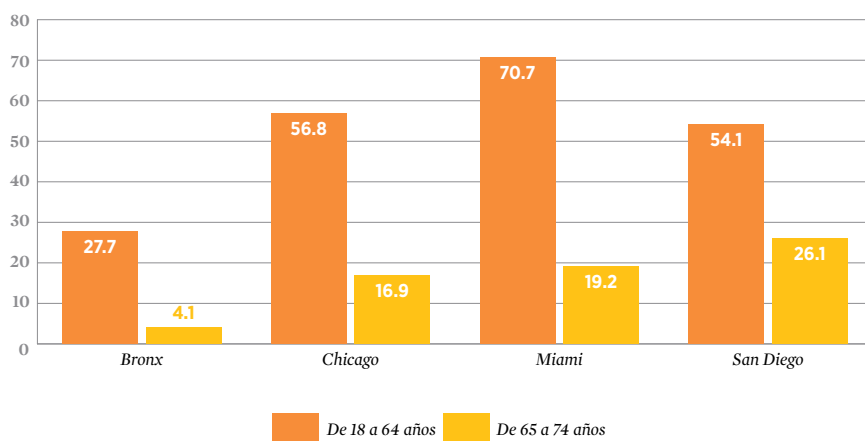
- Tomar los medicamentos recetados por el médico puede ayudar a disminuir el azúcar en la sangre a un nivel aceptable y prevenir las complicaciones de la diabetes.

X. Seguro médico

COBERTURA DEL SEGURO MÉDICO

Tener seguro médico es un indicador de acceso a la atención médica en los Estados Unidos. Esto aumenta la probabilidad de tener acceso a servicios y exámenes de prevención recomendadas y de obtener atención médica especializada.

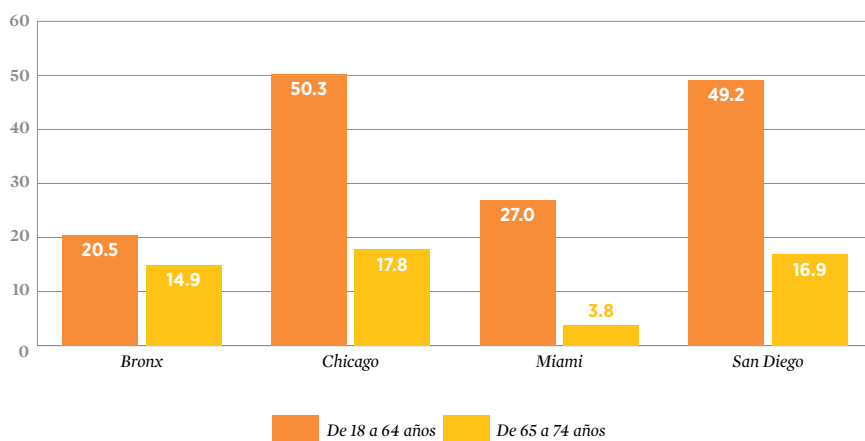
Gráfico 71: Porcentajes sin seguro médico por edad y centro de investigación



El porcentaje más alto de participantes sin seguro médico entre los cuatro centros de investigación se encontró en el de Miami en el grupo de 18 a 64 años de edad y el porcentaje más bajo se encontró en el Bronx en el grupo de 65 a 74 años de edad. El grupo de edad más joven tuvo más probabilidad de no tener seguro médico que el grupo de edad más avanzada.

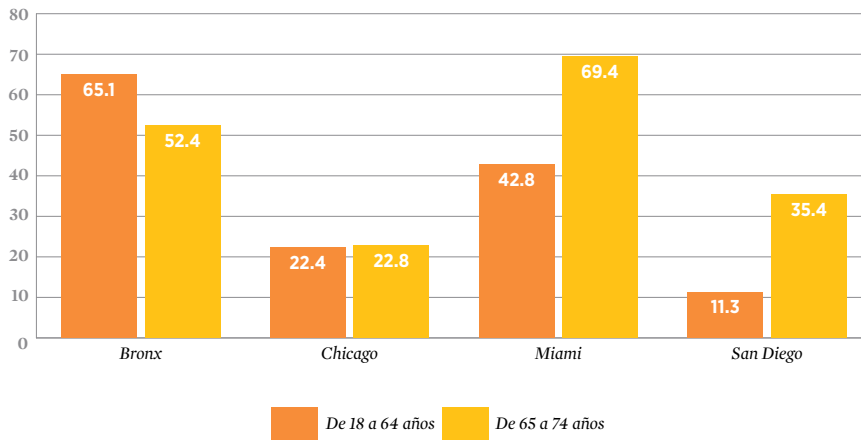
TIPOS DE SEGURO MÉDICO

Gráfico 72: Porcentajes con seguro médico del empleador por edad y centro de investigación



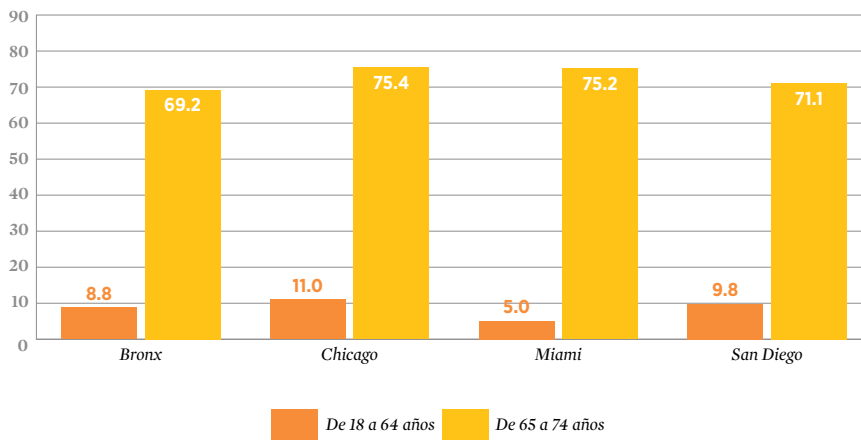
Aproximadamente la mitad de los participantes en el grupo de 18 a 64 años de edad en los centros de investigación de Chicago y San Diego tuvieron seguro a través de sus empleadores.

Gráfico 73: Porcentajes con seguro médico de Medicaid por edad y centro de investigación



La mayoría de los participantes del Bronx y Miami tuvieron seguro a través de Medicaid.

Gráfico 74: Porcentajes con seguro médico de Medicare por edad y centro de investigación



La mayoría de los participantes en el grupo de entre 65 y 74 años de edad estaban asegurados a través de Medicare.

XI. Resumen

Este Reporte de Datos ofrece una visión general del valor potencial del Estudio de la Salud de la Comunidad Hispana/ Estudio de los Latinos. En éste se describe el estado de salud de una muestra de personas de diversos orígenes étnicos y ubicaciones y se identifican factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares en esta población. El estudio puede servir como base para investigaciones futuras sobre las posibles causas de los importantes problemas de salud mostrados en estas páginas y sobre maneras para prevenirlos. El objetivo es mejorar la salud de cada persona mediante la identificación de la mejor forma de prevenir los problemas de salud y la aplicación de los mejores tratamientos para las enfermedades.

Como se muestra en el Reporte de Datos, la prediabetes, diabetes y obesidad continúan siendo muy comunes en las poblaciones hispanas/latinas. Si no se controla debidamente la prediabetes puede convertirse en diabetes. Además, la obesidad que es muy prevalente en esta población bajo estudio puede conducir a la diabetes y la presión arterial alta.

Un nuevo hallazgo de este estudio mostró que un número considerable de personas reportó tener alteraciones del sueño. Otros estudios han mostrado las consecuencias perjudiciales de las alteraciones del sueño en la salud cardiovascular.

Las enfermedades cardiovasculares son causadas por una combinación de factores de riesgo y este Reporte de Datos informa del porcentaje de participantes que tienen hasta 3 o más de los factores perjudiciales. En el grupo de edad más avanzada (de 65 a 74 años de edad) alrededor de tres cuartos tienen dos o más de estos factores perjudiciales.

Algunos comportamientos no saludables, tales como fumar cigarrillos, se encuentran en niveles bajos en algunos

grupos de origen étnico pero están demasiado altos en otros grupos. Por otro lado, un número considerable de personas reportaron comer un número alto de porciones de frutas y verduras. Los hombres más jóvenes fueron los más activos físicamente tanto en el trabajo como en la recreación. Aunque el porcentaje de participantes con hipertensión (presión arterial alta) no fue excesiva, es significativamente preocupante que muchos participantes no estaban recibiendo tratamiento o no tenían su enfermedad bajo control. Asimismo, en el caso de la diabetes, aproximadamente dos tercios tenían conocimiento de su diabetes, pero menos de la mitad la tenían bajo control.

Para algunas de estas enfermedades y condiciones para las que se conoce su prevención y tratamiento, el mensaje de salud es claro:

- Para la prevención, siga las recomendaciones de aumentar la actividad física, mejorar la alimentación y seguir el consejo de su médico o proveedor de salud.
- Para el tratamiento, primero conozca los números de su presión arterial, colesterol y glucosa en la sangre para tener un mayor conocimiento de su estado de salud.
- Pídale consejo a un proveedor médico sobre el mejor tratamiento para estas condiciones.
- Por último, siga todas las recomendaciones dadas.

Para cerrar, un agradecimiento a todos los que han hecho posible este estudio. Primero, gracias a los participantes que dieron su tiempo, energía y dedicación. Segundo, al gran número de médicos, enfermeras, personal técnico, administradores, expertos en computación y estadísticos que han hecho posible este comienzo. Finalmente, se dan las gracias a todos los nuevos miembros del personal, estudiantes y otros individuos que se incorporaron a este estudio quienes desarrollaron una apreciación sobre la complejidad y valor de una investigación que puede mejorar la salud de todos los estadounidenses.

XII. Referencias

Becker, A & Armendariz A. (2012, June 22). California border crossing: San Ysidro port of entry is the busiest land border in the world. *Huffington Post*. http://www.huffingtonpost.com/2012/06/22/california-border-crossing_n_1619067.html [Accessed 5-5-2013]

Daviglus ML, Talavera GA, Avilés-Santa ML, Allison M, Cai J, Criqui MH, Gellman M, Giachello AL, Gouskova N, Kaplan RC, LaVange L, Penedo F, Perreira K, Pirzada A, Schneiderman N, Wassertheil-Smoller S, Sorlie PD, Stamler J. (2012). Prevalence of major cardiovascular risk factors and cardiovascular diseases among Hispanic/Latino individuals of diverse backgrounds in the United States. *JAMA*. 308(17):1775-84.

Kucher, K. (2010, September 16). In Depth: Mexico's bicentennial and San Diego. *U-T San Diego*. <http://www.utsandiego.com/news/2010/sep/16/mexicos-impact-region/?page=2#article>

Lavange LM, Kalsbeek WD, Sorlie PD, Avilés-Santa LM, Kaplan RC, Barnhart J, Liu K, Giachello A, Lee DJ, Ryan J, Criqui MH, Elder JP. (2010). Sample design and cohort selection in the Hispanic Community Health Study/Study of Latinos. *Ann Epidemiology*. 20(8):692-9.

Mayo Clinic. 5 medication-free strategies to help prevent heart disease. <http://www.mayoclinic.com/health/heart-disease-prevention/WO00041> [Accessed 5-6-2013]

Mayo Clinic. Heart disease. Definition. <http://www.mayoclinic.com/health/heart-disease/DS01120> [Accessed 5-6-2013]

Murphy, SL, Xu, J, & Kochanek, KD. Preliminary Data for 2010. (2012). National Center for Health Statistics. *National Vital Statistics Reports*. 60(4). (http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr60/nvsr60_04.pdf) [Accessed 5-6-2013]

National Heart, Lung, and Blood Institute. (2009, August). At-a-glance: *Healthy Sleep*. NIH Publication No. 09-7426. http://www.nhlbi.nih.gov/health/public/sleep/healthy_sleep_atglance.pdf

National Heart, Lung, and Blood Institute. National Institutes of Health. (2009, August). At a glance: *What you need to know about high blood cholesterol*. NIH Publication No.09-7424. http://www.nhlbi.nih.gov/health/public/heart/chol/cholesterol_atglance.pdf [Accessed 5-6-2013]

National Heart, Lung, and Blood Institute. Take Action: Stop Asthma Today! (2010, September). NIH Publication No. 10-7542. <http://www.nhlbi.nih.gov/health/prof/lung/asthma/naci-action-guide.pdf>

National Heart, Lung and Blood Institute. *Take the first step to breathing better. Learn more about COPD*. <http://www.nhlbi.nih.gov/health/public/lung/copd/index.htm> [Accessed 5-6-2013]

National Heart, Lung, and Blood Institute. (2012, August). *What is high blood pressure?* <http://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/hbp/> [Accessed 5-6-2013]

New York City Department of City Planning. (2011, March). *NYC 2010: Results from the 2010 census. Population growth and race/Hispanic composition.* <http://www.nyc.gov/html/dcp/pdf/census/census2010/pgrhc.pdf> [Accessed 5-6-2013]

Pub Med Health: Stroke. (last reviewed 2012, May). *A.D.A.M. Medical Encyclopedia.* <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0001740/> [Accessed 5-7-2013]

Ready T & Brown-Gort A. (2005). *The State Of Latino Chicago: This Is Home Now.* Institute of Latino Studies. University of Notre Dame. <http://www.csu.edu/CERC/documents/StateofLatinoChicago.pdf> [Accessed 2-7-2012]

Sorlie PD, Aviles-Santa LM, Wassertheil-Smoller S, Kaplan RC, Daviglius ML, Giachello AL, Schneiderman N, Raij L, Talavera G, Allison M, Lavange L, Chambless LE, Heiss G. (2010). Design and implementation of the Hispanic Community Health Study/Study of Latinos. *Annals of Epidemiology*, 20(8):629-641.

U.S. Census Bureau. 2010 Census/American Fact Finder. <http://factfinder2.census.gov/faces/nav/jsf/pages/index.xhtml> [Accessed 5-6-2013]

Wikipedia, Miami: <http://en.wikipedia.org/wiki/Miami> [Accessed 2/15/2013]

El Centro de Información sobre la Salud del NHLBI es un servicio del Instituto Nacional del Corazón, los Pulmones y la Sangre (NHLBI) de los Institutos Nacionales de la Salud. El Centro de Información sobre la Salud del NHLBI brinda información a profesionales en el campo de la salud, pacientes y al público en general acerca del tratamiento, diagnóstico y prevención de enfermedades del corazón, los pulmones y la sangre, y trastornos del sueño.

PARA MAYOR INFORMACIÓN

Centro de Información del NHLBI

P.O. Box 3015

Bethesda, MD 20824-0101

Teléfono: 301-592-8573 (o marque el 7-1-1 para acceder a los servicios de retransmisión de telecomunicaciones, TRS, por sus siglas en inglés)

Fax: 301-592-8563

Correo electrónico: NHLBIinfo@nhlbi.nih.gov

Sitios de internet:

NHLBI: www.nhlbi.nih.gov

HCHS/SOL: www.saludsol.net

Índice de Temas de Salud en el NHLBI

Los temas de salud incluyen artículos sobre los trastornos del sueño, pruebas y procedimientos, junto con videos y artículos en español. Sitio de internet: www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/by-alpha/

SE PROHÍBE LA DISCRIMINACIÓN: Conforme a las disposiciones de las leyes públicas correspondientes promulgadas por el Congreso desde 1964, ninguna persona en los Estados Unidos de América, sea por motivos de raza, color, origen nacional, discapacidad o edad, será excluida de participar en o de recibir los beneficios de, o estará sujeta a discriminación en, ningún programa o actividad (o, en base al sexo, con respecto a ninguna actividad o programa educativo) que reciba ayuda financiera del gobierno federal. Además, la Orden Ejecutiva 11141 prohíbe la discriminación basada en la edad por contratistas o subcontratistas en la ejecución de contratos del gobierno federal, y la Orden Ejecutiva 11246 estipula que ningún contratista financiado con fondos del gobierno federal puede discriminar contra ningún empleado o solicitante de empleo debido a raza, color, religión, sexo u origen nacional. Por lo tanto, el Instituto Nacional del Corazón, los Pulmones y la Sangre deberá funcionar acatando estas leyes y Órdenes Ejecutivas.