

Fomento de la Equidad en Salud en Familias Latinas



Evaluación del Rol de los Determinantes Sociales de Salud (SDOH)

Este informe resume los resultados de una evaluación de una intervención enfocada en evaluar y derivar a las familias por los determinantes sociales de salud, centrándose en los efectos en las familias Latina/os.

Emma K. Monahan

Aresha M. Martinez-Cardoso

Angela Garza

Marzo 2023

 **CHAPIN HALL**
AT THE UNIVERSITY OF CHICAGO



Introducción

Entre 2010 y 2020, los Latinas/os/hispanas/os¹ impulsaron un poco más de la mitad del crecimiento demográfico en los EE.UU. (51,1%) y esto se debió abrumadoramente al cantidad de nacimientos que hubo en el país. (Jones et al., 2021; Mather & Lee, 2020). Si bien las familias y los niños Latinas/os están preparados para dar forma al futuro de los Estados Unidos, este futuro enfrenta desafíos debido a las barreras socioeconómicas generalizadas que ellos y sus familias enfrentan. Específicamente, cuando son comparados con otros grupos raciales/étnicos, vemos que las familias latinas pasan por grandes dificultades para satisfacer necesidades básicas (Scherer & Mayol-García, 2022), tienen las tasas más altas de niños y niñas sin seguro médico (Whitener & Corcoran, 2021), y los niveles más bajos de utilización de programas de red de seguridad (Bitler et al., 2022).

Las adversidades sociales y económicas que las familias y los niños latinos/as enfrentan a menudo se acumulan desde la infancia y van hasta la adultez. Ponen a los niños/as en riesgo de un desarrollo y resultados de salud deficientes en la primera infancia y más allá. Estas adversidades, de forma directa e indirecta, van moldeando a los niños/as a través de prácticas y comportamientos de crianza y de la capacidad de las familias para proporcionar medios materiales a sus hijos (Sedlak et al., 2010; Shanahan et al., 2017). Además, la adversidad socioeconómica contribuye al estrés familiar. Esto desgasta la resiliencia de los/as cuidadores/as, su capacidad para promover apoyo emocional y social para sus familias y para su propia salud mental (Gavidia-Payne et al., 2015; Huang et al., 2014).

¹ En este informe, utilizamos el término Latina/o para referirnos a las personas de ascendencia latinoamericana en Estados Unidos. Consideramos que este término es intercambiable con Hispano/a, Latinx y Latine. Reconocemos que Latinx y Latine se consideran términos de género más neutro que se originaron en espacios queer, no binarios y feministas, y a menudo se prefieren en espacios académicos y organizativos. Sin embargo, en la comunidad latina en la que se lleva a cabo nuestra investigación, la mayoría prefiere el término latina/o para referirse a su grupo panétnico y el lenguaje en este informe se alinea con esta preferencia (Neo-Bustamante, Mora, & López, 2020).

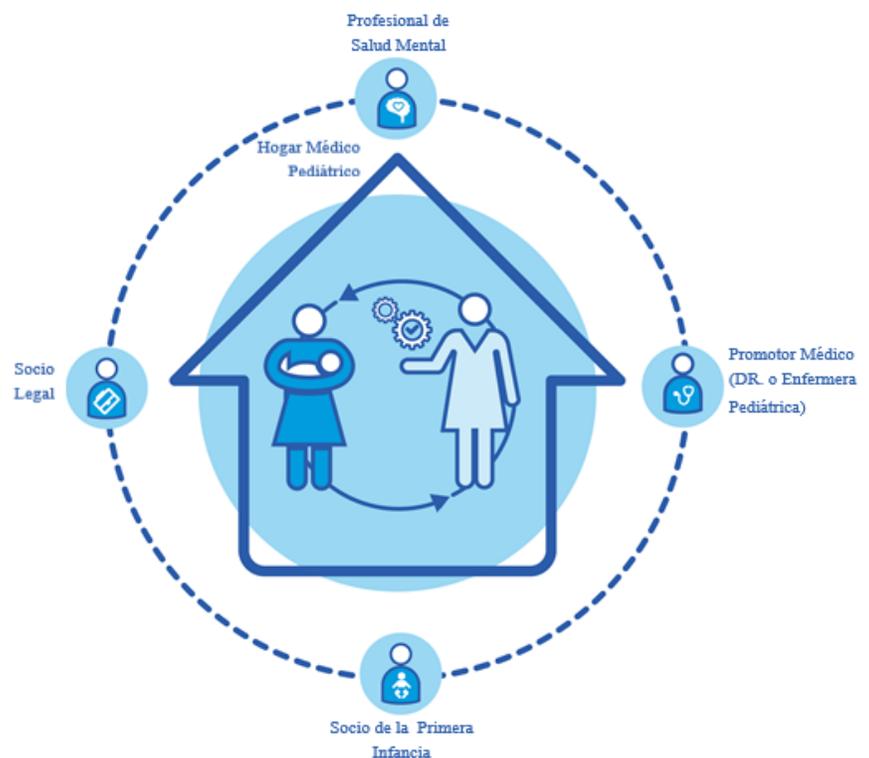
Abordar las disparidades latino/as que surgen en la primera infancia es crucial; los primeros 5 años de vida son un período de tiempo crítico para el desarrollo infantil (Heckman, 2006).

Una investigación reciente apunta a las intervenciones para la evaluación y derivación de los determinantes sociales de salud (SDOH por sus siglas en inglés) como una estrategia prometedora para abordar las dificultades sociales y económicas y las necesidades sociales relacionadas con la salud que enfrentan las familias en situación de pobreza (Garg et al., 2019; Garg et al., 2015). Las intervenciones SDOH están diseñadas para evaluar a las familias vulnerables en busca de necesidades insatisfechas, conectar a las familias con recursos materiales y comunitarios y ofrecer apoyo social a los/as cuidadores/as para reforzar los comportamientos positivos de crianza y bienestar (Gottlieb, Wing y Adler, 2017). Para los pequeños latinos/as, las intervenciones SDOH integradas dentro de las clínicas pediátricas y conectadas a los servicios de apoyo de la comunidad pueden ser una estrategia prometedora para amortiguar los efectos de la adversidad socioeconómica en la salud y el bienestar de los niños latinos/as y fortalecer la resiliencia y la capacidad de los cuidadores latinos/as para responder a las experiencias adversas.

Comprensión del Desarrollo y Colaboración Legal para Todos (DULCE)

DULCE (del inglés Developmental Understanding and Legal Collaboration for Everyone) es una intervención SDOH diseñada para apoyar a las familias con niños/as recién nacidos (desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad). Cuenta con la participación de un equipo multidisciplinar formado por un proveedor médico, un especialista en salud conductual, un representante del sistema de la primera infancia, un socio legal y una especialista en familia establecida en los hogares médicos pediátricos de las familias. La especialista en familia está presente en todas o casi todas las visitas del niño sano, lleva a cabo todas las evaluaciones y derivaciones de las necesidades sociales y materiales, y documenta y realiza un seguimiento continuo de las familias para determinar si están conectadas con los recursos. La relación de confianza que se establece entre las especialistas en familia y las familias es un elemento importante de DULCE. Se ha demostrado que DULCE es eficaz para mejorar la utilización de la atención médica primaria y reducir las visitas a los servicios de emergencias (Sege et al., 2014). El presente estudio tiene como objetivo aprender más acerca de cómo funciona DULCE, específicamente para las familias latinas.

Figura 1: Diseño de la intervención DULCE



Metodología de Estudio

Esta metodología cuasi-experimental nos permitió comprender mejor el impacto de la participación en DULCE en los resultados de las cuidadoras latinas.

En este estudio de métodos mixtos, nos basamos en datos cuantitativos y cualitativos² para entender cómo DULCE impactó en los resultados de bienestar de las madres de familias latinas nacidas en EE.UU. e inmigrantes. Este estudio es una extensión del estudio longitudinal anterior, "Evaluación de los enfoques comunitarios para prevenir y mitigar el estrés tóxico" (Evaluating Community Approaches to Preventing or Mitigating Toxic Stress), en adelante, MTS. Para obtener más información sobre el diseño del estudio, consulte el [Informe de investigación 1: Evaluación de los enfoques comunitarios para prevenir o mitigar el estrés tóxico](#). Para obtener más información sobre otros hallazgos de esta investigación, [visite la página web del estudio](#).

Muestras y Medidas del Estudio

Métodos cuantitativos y muestra. La muestra del estudio cuantitativo incluye a 393 madres latinas cuyos bebés recibieron atención en clínicas que implementaron la intervención DULCE en el condado de Palm Beach, Florida, y en los condados de Alameda, Orange y Los Ángeles, en California. Los bebés recibieron atención durante sus primeros 6 meses de vida, entre 2017 y 2019. En los datos de encuestas recopilados antes y después de la intervención DULCE, examinamos los cambios en el impacto del estrés en el desempeño de las madres (Moreno et al., 2021), la resiliencia (Connor & Davidson, 2003) y los sentimientos depresivos (Dubowitz et al., 2009). También se incluyó información de las familias en relación con la edad, el idioma, los ingresos, la situación del seguro, las experiencias de nacimiento, la situación laboral, el estado civil y el nacimiento. En concreto, se utilizaron métodos cuasi-experimentales³ de balance de entropía y ponderación de probabilidad inversa para crear grupos estadísticamente comparables de familias que recibieron la intervención DULCE (grupo de tratamiento) y familias que no la recibieron (grupo de comparación). A continuación, para lograr la comparabilidad estadística, se utilizó la muestra ponderada en análisis de regresión para identificar el efecto promedio de la intervención DULCE. Esta metodología cuasi-

² Los datos cuantitativos se refieren a fuentes de datos que utilizan números y estadísticas para cuantificar y analizar cuestiones de investigación. Las fuentes de datos cuantitativos suelen incluir observaciones múltiples y datos recogidos a partir de encuestas estandarizadas, datos administrativos, etc. Los datos cualitativos se refieren a las fuentes de datos utilizadas para describir experiencias y fenómenos de una manera más profunda. Suelen recopilarse mediante entrevistas, grupos de discusión u observación, y los resultados suelen aparecer en forma narrativa.

³ El método ideal para identificar los efectos de una intervención o programa es un ensayo controlado aleatorio (ECA), en el que se asigna aleatoriamente a las personas a un programa y se compara a las familias que reciben la intervención con las que no la reciben. Cuando los diseños de los estudios no incluyen un ECA, se utilizan métodos cuasi-experimentales para crear dos grupos (tratamiento y control) que sean estadísticamente similares dadas todas las características conocidas de los datos que puedan afectar a la probabilidad de que un individuo esté en el grupo de tratamiento o de control. Esto permite atribuir con mayor seguridad cualquier resultado a la participación en la intervención y no a otras diferencias entre el grupo de tratamiento y el de control (como los ingresos o la edad).

experimental nos permitió comprender mejor el impacto que la participación en DULCE tuvo en los resultados de las cuidadoras latinas.

Del total de la muestra, 56% participó en DULCE (n=221) y 44% no participó en DULCE (n=172). La muestra estaba compuesta en su totalidad por mujeres y en su mayoría tenía bajos ingresos. Casi el 30% de las familias participantes en DULCE habían nacido en los Estados Unidos, frente al 40% de las familias del grupo de comparación. Las familias participantes también tenían menos probabilidades de hablar inglés en casa (37% frente a 49%). Por último, las madres de DULCE tenían más probabilidades de estar en pareja (39% frente a 28%) y menos probabilidades de estar empleadas (17% frente a 26%).

Métodos cualitativos y muestra. Con base en los resultados de los análisis cuantitativos (que se discuten más adelante), el reclutamiento para las entrevistas cualitativas se centró en hablar con las familias que experimentaron aumentos y disminuciones en la resiliencia después de la participación en DULCE. Además, estratificamos la muestra de reclutamiento por madres latinas nacidas en EE.UU. e inmigrantes (véase la Figura 1). Finalmente, hablamos con 16 familias en entrevistas de 45 minutos a 1 hora. Las entrevistas semiestructuradas fueron realizadas por entrevistadores de campo bilingües y biculturales.

En las entrevistas se pidió a las cuidadoras que describieran su experiencia con DULCE y sus fortalezas y resiliencia actuales en relación con la crianza y la superación de los retos económicos y familiares. Para analizar los datos de la entrevista se utilizó la codificación conceptual, un método de codificación analítica que divide los datos en diferentes conceptos para identificar temas (Saldana, 2016). Con este análisis identificamos tres temas clave. A continuación, integramos los hallazgos cualitativos y cuantitativos para determinar las repercusiones del fomento de la equidad en salud y del servir a las familias latinas con intervenciones SDOH.

Figura 2. Muestra de Estudio y Diseño de Análisis



Hallazgos

DULCE demuestra un Impacto Positivo en la resiliencia de las Familias Latinas

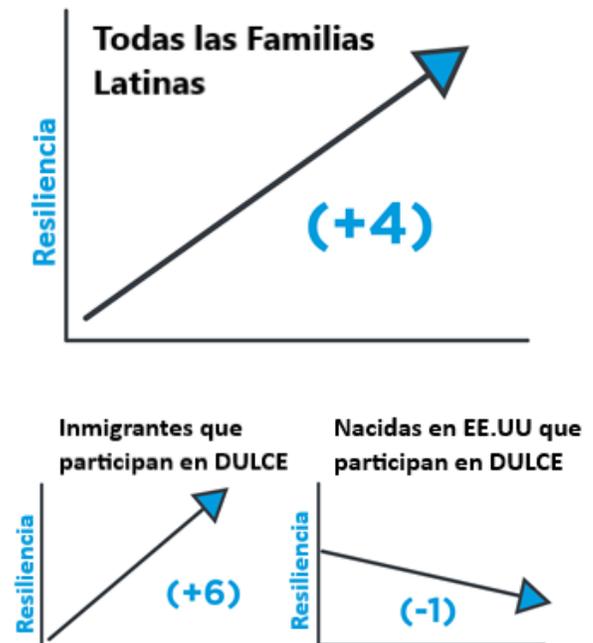
El análisis cuantitativo mostró que la participación en la intervención DULCE tiene un efecto positivo en la resiliencia de las familias, lo que sugiere que participar en el programa se asocia con un nivel de resiliencia 4 puntos más alto. La medida de resiliencia utilizada en este estudio oscila entre 0-100, por lo que se trata de un aumento del 4% (véase la Figura 3). Sin embargo, no hay evidencia en este estudio que sugiera que DULCE tiene un efecto significativo sobre los síntomas depresivos o impacto del estrés en las cuidadoras.

Los resultados también mostraron que DULCE tiene un efecto especialmente importante en la resiliencia de las familias inmigrantes. Para las inmigrantes, la participación en DULCE se asocia con un nivel de resiliencia 6 puntos más alto en comparación con sus compañeras no inmigrantes que también participaron en el programa. En el caso de las cuidadoras nacidas en los EE.UU., la participación en DULCE se asocia con una disminución de 1 punto en la resiliencia en comparación con las compañeras inmigrantes que participaron en DULCE (véase la Figura 4). Por lo tanto, aunque DULCE tuvo un efecto positivo en la resiliencia de toda la población de participantes en el programa, profundizar en los matices de esta asociación mostró que DULCE tuvo un impacto más importante y positivo para las participantes inmigrantes.

El Carácter Semejante y Proximidad de la Especialista en Familia fue la clave del éxito de DULCE

Las conversaciones con las cuidadoras latinas sobre su experiencia con DULCE revelaron que la proximidad y la confianza desarrollada con los Especialistas en Familia fueron un componente clave de DULCE para mejorar la resiliencia, independientemente del estado de nacimiento. Todas las madres nacidas en los EE.UU., independientemente de que informaran de un aumento o disminución de la resiliencia, describieron experiencias positivas con su Especialista en Familia. Sin embargo, para las madres nacidas en los EE.UU. con un aumento de la resiliencia, el apoyo de confianza de un Especialista Familiar que podía identificarse con las experiencias de las madres fue inestimable. Una madre dijo:

Figura 3: Efecto en la resiliencia de cuidadoras latinas que participaron de DULCE



En ese momento me sentía... No sé explicarlo, pero me sentía incapaz de cuidar de otra persona que no fuera yo misma. Pero cuando acudí a ella [la especialista en familia], me sentí bien porque ella también era madre y lo que sentía era normal. No era que yo fuera una mala madre.

De este modo, la especialista en familia brindó apoyo y proximidad fundamentales a las madres nacidas en Estados Unidos, que también declararon haber sufrido depresión posparto (DPP). La especialista en familia ayudó a estas madres en un momento muy difícil y vulnerable. Este papel tan impactante de la especialista en familia no fue descrito con tanta claridad por las madres nacidas en EE.UU. que informaron de una disminución de la resiliencia.

Establecer la Confianza Relacional y un Circuito de Retroalimentación son importantes para una conexión exitosa con los recursos

Otro tema claro entre las entrevistadas que experimentaron un aumento de la resiliencia, independientemente de su origen, fue **el valor de una persona, como la especialista en familia, que dedica tiempo a mantener conversaciones con las familias y a establecer una relación de confianza** durante sus citas pediátricas. Una entrevistada dijo: "Ella [la Especialista Familiar] realmente fue como una amiga cercana para mí, me dio confianza para hablar con ella de todo".

Las madres compartieron que las Especialistas en Familia se centraron en pasar una cantidad adecuada de tiempo con las familias para discutir sus sentimientos y preocupaciones, entender sus necesidades, conectarlas a los servicios, y establecer un circuito de retroalimentación para el seguimiento de la conexión de servicios y necesidades. Es importante destacar que las madres comentaron que la especialista en familia las ayudó a aprender a hacer preguntas y a buscar apoyos que normalmente no se sentirían lo suficientemente cómodas o seguras para hacer por sí mismas. Una madre dijo:

[La especialista en familia] me preguntaba: "Oh, ¿has recibido respuesta de tu caso por esto?". Ello me lo recordaba, pero bueno... digamos que yo estaba abrumada y se me olvidaba. . . Entonces ella me decía: "Está bien, podemos llamar ahora mismo si quieres, si no tienes prisa". . . Entonces [ellos] oyen a otra persona que les dice: "Hola, me llamo [especialista en familia], trabajo en la clínica", y piensan: "Esto va en serio, no se trata solo de ella misma".

Dedicar tiempo para establecer esta relación de confianza con las cuidadoras y ofrecerles asistencia práctica y seguimiento para conectarlas con los recursos contrasta directamente con la eficiencia y la fluidez, que suelen ser el enfoque en los entornos de atención médica. Sin embargo, este es el componente de DULCE que fue fundamental para fortalecer la resiliencia de las cuidadoras y conectarlas con los recursos.

Las Especialistas en Familia Ofrecieron un Importante Apoyo Social a las Madres Latinas Inmigrantes que se encontraban en Aislamiento

Por último, las madres inmigrantes cuya resiliencia aumentó con el tiempo **describieron a las Especialistas en Familia como una fuente clave de apoyo social**. Muchas participantes revelaron que se dedicaban a la crianza y cuidado de los hijos, en gran medida solas o, a menudo, con el apoyo limitado de su pareja. Además, las madres inmigrantes estaban menos conectadas con otros programas de bienestar social, como el WIC o los programas de visitas a domicilio. En consecuencia, las madres que pudieron entablar relaciones estrechas con el programa DULCE y su Especialista en Familia destacaron el importante vacío que la Especialista en Familia llenaba en sus redes de apoyo social y emocional. Una madre comentó:

No tenía experiencia y estaba algo asustada. Estaba sola, no tenía a nadie. . . Ese apoyo me fue muy útil. Estoy muy agradecida a ese programa. También con que me ayudaran con el transporte para ir y para cosas que a veces no entendía, le preguntábamos a ella. . . Creo que era una buena compañera, muy buena gente, creo yo. . . Y realmente me ayudó mucho porque como yo no tenía a nadie, entonces fue de mucha ayuda.

Por el contrario, las madres inmigrantes que informaron de una disminución de la resiliencia a lo largo del tiempo informaron de más fuentes de apoyo social, incluidos padres y parejas, que sus compañeras inmigrantes que informaron de un aumento de la resiliencia tras su participación en DULCE. Las madres inmigrantes que mostraron una disminución de la resiliencia, aunque informaron de una experiencia general positiva con DULCE, no describieron el mismo vínculo estrecho y de confianza con su Especialista de Familia que las madres inmigrantes que informaron de un aumento de la resiliencia. Esto es una prueba más del papel vital que desempeñan las relaciones establecidas entre las especialistas en familia y las cuidadoras para fortalecer a las familias y ponerlas en contacto con los recursos.

Conclusiones

Los resultados del análisis cuantitativo muestran que DULCE tuvo un impacto positivo y relativamente considerable en la resiliencia, en particular para las familias inmigrantes. Debido a la equivalencia estadística entre los grupos de tratamiento y de comparación que pudimos lograr con métodos cuasi-experimentales, podemos atribuir con mayor confianza esta asociación entre DULCE y la resiliencia al propio programa DULCE. Este efecto es más perceptible para las familias inmigrantes, lo que sugiere que el diseño del programa DULCE es particularmente ventajoso para las cuidadoras latinas nacidas fuera de los EE.UU. De hecho, en comparación con sus pares inmigrantes, las familias no inmigrantes que participaron en DULCE informaron de una resiliencia ligeramente inferior. Estos resultados apoyan el valor de DULCE e intervenciones SDOH similares para todas las familias latinas, pero especialmente las familias inmigrantes.

Por su parte, los resultados del análisis cualitativo mostraron el papel fundamental de la Especialista en Familia en el fortalecimiento de las familias y el refuerzo de la resiliencia. Las relaciones establecidas entre las madres y la especialista en familia ofrecieron el apoyo social necesario para las familias inmigrantes e importantes puntos en común para las madres nacidas en los EE.UU. que sufren de DPP. Las especialistas en familia pasaron mucho tiempo con las madres en conversaciones enfocadas en comprender sus necesidades y garantizar su conexión con los recursos. En toda la muestra entrevistada, este tiempo fue crucial para fomentar la confianza de las madres y su capacidad para desenvolverse en los sistemas de servicios. En particular, las familias que participaron en DULCE a menudo consideraban al personal clínico y a los proveedores como un apoyo, pero las Especialistas en Familia, que eran bilingües y biculturales, desempeñaron un papel único que fue distinto y esencial para el éxito del programa.

Este estudio está limitado por su diseño no aleatorio, pero los métodos cuasi-experimentales crearon con éxito grupos de tratamiento y comparación estadísticamente similares. Esto refuerza nuestra confianza en que la participación en DULCE es la razón de los cambios observados en la resiliencia. Nuestras fuentes de datos también carecían de suficientes variables del programa DULCE que nos hubieran permitido examinar cuantitativamente qué aspectos del programa DULCE mejoraban la resiliencia de las cuidadoras. Sin embargo, con las entrevistas cualitativas pudimos profundizar en las cuestiones del qué y el cómo. Una tercera limitación es que el equipo de estudio tuvo algunas dificultades para reclutar familias para las entrevistas cualitativas, en particular familias con menor resiliencia. Esto sugiere que podría haber cierto sesgo en los datos cualitativos, ya que reflejan las historias de las familias a las que se pudo llegar y que estaban dispuestas a participar. En cualquier caso, las entrevistas cualitativas proporcionaron información valiosa sobre el puesto de Especialista en Familia en DULCE. El papel podría ser aprovechado como parte de esfuerzos más amplios que buscan fortalecer la resiliencia de las familias latinas e inmigrantes. Por último, nuestro estudio se centra en un tipo de intervención SDOH en el cuidado de la salud. Así, es incapaz de sopesar los costes y beneficios de DULCE en comparación con otras estrategias.

Recomendaciones



Teniendo en cuenta los resultados de este estudio, es evidente que las intervenciones SDOH, especialmente las centradas en establecer las relaciones y la conexión de servicios, tienen un valor significativo para las familias latinas. Los programas que sirven a las familias latinas e inmigrantes deben considerar lo siguiente:

1. El enfoque de las Especialistas en Familia para establecer las relaciones, la conexión de recursos y la integración en el hogar médico de la familia fue crucial para el éxito de DULCE. En lugar de depender únicamente de los médicos o del personal clínico para poner en práctica las intervenciones SDOH, **estas iniciativas se beneficiarían de un puesto en que la persona pueda relacionarse con los cuidadores a los que atienden.** Y lo que es más importante, para las familias inmigrantes que a menudo informan de que crían solos a sus hijos, un puesto como el de especialista en familias puede actuar como una fuente necesaria para el apoyo social y emocional.
2. **Centrarse en crear relaciones y establecer la confianza.** Las participantes del programa DULCE mostraron una mejora en sus fortalezas y resiliencia percibidas a lo largo del tiempo, y las familias hablaron de la confianza adquirida gracias a su participación en el programa. Esto demuestra el valor de crear un programa que lidera con el establecimiento de relaciones de confianza y se centra en desarrollar la adaptabilidad y la capacidad de las familias para acceder a los recursos.
3. **Garantizar que las vías de derivación de servicios incluyan un circuito de retroalimentación a través de personal con una relación positiva con las familias, especialmente cuando se trabaja con familias inmigrantes.** Las familias inmigrantes tienen especiales dificultades para acceder a los recursos. Las clínicas que llevan a cabo intervenciones SDOH ya se enfrentan a retos a la hora de coordinar y conectar a las familias con un sistema de servicios complejo (Spain, Korfmacher, & McCrae, 2023). Incluir un circuito de retroalimentación para las derivaciones de servicios, como el que existe a través del Especialista en Familia, puede ayudar a garantizar el acceso a los recursos y reforzar la resiliencia de una población de cuidadores que se enfrentan a barreras y temores significativos con respecto a la participación en el sistema y el programa.
4. DULCE ya está demostrando un impacto más allá de los 6 meses de duración del programa, y las familias hablaron de seguir poniéndose en contacto con su Especialista en Familia incluso después de que finalice el programa. Esto sugiere que las familias siguen necesitando el apoyo y las relaciones creadas a través de programas como DULCE mucho después de pasados los 6 meses. Por lo tanto, **la duración de las intervenciones SDOH como el programa DULCE debería prolongarse más allá de los primeros meses de vida del bebé y desarrollarse sobre las relaciones establecidas.** Un apoyo consistente y de confianza para las familias a través de los primeros 5 a 10 años de vida de sus hijos podría tener un gran impacto en la reducción de las disparidades de salud para las familias latinas y asegurar que las familias tengan acceso a los servicios necesarios a lo largo de los primeros años de los niños/as.

Declaración de Independencia e Integridad

Chapin Hall se adhiere a los valores de la ciencia, cumpliendo con los más altos estándares de ética, integridad, rigor y objetividad en su investigación, análisis y presentación de informes. Obtenga más información sobre los principios que rigen nuestro trabajo en nuestra [Declaración de Independencia](#).

Chapin Hall colabora con responsables políticos, profesionales y filántropos a la vanguardia de la investigación y el desarrollo de políticas, aplicando una combinación única de investigación científica, experiencia en el mundo real y conocimientos de políticas para elaborar información útil, herramientas prácticas y, en última instancia, cambios positivos para los niños y las familias.

Fundado en 1985, Chapin Hall investiga los sistemas de bienestar infantil, la capacidad de las comunidades para apoyar a los niños y las familias, y los jóvenes sin hogar. Para más información sobre Chapin Hall, visite www.chapinhall.org o @Chapin_Hall.

Reconocimiento y Descargo de Responsabilidad

El estudio MTS original fue financiado por una subvención de la Fundación JPB. Este estudio en particular fue financiado por el Joint Research Fund, un fondo de colaboración de Chapin Hall y la Universidad de Chicago, para apoyar la investigación innovadora.

El equipo de Chapin Hall quiere dar las gracias a nuestros socios nacionales, el Centro para el Estudio de la Política Social y la Academia Estadounidense de Pediatría, por su apoyo a este trabajo. Los datos se obtuvieron con el apoyo y la orientación de nuestros socios clínicos. Les estamos muy agradecidos por su disposición a apoyar este proyecto y por su compromiso de compartir la auténtica voz de las familias a las que atienden. Y lo que es más importante, estamos sumamente agradecidos a las familias que compartieron sus historias y perspectivas con nosotros. Ninguna de estas conclusiones sería posible sin ellas.

Las opiniones, conclusiones y recomendaciones expresadas en esta publicación son exclusivamente de las autoras y no reflejan necesariamente las de la Fundación JPB, la Universidad de Chicago, el Centro para el Estudio de la Política Social, la Academia Estadounidense de Pediatría o nuestras clínicas asociadas.

Cita Sugerida

Monahan, E. K., Martinez-Cardoso, AM., Garza, A. S. (2023). *Promoting health equity in Latinx families: Evaluating the role of pediatric primary care agencies*. Chapin Hall at the University of Chicago.

Correspondencia

Emma Monahan, investigadora principal, Chapin Hall de la Universidad de Chicago

emonahan@chapinhall.org

Bibliografía

- Bitler, M., Gennetian, L. A., Gibson-Davis, C., & Rangel, M. A. (2022). *Safety-net programs underused by eligible Hispanic families*. Center for Poverty & Inequality Research. https://poverty.ucdavis.edu/sites/main/files/file-attachments/bitler_hispanic_safety_net_brief.pdf?1649014263
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression & Anxiety, 18*, 76-82.
- Dubowitz, H., Feigelman, S., Lane, W., & Kim, J. (2009). Pediatric primary care to help prevent child maltreatment: The Safe Environment for Every Kid (SEEK) Model. *Pediatrics, 123*(3), 858–864.
- Garg, A., Cull, W., Olson, L., Boyd, A. F., Federico, S. G., Dreyer, B., & Racine, A. D. (2019). Screening and referral for low-income families' social determinants of health by US pediatricians. *Academic Pediatrics, 19*, 875–83.
- Garg, A., Toy, S., Triposdis, Y., Silverstein, M., & Freeman, E. (2015). Addressing social determinants of health at well child care visits: A cluster RCT. *Pediatrics, 135*, e296–304.
- Gavidia-Payne, S., Denny, B., Davis, K., Francis, A., & Jackson, M. (2015). Parental resilience: A neglected construct in resilience research. *Journal of Clinical Psychology, 19*, 111–121.
- Gottlieb, L. M., Wing, H., & Adler, N. E. (2017). A systematic review of interventions on patients' social and economic needs. *American Journal of Prevention Medicine, 53*, 719–729.
- Heckman, J. J. (2006). Skill formation and the economics of investing in disadvantaged children. *Science, 312*, 1900–1902.
- Huang, C. Y., Costeines, J., Ayala, C., & Kaufman, J. S. (2014). Parenting stress, social support, and depression for ethnic minority adolescent mothers: Impact on child development. *The Journal of Child and Family Studies, 23*, 255–262.
- Jones, N., Marks, R., Ramirez, R., & Merarys, R. (2021). 2020 Census illuminates racial and ethnic composition of the country. United States Census Bureau. <https://www.census.gov/library/stories/2021/08/improved-race-ethnicity-measures-reveal-united-states-population-much-more-multiracial.html>
- Mather, M., & Lee, A. (2020). Children are the forefront of U.S. racial and ethnic change. *PRB*. <https://www.prb.org/resources/children-are-at-the-forefront-of-u-s-racial-and-ethnic-change/>
- Moreno, A. J., Byers, K., Monahan, E., Robinson, J. L., & McCrae, J. (2021). Beyond overwhelmed: A new measure of the functional impact of toxic stress on parents of young children. *Children and Youth Services Review, 131*, 106280.
- Noe-Bustamante, L., Mora, L., & Lopez, M. H. (2020). About one-in-four U.S. Hispanics have heard of Latinx, but just 3% use it. Pew Research Center. <https://www.pewresearch.org/hispanic/2020/08/11/about-one-in-four-u-s-hispanics-have-heard-of-latinx-but-just-3-use-it/>
- Saldana, J. (2016). *The coding manual for qualitative researchers* (3rd ed.). Sage Publications.
- Scherer, Z., & Mayol-Garcia, Y. (2022). Hardships and wealth disparities across Hispanic groups. United States Census Bureau. <https://www.census.gov/library/stories/2022/09/hardships-wealth-disparities-across-hispanic-groups.html>
- Sedlak, A. J., Mettenberg, J., Basena, M., Petta, I., McPherson, K., Green, A., & Li, S. (2010). *Fourth National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS-4)*. U.S. Department of Health and Human Services.
- Sege, R., Kaplan-Sanoff, M., Morton, S., Velasco-Hodgson, C., Preer, G., & Morakinv, G. (2014). Project DULCE: Strengthening families through enhanced primary care. *Zero to Three, 35*, 10–18.
- Shanahan, M. E., Runyan, D. K., Martin, S. L., & Kotch, J. B. (2017). The within poverty differences in the occurrence of physical neglect. *Children Youth and Services Review, 75*, 1–6.
- Spain, A. K., Korfmacher, J., & McCrae, J. S. (2023). Coordination challenges and promising practices for pediatric healthcare-community partnerships: A multi-site study. *Journal of Community Psychology*. <https://doi.org/10.1002/jcop.23015>
- Whitener, K., & Corcoran, A. (2021). *Getting back on track: A detailed look at health coverage trends for Latino children*. Georgetown University Health Policy Institute: Center for Children and Families. <https://ccf.georgetown.edu/2021/06/08/health-coverage-trends-for-latino-children/>