

NCBI Bookshelf. A service of the National Library of Medicine, National Institutes of Health.

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Health and Medicine Division; Board on Population Health and Public Health Practice; Committee on Applying Neurobiological and Socio-Behavioral Sciences from Prenatal Through Early Childhood Development: A Health Equity Approach; Negussie Y, Geller A, DeVoe JE, editors. *Vibrant and Healthy Kids: Aligning Science, Practice, and Policy to Advance Health Equity*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2019 Jul 25.

3 El desarrollo ocurre en contextos: descripción general de las influencias críticas de la vida temprana

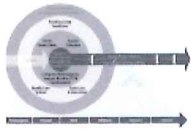
INTRODUCCIÓN

Para garantizar un desarrollo saludable y óptimo para todos los niños, es necesario comprender cómo el contexto en el que crece un niño y el riesgo acumulativo asociado con ese contexto específico dan forma a las probabilidades de prosperar. Sir Michael Rutter, el primer profesor de psiquiatría infantil en el Reino Unido, es reconocido como uno de los primeros en llevar el concepto de riesgo acumulativo al estudio del desarrollo infantil. En su ahora clásico trabajo de estudio de niños de 10 años, documentó que los niños que tenían dos o más factores de riesgo tenían un riesgo cuatro veces mayor de tener un trastorno psiquiátrico (Rutter, 1979).

Aproximadamente una década más tarde, Sameroff y sus colegas ampliaron este trabajo a las competencias sociales y emocionales de los niños pequeños (Sameroff et al., 1987a) y los resultados cognitivos (Sameroff et al., 1987b). Desde estos estudios, y la posterior publicación de *From Neurons to Neighborhoods* (NRC and IOM, 2000), ha habido un rápido aumento de la investigación interdisciplinaria utilizando una acumulación de modelos de riesgo para evaluar los factores de riesgo social de la primera infancia en relación con los resultados a través de el curso de la vida. Comprender los orígenes y los mecanismos de los factores contextuales y el riesgo acumulativo que producen inequidades para los niños y las familias es un requisito previo para promover la equidad en salud.

Si bien el Capítulo 2 analiza los mecanismos del desarrollo saludable dentro del niño en crecimiento, este capítulo brinda una descripción general de los factores clave de riesgo y protección de la vida temprana asociados con el desarrollo, como se indica en la Declaración de tareas del comité. Este capítulo analiza cómo cada uno de estos factores y condiciones da forma a la salud y la seguridad, el bienestar mental y emocional y la salud cognitiva durante las fases prenatal y de la primera infancia mediante el mapeo de cada factor tanto en el modelo conceptual como en los próximos Capítulos 4 : 8 (consulte la Figura 3-1 y la Tabla 3-1 para ver cómo el contenido de este capítulo se relaciona con el modelo conceptual y los siguientes capítulos, y el Cuadro 3-1 para obtener una descripción general del capítulo de alto nivel). El comité identificó dominios por los cuales agrupar estas influencias críticas, con un enfoque en los factores que dan forma a las desigualdades a nivel del niño, la familia, la comunidad y la población. Estos dominios incluyen cohesión familiar y conexiones sociales saludables (ver Capítulo 4); atención de la salud (ver Capítulo 5); condiciones de vida saludables (es decir, seguridad económica, nutrición y seguridad alimentaria, vivienda y seguridad ambiental) (ver Capítulo 6); y cuidado y educación temprana (ECE) (consulte el Capítulo 7).

FIGURA 3-1

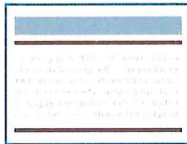


Asignación del Capítulo 3 de los factores de riesgo y protección de la vida temprana para el desarrollo infantil al modelo conceptual y los capítulos orientados a la solución.
 NOTAS: Los dominios de enfoque en este capítulo se reflejan en el segundo y tercer anillo del modelo. Estos elementos están en negrita (más...)

TABLE 3-1 Mapping Chapter 3 Content to Chapters 4-7
Critical Influences to Prenatal and/or Early Childhood Stages (in Chapter)
Family relations and social connections
Health care
Environm ental quality
Neighborhood conditions (e.g., violence and drug usage, physical environment and crime, housing, environmental exposures)
Early care and education

TABLA 3-1

Asignación del contenido del Capítulo 3 a los Capítulos 4–7.



RECUADRO 3-1

Capítulo en Breve.

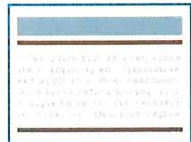
Enfoque del Comité sobre las Influencias Críticas de la Vida Temprana

Si bien hay muchos factores críticos que dan forma al desarrollo, el comité limitó el alcance de este capítulo para incluir aquellos con evidencia sólida para dar forma a los resultados que afectan desde el período prenatal hasta la primera infancia. Siempre que fue posible, el comité se basó en revisiones sistemáticas y metanálisis de alta calidad para proporcionar una breve descripción general. En la medida de lo posible, este capítulo incluye datos y resultados específicos desde el período prenatal hasta la primera infancia; sin embargo, cuando esos datos no están disponibles, se presentan los datos de los cuidadores y las familias. El comité adopta un enfoque de curso de vida en este informe (ver Figura 1-1), por lo que, como tal, es importante señalar que muchas de las influencias discutidas en este capítulo se manifiestan en los resultados de los adolescentes y adultos. En cada dominio, los factores críticos se abordan en términos de definición, prevalencia general y disparidades, y resultados prenatales, de nacimiento y de la primera infancia, incluida información sobre posibles mecanismos cuando la evidencia apunta a estos.

Elementos Transversales: Discriminación y Racismo

En todos los factores críticos de este capítulo, hay dos elementos transversales que el comité ha identificado como omnipresentes y arraigados en las inequidades en salud (discriminación y racismo) que pueden considerarse como los mecanismos por los cuales operan las inequidades estructurales. (Ver Cuadro 3-2 para obtener una descripción de las causas fundamentales de las inequidades en salud y las definiciones clave de un informe relacionado). Los elementos transversales operan en múltiples niveles (es decir, intrapersonal, interpersonal, institucional, estructural) y dan forma a las experiencias de los niños y las familias en los dominios discutidos en el resto de este capítulo (y este informe). Si bien la raza se considera una construcción social más que biológica (es decir, creada a partir de las percepciones sociales predominantes, las políticas históricas y las prácticas), las consecuencias del racismo y las experiencias de las minorías raciales y étnicas tienen consecuencias psicológicas, biológicas y sociales (NASEM, 2017a). Por ejemplo, las políticas y prácticas históricas, como la segregación residencial, la delimitación de distritos y las prácticas bancarias discriminatorias, son formas estructurales de racismo que tienen ramificaciones duraderas para la salud de las comunidades de color (NASEM, 2017a). Este tipo de racismo estructural se desarrolla en muchos de los dominios discutidos en este capítulo, incluida la vivienda, la estabilidad económica, el entorno físico y la

violencia comunitaria. Además, el racismo estructural se ha relacionado con el trauma histórico, que se manifiesta a partir del tratamiento pasado de grupos raciales o étnicos específicos (NASEM, 2017a). Este tipo de trauma es un contexto importante pero a menudo “invisible” que prepara el escenario para el riesgo y la resiliencia. Otro ejemplo de un elemento transversal que destaca en este capítulo son las experiencias y los desafíos relacionados con la inmigración. Para los niños inmigrantes o hijos de inmigrantes, existen barreras únicas para lograr una salud óptima que se desarrollan en múltiples niveles y tienen serias implicaciones para la seguridad alimentaria, la estabilidad de la vivienda, la seguridad y el acceso a servicios de atención médica de calidad. Estos importantes elementos transversales se destacarán a lo largo del capítulo, ya que se relacionan con los diversos factores que influyen en el desarrollo temprano. El capítulo también discutirá subgrupos específicos con necesidades o circunstancias únicas en relación con estos elementos transversales, cuando corresponda.



RECUADRO 3-2

Términos y conceptos clave de *Comunidades en acción: caminos hacia la equidad en salud*.

COHESIÓN FAMILIAR Y CONEXIONES SOCIALES

Las relaciones en la primera infancia forman la base de cómo los niños interactúan con su entorno y con otras personas a lo largo de la vida. Esta sección analiza las influencias clave que existen dentro del microsistema más cercano para los niños, que consiste en la familia y los compañeros. Las siguientes discusiones incluyen los hallazgos científicos sobre experiencias o factores que mejoran o socavan la cohesión familiar y las conexiones sociales saludables. El Capítulo 4 describe las intervenciones y los mecanismos necesarios para apoyar a la familia y promover relaciones saludables. Consulte la Figura 3-2 para ver cómo se relaciona esta sección con el modelo conceptual del informe.

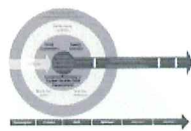


FIGURA 3-2

Aprovechar las oportunidades tempranas para lograr la equidad en salud a lo largo de la vida: un marco conceptual.

NOTAS: Los elementos de enfoque en esta sección se reflejan en el segundo anillo más interno del modelo: bienestar y apoyo del cuidador, cohesión familiar, (más...)

Factores de los padres

El bienestar de los padres es un determinante crítico de la salud infantil y los resultados del desarrollo; por lo tanto, lo que le sucede a los padres antes, durante y después del embarazo tiene serias implicaciones para el niño. La salud mental de los padres está inextricablemente vinculada al bienestar del niño y existe evidencia consistente de que la depresión materna compromete el desarrollo infantil saludable (Center on the Developing Child at Harvard University, 2009 ; Goodman and Garber, 2017). Las estimaciones muestran que entre el 10 y el 20 por ciento de las madres tienen una prevalencia de depresión de por vida y las tasas son mucho más altas para las madres en hogares de bajos ingresos. Debido a las disparidades socioeconómicas en la depresión materna y las implicaciones para el desarrollo de los niños, se ha considerado que la depresión materna es un factor que contribuye al ciclo de la pobreza intergeneracional (Reeves y Krause, 2019). Para los niños, las consecuencias de la depresión materna incluyen trastornos del

desarrollo neurológico y otras alteraciones biológicas y dificultades psicológicas y de comportamiento. La depresión materna posparto se ha relacionado específicamente con las vías neurobiológicas que dan forma a la regulación emocional, la función cognitiva y ejecutiva y los sistemas fisiológicos de respuesta al estrés, todos los cuales son funciones y sistemas críticos para garantizar un desarrollo óptimo (Drury et al., 2016). El Center on the Developing Child de la Universidad de Harvard (2009) publicó un artículo sobre los efectos de la depresión materna que indicaba lo siguiente:

- La depresión crónica puede manifestarse en dos tipos de patrones de crianza problemáticos que interrumpen la interacción de "servir y devolver" ¹ que es esencial para el desarrollo saludable del cerebro: hostil o intrusivo, y desconectado o retraído.
- Los niños que experimentan depresión materna a temprana edad pueden tener efectos duraderos en la arquitectura de su cerebro y alteraciones persistentes de sus sistemas de respuesta al estrés.
- La depresión materna puede comenzar a afectar el desarrollo cerebral del feto antes del nacimiento.

Si bien existe evidencia de que la depresión materna está significativamente relacionada con el funcionamiento conductual y emocional de los niños, se necesita más investigación para comprender mejor los efectos moderadores para varios subgrupos de niños (Goodman et al., 2011). Además de la depresión materna, también se ha demostrado que la depresión paterna afecta negativamente los comportamientos de crianza y los resultados del desarrollo infantil (Gutiérrez-Galve et al., 2015; Ramchandani et al., 2011; Wilson y Durbin, 2010). Sweeney y MacBeth (2016) identificaron los siguientes mediadores del efecto de la depresión paterna en los hijos: expresividad negativa paterna, hostilidad e implicación y conflicto conyugal. Hay otros aspectos del bienestar de los padres para los que existe evidencia de una asociación con la salud y el bienestar del niño (por ejemplo, abuso de alcohol o sustancias o encarcelamiento de los padres) (Connors et al., 2004; Lieb et al., 2002; Luthar et al., 2007; Nichols y Loper, 2012; VanDeMark et al., 2005). Otros factores seleccionados específicos de los padres que han demostrado estar asociados con los resultados de salud y bienestar infantil incluyen el encarcelamiento (consulte el Capítulo 4), la interacción con el sistema de bienestar (consulte el Capítulo 4), experiencias adversas en la infancia (ACE, por sus siglas en inglés) (consulte la sección Experiencias adversas en la infancia al final de este capítulo) y violencia de pareja íntima (IPV, por sus siglas en inglés).

La IPV tiene efectos adversos en los resultados del embarazo y el parto (Boy and Salihu, 2004; Iliopoulou et al., 2012). Una revisión sistemática encontró que las mujeres embarazadas que han experimentado IPV tienen más probabilidades de sufrir mortalidad materna y tener hijos que sufren de bajo peso al nacer (BPN) y mortalidad infantil en comparación con las mujeres que no han experimentado IPV (Boy y Salihu, 2004). La investigación también sugiere que los niños pueden sufrir consecuencias dañinas asociadas con la exposición a IPV, incluso si no han observado directamente la violencia (Wathen and Macmillan, 2013). Estas consecuencias incluyen problemas sociales, emocionales y conductuales, como trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, trastornos de estrés postraumático, abuso de sustancias y problemas relacionados con la escuela en la niñez y la adolescencia. Las tasas de comorbilidad entre la exposición a IPV y el maltrato infantil son altas: algunos datos muestran que entre el 60 y el 75 por ciento de las familias que tienen experiencias con IPV también incluyen niños expuestos al maltrato (Osofsky, 2003).

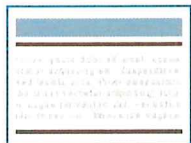
Maltrato infantil

En ausencia de relaciones seguras y enriquecedoras, los niños son vulnerables a los efectos del maltrato o abuso y negligencia infantil.

La Ley de Prevención y Tratamiento del Abuso Infantil define el abuso y la negligencia infantil como

cualesquier acto reciente o conjunto de actos u omisión por parte de un padre o tutor que resulte en la muerte, daño físico o emocional grave, abuso o explotación sexual, o un acto u omisión que presente un riesgo inminente de daño grave²

Generalmente, el abuso y la negligencia infantil se agrupan en cuatro tipos: negligencia y abuso físico, sexual y emocional. Consulte el Cuadro 3-3 para ver las descripciones de los cuatro tipos de maltrato. A pesar de esta definición, quedan desafíos relacionados con las diversas definiciones legales estatales, la recopilación de datos y el cálculo preciso de las tasas de incidencia y prevalencia en estudios basados en la población (IOM y NRC, 2014). Por lo tanto, es muy probable que se subestime la magnitud del abuso y la negligencia infantil en los Estados Unidos (Fortson et al., 2016). El maltrato infantil no solo es perjudicial para la salud y el bienestar de los niños, sino que también es costoso para los Estados Unidos. Los datos de 2008 indican que el costo económico total de por vida asociado con el abuso y la negligencia infantil ascendió a aproximadamente \$124 mil millones (Fang et al., 2012).



RECUADRO 3-3

Definición de tipos comunes de maltrato infantil.

Tendencias y disparidades

A pesar de las conocidas consecuencias, el maltrato infantil sigue siendo demasiado común hoy en día. Al menos uno de cada siete niños ha sufrido abuso o negligencia infantil en el último año, lo que probablemente sea una subestimación (Finkelhor et al., 2015). Los datos a nivel estatal sobre informes de abuso y negligencia infantil muestran un aumento del 2,7 % en la tasa nacional de víctimas de maltrato infantil entre 2013 y 2017 (HHS, 2019).

Existen disparidades en el maltrato infantil entre grupos por raza y etnia, edad y nivel socioeconómico (SES). Según los datos de 2017 del Sistema Nacional de Datos sobre Abuso y Negligencia Infantil, se informó que las tasas de abuso o negligencia infantil eran más altas para los niños indios americanos/nativos de Alaska (AI/AN) (14,3 por cada 1000 niños). A continuación se encuentran las tasas para niños afroamericanos (13,9 por 1000), multirraciales (11,3 por 1000), isleños del Pacífico (8,7 por 1000), blancos (8,1 por 1000), hispanos (8,0 por 1000) y asiáticos (1,6 por 1000). Asimismo, la tasa de muertes por maltrato de niños afroamericanos (4,86 por cada 100.000 niños) es 2,6 veces mayor que la de los niños blancos y 3,1 veces mayor que la de los niños hispanos (HHS, 2019) .

Los niños pequeños son los más vulnerables al maltrato infantil (HHS, 2019), y más de una cuarta parte (28,5 por ciento) de las víctimas de maltrato infantil son menores de 3 años. En general, los niños menores de 1 año tienen más probabilidades de morir por abuso o negligencia infantil (consulte la Figura 3-3). Los niños muy pequeños con discapacidad tienen un mayor riesgo de maltrato infantil en comparación con los niños sin discapacidad, y las tasas de

discapacidad son más altas entre las poblaciones de bajos ingresos que experimentan tasas más altas de parto prematuro (Hibbard et al., 2007; NASEM, 2015a). Los niños que viven en la pobreza están desproporcionadamente expuestos al abuso y abandono infantil y experimentan un riesgo cinco veces mayor de abuso o abandono infantil que los niños de mayor nivel socioeconómico.

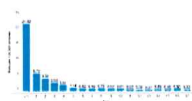


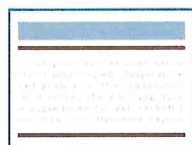
FIGURA 3-3

Muertes infantiles por maltrato por edad, 2017. NOTA: Basado en datos de 44 estados. FUENTE: HHS, 2019.

25 hogares (Sedlak et al., 2010).³ Es importante señalar que las disparidades en el maltrato infantil se han atribuido a otros factores sociales, ambientales o económicos, lo que apunta a la necesidad de un enfoque multinivel para prevenir el maltrato (Fortson et al., 2016; Gilbert et al., 2009).

Resultados relacionados con el maltrato infantil

El maltrato infantil tiene una influencia generalizada y dañina en muchos aspectos del desarrollo y los niños que están expuestos a cierto tipo de maltrato con frecuencia están expuestos a otros (Gilbert et al., 2009). La exposición al abuso y la negligencia infantil tiene ramificaciones graves para el desarrollo biológico, conductual, cognitivo y emocional de un niño (Cicchetti y Handley, 2017). La relación entre el abuso y la negligencia infantil y los resultados fisiológicos, psicológicos y conductuales ha sido bien documentada en la literatura sobre desarrollo infantil, y se publicó una revisión exhaustiva en el informe *New Directions* del Instituto de Medicina (IOM) y el Consejo Nacional de Investigación (NRC) de 2014 en *Investigación de Abuso y Negligencia Infantil*. Por lo tanto, no se repite aquí la revisión de la literatura; Los hallazgos clave relacionados con los efectos del maltrato del informe 2014 IOM y NRC se proporcionan en el Cuadro 3-4. Consulte el Capítulo 2 para obtener más información sobre los mecanismos biológicos del desarrollo que pueden verse obstaculizados o mejorados a través de experiencias tempranas.



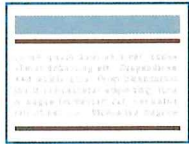
RECUADRO 3-4

Hallazgos clave del Informe de la OIM y la NRC de 2014
Nuevas direcciones en la investigación sobre el abuso y la negligencia infantil.

Conexiones sociales entre compañeros

Para los niños, una fuente importante de conexiones sociales es el grupo de compañeros con el que interactúan. Después de las experiencias con los cuidadores principales y los miembros de la familia, los compañeros son las relaciones interpersonales más próximas para los niños pequeños. A través de las relaciones e interacciones entre pares, los niños pequeños aprenden y refuerzan las nociones de interacciones recíprocas. Por ejemplo, los niños pequeños aprenden a compartir, turnarse y dar y recibir de las interacciones con otros niños pequeños. A partir de estas experiencias, también pueden aprender a interpretar y tener en cuenta las necesidades y deseos de los demás y a manejar sus propios impulsos (Consejo Científico Nacional sobre el Niño en Desarrollo, 2004). Desde el principio, las interacciones entre pares pueden tener efectos

positivos y/o negativos en la salud mental, conductual y emocional de los niños. (Ver Cuadro 3-5 para hallazgos y conclusiones de un informe sobre la prevención del acoso.)



RECUADRO 3-5

Los efectos del acoso escolar en la primera infancia.

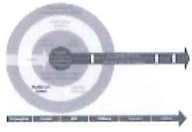
Relaciones y entornos seguros, estables y enriquecedores

Si bien el abuso y la negligencia infantil aumentan el riesgo de una serie de dolencias mentales y físicas, la angustia mental y/o física de por vida no es una conclusión inevitable. Existe evidencia científica clara de que la presencia de relaciones seguras, estables y enriquecedoras es fundamental para un desarrollo saludable y puede amortiguar los mecanismos de la adversidad y respaldar trayectorias positivas (Bornstein y Leventhal, 2015 ; Bronfenbrenner y Morris, 2006 ; CDC, 2014 ; Luthar , 2006 ; Masten, 2014 ; Consejo Científico Nacional sobre el Niño en Desarrollo, 2004). (Para obtener información sobre los mecanismos de amortiguación de la respuesta al estrés, consulte el Capítulo 2.) Las relaciones seguras, estables y enriquecedoras también son importantes para prevenir el maltrato, ya que han sido identificados como moderadores del maltrato infantil intergeneracional. Un metanálisis encontró que las relaciones entre adultos y las relaciones entre padres e hijos tenían un efecto protector contra el maltrato infantil intergeneracional cuando eran seguras, estables y enriquecedoras (Schofield et al., 2013).). Una relación estable con adultos cariñosos también es importante en los entornos de cuidado infantil, lo que puede afectar la competencia social, los problemas de comportamiento y las habilidades de pensamiento y razonamiento. En un resumen de 2004 de hallazgos científicos clave sobre las relaciones, el Consejo Científico Nacional sobre el Niño en Desarrollo identificó las relaciones estables y cariñosas con adultos cariñosos como la piedra angular del desarrollo saludable. El Consejo identificó "servir y devolver" como un mecanismo clave de interacciones saludables entre padres y bebés, mediante el cual se fortalece la arquitectura del cerebro. Esto también es importante en los entornos de cuidado infantil, lo que puede afectar la competencia social, los problemas de comportamiento y las habilidades de pensamiento y razonamiento. Finalmente, el Consejo concluyó basándose en la ciencia que las relaciones seguras y estables pueden proteger a los niños de enfermedades, estrés crónico,

CUIDADO DE LA SALUD

Además de los determinantes sociales de la salud (SDOH, por sus siglas en inglés) descritos a lo largo de este informe, la atención médica en sí misma juega un papel importante en el desarrollo infantil a lo largo del curso de la vida. Desde la preconcepción hasta la primera infancia, hay varios aspectos de la atención médica que son de importancia crítica desde una perspectiva de equidad: acceso a atención de calidad, cobertura, sesgo del proveedor (o falta de él) y competencia cultural/lingüística del proveedor. La siguiente sección ofrece una introducción a estos temas a lo largo de la continuidad de la atención de la salud antes de la concepción, prenatal y pediátrica; El Capítulo 5 proporciona una mirada más profunda a las oportunidades para mejorar estos sistemas. Consulte la Figura 3-4 para ver cómo se relaciona esta sección con el modelo conceptual del informe.

FIGURA 3-4



Aprovechar las oportunidades tempranas para lograr la equidad en salud a lo largo de la vida: un marco conceptual.

NOTAS: El elemento de enfoque en esta sección se refleja en el segundo anillo más externo del modelo: el sistema de atención médica. Este elemento está en negrita (más...)

Atención previa a la concepción

El número de estudios dedicados a comprender la salud previa a la concepción y las intervenciones destinadas a mejorar la salud entre las mujeres que pueden quedar embarazadas ha aumentado en los últimos años, pero todavía hay una escasez general de datos. Según una revisión de 2016 de esta investigación, los resultados son mixtos y los estudios en sí son generalmente de calidad moderada a mala (Hussein et al., 2016). Si bien la atención previa a la concepción puede aumentar el conocimiento de las mujeres sobre ciertas condiciones de salud y el embarazo (Callec et al., 2014 ; Chuang et al., 2010), no está claro si esto se traduce en resultados más saludables para lactantes y niños. En ocho ensayos controlados aleatorios (ECA) de intervenciones de atención médica antes de la concepción, hubo poca evidencia de que las intervenciones redujeran los resultados adversos del embarazo (Hussein et al., 2016). Esto fue cierto a pesar de que las intervenciones parecían aumentar el conocimiento materno y el lugar de control y reducir los comportamientos de riesgo (Hussein et al., 2016).

También es cierto que solo una pequeña minoría de mujeres recibe atención previa a la concepción, lo que dificulta establecer generalizaciones amplias sobre su eficacia (Hemsing et al., 2017). Esto probablemente se deba a que el acceso a la atención previa a la concepción no está generalizado (Hemsing et al., 2017), y una revisión reciente describió varias razones (Goossens, 2018). Primero, la falta de mecanismos de reembolso para administrar la atención previa a la concepción reduce el incentivo de los proveedores para brindarla. La falta de reembolso, mecanismos de pago o seguro también son razones por las que los servicios preventivos y de promoción de la salud no se prestan de manera más general (Goossens, 2018)). El tiempo limitado y las grandes cargas de trabajo fueron una segunda razón por la que los proveedores de atención médica no se involucran en la atención previa a la concepción con una frecuencia generalizada. Una tercera razón fue simplemente la falta de conocimiento por parte de los propios clientes (es decir, no estaban al tanto de la atención previa a la concepción o no la buscaron) (Goossens, 2018). Una cuarta razón fue que los propios proveedores no pensaron que era su deber brindar atención previa a la concepción; los proveedores de atención primaria, por ejemplo, probablemente pensarían que era el papel del obstetra, y viceversa (Goossens, 2018). Una razón final podría ser que, dada la falta de pruebas sólidas para mejorar los resultados del parto (Hussein et al., 2016), las mujeres simplemente optan por no participar en la atención previa a la concepción porque no creen que sea eficaz.

La atención previa a la concepción tal como se conceptualiza actualmente, generalmente una sola visita médica iniciada cuando uno quiere quedar embarazada, probablemente sea insuficiente para abordar los riesgos médicos y de vida acumulados hasta ese momento para ambos padres. Por lo tanto, es probable que sea necesaria una visión multisectorial más amplia de la atención previa a la concepción vista a través de una lente SDOH para lograr el impacto significativo que se esperarí cuando uno mitiga los riesgos potenciales antes de lograr el embarazo.

Cuidado prenatal

La atención prenatal, que se brinda temprano y con frecuencia, aumenta las posibilidades de dar a luz a un bebé sano (Kilpatrick et al., 2017). Por el contrario, las mujeres que no reciben atención prenatal tienen entre tres y cuatro veces más probabilidades de morir por problemas relacionados con el embarazo en comparación con las mujeres que sí reciben dicha atención (Bingham et al., 2011). También hay efectos negativos bien documentados en los bebés (Cox et al., 2011). Las mujeres que no reciben atención prenatal tienen más probabilidades de tener bebés con bajo peso, prematuros y de morir en la infancia por problemas respiratorios, síndrome de muerte súbita del lactante y problemas gastrointestinales; sin embargo, estos resultados no se deben únicamente a la falta de atención prenatal (Association of Maternal & Child Health Programs, 2016).

A diferencia de la atención previa a la concepción, la atención prenatal es uno de los tipos de atención médica más comunes en los Estados Unidos. En 2016, el 77 por ciento de las mujeres embarazadas iniciaron la atención prenatal en el primer trimestre del embarazo (Osterman y Martin, 2018). A pesar de los avances en la atención prenatal, existen importantes disparidades en la cobertura y el acceso. Las mujeres jóvenes, no blancas, con bajo nivel educativo o sin seguro privado tienen más probabilidades de recibir atención prenatal tardía o inadecuada (Osterman y Martin, 2018), y los problemas relacionados con la cobertura y el acceso al seguro persisten en la vida posnatal para las mujeres. bebé.

Atención pediátrica

En general, la preponderancia de la evidencia sugiere que las tasas más altas de seguro médico han llevado a tasas más altas de acceso a la atención médica pediátrica y mejores resultados de salud para los niños (Leininger y Levy, 2015). Aún así, persisten las disparidades en el acceso a la atención médica, especialmente entre quienes no tienen seguro médico o tienen cobertura intermitente (Leininger y Levy, 2015). Si bien la cantidad de niños sin seguro es baja (~5 por ciento de los niños de 0 a 18 años), varía del 1 al 11 por ciento según el estado de residencia (Kaiser Family Foundation, 2017) . Los niños inmigrantes, incluidos los indocumentados, tienen menos probabilidades de estar asegurados que los niños de la misma edad con ciudadanía estadounidense (Leininger y Levy, 2015). Algunos estudios sugieren que las pérdidas intermitentes de cobertura, que son más comunes entre las familias con ingresos cercanos a la línea de elegibilidad de Medicaid, disminuyen el uso de la atención por parte de los niños (Leininger y Levy, 2015). Por ejemplo, un estudio encontró que incluso las pequeñas brechas en la cobertura del seguro reducen una visita a cualquier médico o una visita de niño sano en un 4 y un 9 por ciento, respectivamente (Leininger, 2009). Es importante destacar que es desproporcionadamente probable que los niños de minorías provengan de familias de bajos ingresos, en particular niños afroamericanos, AI/AN e hispanos (Jiang et al., 2016). Como consecuencia de episodios periódicos de falta de seguro debido a la pobreza (Leininger y Levy, 2015), es menos probable que estos grupos reciban atención pediátrica de rutina o tratamiento por afecciones médicas (Hodgkinson et al., 2017). Estas disparidades en el uso se reflejan en las estadísticas de salud informadas por los padres: los niños de minorías étnicas tienen al menos cuatro veces más probabilidades de que sus padres los describan como de “buena o mala salud” en comparación con los niños blancos. Del mismo modo, los niños que viven en la pobreza tienen menos probabilidades de que sus padres los describan como de “salud excelente o muy buena” (71 %) en comparación con los que no viven en la pobreza (87 %) (Kuo et al., 2012) .

Barreras para acceder a una atención médica de calidad

Hay una serie de razones plausibles para las disparidades existentes en el acceso a la atención, incluida la falta de tiempo y flexibilidad para buscar servicios, largos tiempos de espera o el requisito de múltiples citas (Hodgkinson et al., 2017), y la disminución de la atención prenatal . atención en entornos rurales (Hung et al., 2017). Estos factores pueden hacer que priorizar la atención o el tratamiento pediátrico sea insostenible para quienes viven en la pobreza o sufren estrés (Hodgkinson et al., 2017 ; Santiago et al., 2013).

Es importante señalar que, al igual que con otros aspectos de la atención de la salud, el sesgo y el trato desigual pueden desempeñar un papel en los servicios preventivos y de atención prenatal para mujeres (IOM, 2002). Los estereotipos y los prejuicios por parte de los proveedores de atención médica pueden aumentar las disparidades en la atención previa a la concepción, como se ha sugerido para la atención prenatal (Kogan et al., 1994). En particular, los mensajes que asignan toda la responsabilidad de la salud del feto a las madres pueden servir para exacerbar los estigmas entre quienes ya enfrentan disparidades sociales significativas (Greaves et al., 2014 ; Sue, 2019).

El estigma, el sesgo o la falta de capacitación por parte de los profesionales de la salud también pueden exacerbar las disparidades en la atención de la salud pediátrica (Sue, 2019). Algunos estudios han demostrado que los proveedores de familias de bajos ingresos admiten estos desafíos, incluida la falta de comprensión y capacitación sobre los efectos de la pobreza en los niños, la confrontación de sus propios prejuicios y sesgos personales, el estigma que conlleva trabajar con familias de bajos ingresos. y niños, y dificultad para aplicar marcos de diagnóstico típicos a niños de familias de bajos ingresos (Smith et al., 2011 , 2013).

Como se describe en el informe de las Academias Nacionales de 2016 *Parenting Matters: Supporting Parents of Children Ages 0–8* , los proveedores médicos (y los proveedores de servicios en general) se enfrentan a una presión cada vez mayor para brindar atención de una manera cultural y lingüísticamente sensible. Debido a los rápidos cambios en la demografía, los proveedores médicos pueden enfrentar dificultades para adaptarse a las barreras del idioma o las normas culturales, lo que a su vez puede reducir la disposición de las minorías étnicas y las familias en situación de pobreza para acceder al sistema de atención médica (NASEM, 2016a) . Los proveedores médicos requieren el conocimiento y las herramientas para brindar atención adecuada a diversas poblaciones a fin de abordar las disparidades de atención médica antes mencionadas. Capítulo 5 proporciona una mirada más profunda a las oportunidades para mejorar los sistemas a lo largo de la continuidad de la atención médica preconcepcional, prenatal y pediátrica.

CONDICIONES DE VIDA SALUDABLE

En el modelo conceptual del informe, el comité identifica las condiciones de vida saludable como un dominio importante para el estudio y la intervención (consulte la Figura 3-5 para obtener una imagen de cómo esta sección se relaciona con el modelo conceptual). A los efectos de este informe, las condiciones de vida saludables son los factores sociales, económicos, culturales y ambientales que dan forma a las probabilidades de una salud y un desarrollo óptimos de los niños. Específicamente, estos incluyen la seguridad económica, la nutrición y la seguridad alimentaria, las condiciones del vecindario, la vivienda y las exposiciones ambientales. Estas condiciones de vida interactúan con múltiples niveles del modelo conceptual. Por ejemplo, la nutrición adecuada y la seguridad alimentaria abarcan comportamientos individuales, como la lactancia materna, pero también pueden ser moldeados por el contexto político más amplio, como los programas gubernamentales (por ejemplo, el Programa de Asistencia Nutricional

Suplementaria [SNAP] y el Programa Especial de Nutrición Suplementaria para mujeres, bebés y niños [WIC]). El Capítulo 6 sigue este hilo y analiza la evidencia de las intervenciones (es decir, programas, políticas y sistemas) que muestran la mayor promesa para promover condiciones de vida equitativas y saludables para todos los niños.

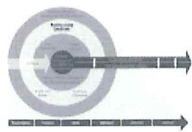


FIGURA 3-5

Aprovechar las oportunidades tempranas para lograr la equidad en salud a lo largo de la vida: un marco conceptual.

NOTAS: El elemento de enfoque en esta sección se refleja en el segundo anillo exterior del modelo: condiciones de vida saludables (es decir, seguridad económica, (más...))

SEGURIDAD ECONOMICA

Estado socioeconómico del hogar

El ESE del hogar, un constructo que a menudo se mide utilizando los ingresos, la ocupación y la educación, es un determinante social importante de la salud y el bienestar infantil. Para los niños, SES no solo refleja los ingresos del hogar, sino que también es indicativo de las condiciones de su vecindario y vivienda, seguridad alimentaria, bienestar de los padres y logros educativos, exposición a la violencia y otros factores estresantes, calidad de ECE y más. Esta sección explora específicamente cómo el SES del hogar en relación con los ingresos, la pobreza, la riqueza, la clase y la educación afecta los resultados del desarrollo temprano.

La pobreza se puede definir en términos generales como la falta de recursos financieros o de bienes materiales para satisfacer las necesidades básicas, como vivienda, alimentación y vestido. Se considera que la pobreza, los ingresos y la riqueza son determinantes de la salud, y existe una sólida base bibliográfica que relaciona los ingresos y la riqueza con indicadores clave de salud, como la esperanza de vida, el riesgo de enfermedades crónicas y los comportamientos que promueven la salud (p. actividad física, alimentación saludable) (Chetty et al., 2016 ; NASEM, 2017a ; Woolf et al., 2015). La pobreza es una construcción multidimensional que tiene muchas implicaciones para las condiciones de vida y el medio ambiente que dan forma a la salud y el desarrollo.

Para los niños, vivir en la pobreza está asociado con resultados negativos para la salud y el desarrollo. La investigación existente sugiere al menos dos vías por las cuales vivir en la pobreza puede influir en los resultados de los niños (Evans, 2004). El primero es a través del acceso a recursos materiales y servicios (p. ej., vivienda segura, nutrición, ejercicio, atención médica) (Braveman et al., 2018 ; Johnson et al., 2016 ; Woolf et al., 2015). El segundo es a través del estrés psicosocial (p. ej., tensión laboral de los padres, exposición a la violencia, inestabilidad en la vivienda, inseguridad alimentaria) (Braveman et al., 2018 ; Johnson et al., 2016 ; Lefmann y Combs-Orme, 2014).). La convergencia de estos factores da forma a las primeras condiciones de vida, lo que puede conducir a una exposición al riesgo acumulativa para quienes viven en la pobreza. Por lo tanto, el ingreso y la pobreza pueden conceptualizarse como determinantes aguas arriba de muchos de los factores sociales, económicos y ambientales discutidos en este capítulo.

Tendencias y disparidades

Si bien los niños menores de 18 años representan el 23 % de la población del país, constituyen el 32 % de las personas que viven en la pobreza (Koball y Jiang, 2018a). En 2016, el 44 % de los

niños pequeños (es decir, menores de 9 años) vivían en hogares de bajos ingresos (es decir, por debajo del 200 % del umbral federal de pobreza). Además, aproximadamente uno de cada cinco niños pequeños vivía en hogares pobres (es decir, por debajo del 100 % del umbral de pobreza federal) (Koball y Jiang, 2018b). Es importante señalar que la pobreza infantil, y la pobreza en general, se pueden medir de diversas maneras, lo que tiene implicaciones sobre cómo se miden las tendencias. Por ejemplo, las medidas de pobreza basadas en el consumo, a diferencia de las que se basan solo en el ingreso, reflejan el ingreso permanente y los beneficios del gobierno, y algunos argumentan que es más probable que capturen los efectos del ahorro, la propiedad de bienes (por ejemplo, propiedad), y acceso al crédito (Meyer y Sullivan, 2009).

Existen disparidades socioeconómicas según la raza, el origen étnico, el grupo de edad y la región geográfica. Por ejemplo, los niños negros, AI/AN e hispanos viven de manera desproporcionada en hogares pobres y de bajos ingresos; también tienen más probabilidades de vivir en la pobreza extrema (por debajo del 50 por ciento del umbral federal de pobreza). En términos de movilidad económica ascendente, también existen diferencias entre los grupos raciales. En particular, la investigación sugiere que los niños negros e AI/AN tienen las tasas más bajas de movilidad ascendente, incluso cuando se controlan los ingresos de los padres (Chetty et al., 2018). Al analizar los grupos de edad, es más probable que los niños más pequeños (hasta los 11 años) vivan en hogares pobres o de bajos ingresos. Sin embargo, cuando se estratifica por grupo racial o étnico, hay marcadas diferencias en las proporciones (ver Tabla 3-2).

Race or Ethnicity	Percentage of Children (0-11 years)
American Indian/Alaska Native	30%
Asian and Pacific Islander	8%
Black or African American	30%
Hispanic or Latino	19%
Hispanic/Latino	10%
Non-Hispanic White	4%

TABLA 3-2

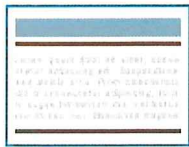
Porcentaje de niños (de 0 a 11 años) que viven en áreas de alta pobreza de 2013 a 2017, por raza y grupo étnico.

Efectos del ingreso y la pobreza

Resultados del embarazo y el parto Blumenshine et al. (2010) realizó una revisión sistemática que examinó la asociación entre la desventaja socioeconómica y los resultados adversos del nacimiento (p. ej., resultados relacionados con el peso al nacer, la edad gestacional o la restricción del crecimiento). Los autores determinaron que 91 estudios encontraron asociaciones significativas entre al menos una medida de desventaja socioeconómica y un resultado de nacimiento adverso. Si bien casi siempre se observaron diferencias en los resultados del nacimiento basadas en factores socioeconómicos a nivel individual entre las mujeres blancas no hispanas, los resultados fueron menos consistentes para las mujeres afroamericanas e hispanas. Por ejemplo, ningún estudio incluido en esta revisión encontró que los resultados del nacimiento estuvieran asociados con factores socioeconómicos a nivel individual entre las mujeres hispanas nacidas en el extranjero. Sin embargo, otros estudios muestran asociaciones entre la pobreza a nivel de vecindario y los resultados de embarazos y nacimientos entre grupos raciales y étnicos. Los autores postulan que los efectos acumulativos de las condiciones del vecindario (p. ej., viviendas deficientes, delincuencia, contaminación, estrés), que son más comunes en las comunidades de color, pueden tener impactos en la salud más fuertes que los asociados con el ingreso o el nivel educativo a nivel individual, señalando a la necesidad de intervenciones a nivel comunitario (consulte la sección Desventaja concentrada para obtener más información sobre estos estudios a nivel de vecindario).

Resultados en la infancia Vivir en la pobreza durante la primera infancia puede tener implicaciones duraderas para la salud y el bienestar. Se ha encontrado que los ingresos familiares están asociados con el riesgo de maltrato infantil, donde las familias con recursos económicos

limitados tienen un mayor riesgo (Berger et al., 2017 ; Cancian, 2010). Otras investigaciones apuntan a la carga alostática como un resultado próximo importante de vivir en un entorno en el contexto de la pobreza. Blair et al. (2011) encontraron que dos aspectos del entorno de pobreza estaban relacionados con el cortisol salival (una medida de la respuesta al estrés) en la infancia: las salidas de los adultos del hogar y la insuficiencia económica percibida. En términos de resultados cognitivos y del neurodesarrollo, la literatura existente sugiere que la pobreza afecta el cerebro en desarrollo. Esto incluye la estructura y función de las áreas que regulan la memoria, la emoción, el funcionamiento cognitivo y el lenguaje y la alfabetización (Johnson et al., 2016). También hay investigaciones que demuestran el impacto de los ingresos familiares en los logros académicos, por lo que un aumento de \$1000 en los ingresos anuales podría aumentar los logros entre un 5 y un 6 % de una desviación estándar (Duncan et al., 2011; Wolf et al. , 2017) . Cuadro 3-6 enumera algunas conclusiones sobre las consecuencias de la pobreza del informe de las Academias Nacionales de 2019 *Una hoja de ruta para reducir la pobreza infantil* .



RECUADRO 3-6

Conclusiones de *Una hoja de ruta para reducir la pobreza infantil: las consecuencias de la pobreza infantil* .

Implicaciones de la brecha de riqueza

Los ingresos son a menudo el objetivo de muchas políticas e intervenciones y son importantes para los resultados a corto plazo, pero un enfoque en la construcción más amplia de riqueza es importante para una agenda de equidad en salud porque tiene implicaciones a largo plazo e intergeneracionales. Es decir, los ingresos son necesarios para generar riqueza, y la riqueza podría proteger a las familias de los períodos de inestabilidad de ingresos y bajos ingresos.

La riqueza, o los activos económicos acumulados a lo largo del tiempo, se calcula restando las deudas y los pasivos pendientes del valor en efectivo de los activos que posee actualmente, como casas, terrenos, automóviles, cuentas de ahorro, planes de pensión, acciones y otras inversiones financieras y negocios. La riqueza medida en un solo período de tiempo puede proporcionar una imagen más completa que los ingresos de los recursos económicos de una persona. (NASEM, 2017a , pág. 127)

Los datos del censo de EE. UU. muestran que la riqueza familiar promedio en 2013 era de \$1700 para las familias negras, \$2000 para los latinos y la asombrosa cifra de \$116 800 para los blancos. La riqueza familiar promedio en 1983 era de \$6800 para las familias negras, \$4000 para los latinos y \$102 200 para los blancos (Asante-Muhammad et al., 2017). Usando datos del Estudio de Panel de Dinámica de Ingresos, Williams (2004) encontró que el nivel de ingresos no era un indicador tan bueno para los resultados de los niños negros como lo era para los niños blancos. Más bien, tener activos como acciones o una IRA importaba más para los niños negros que para los blancos. Aunque centrado en las personas mayores, Zhan y Sherraden

(2010) encontró que los ingresos del hogar estaban más relacionados con la matrícula en la universidad y la graduación de los niños blancos, mientras que los ingresos del hogar estaban más relacionados con la matrícula en la universidad y la graduación de los niños negros, mi

destacada para los estudiantes universitarios negros y latinos. Esto también es consistente con los hallazgos de Williams Shanks (2007) de que el ingreso familiar está asociado con los puntajes de las pruebas de los niños blancos pero no con los de los niños negros. Kaushal y Nepomnyaschy (2009) encuentran que aunque la riqueza, junto con la sociodemografía familiar y los recursos de los padres, explica las disparidades en la brecha entre blancos y negros e hispanos y blancos en la

participación de los niños en programas para superdotados, actividades extracurriculares y repetición de grado, los niños negros continúan enfrentando un alto riesgo de expulsión o suspensión de la escuela en relación con los niños blancos, independientemente del estado de riqueza. Además, la transmisión intergeneracional de la riqueza puede no ser tan común, especialmente para las familias negras (Chetty et al., 2018). Mientras que las familias latinas aumentan sus ingresos a lo largo de la generación, las familias negras tienen tasas sustancialmente más bajas de movilidad ascendente y tasas más altas de movilidad descendente (Chetty et al., 2018). Es decir, es probable que los niños negros de hogares de mayores ingresos se vuelvan pobres cuando sean adultos en comparación con sus pares blancos. Esto indica que el camino hacia la acumulación y el mantenimiento de la riqueza difiere entre los grupos raciales, lo que tiene implicaciones para las políticas que se desarrollan e implementan, especialmente si no abordan la pérdida continua de riqueza para las familias y comunidades minoritarias.

Logro educativo de los padres

La evidencia muestra que los niveles más altos de logro educativo del cuidador/padre están asociados con resultados educativos positivos del niño (p. ej., preparación para la escuela, logros educativos), resultados de salud física (p. ej., índices de bajo peso al nacer) y conductas de salud (p. ej., índices de tabaquismo y atracones). bebida) (Child Trends, 2015). Las investigaciones indican que el nivel educativo del cuidador/padre también puede servir como un factor protector para los resultados en la niñez, la adolescencia y la edad adulta (Dubow et al., 2009).

Los niveles más altos de logro educativo materno, en particular, se han relacionado con una mejor salud y bienestar para los niños (Cutler y Lleras-Muney, 2006). Por el contrario, se ha encontrado que los bajos niveles de logro educativo de la madre están significativamente asociados con resultados negativos para bebés y niños. Se ha descubierto que los bebés cuyas madres no terminaron la escuela secundaria tienen el doble de riesgo de morir antes de su primer cumpleaños en comparación con los de madres que completaron la universidad (Egerter et al., 2011b; Mathews y MacDorman, 2007).

Desde 1974, el porcentaje de padres (con hijos de 6 a 18 años) con menos de un diploma de escuela secundaria ha disminuido, mientras que el porcentaje de aquellos con una licenciatura o superior ha aumentado (Child Trends, 2015). Sin embargo, han persistido las disparidades por raza y etnia, particularmente para las madres y los padres afroamericanos e hispanos (consulte la Figura 3-6).

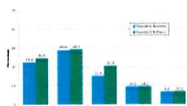


FIGURA 3-6

Porcentaje de niños en edad escolar cuyos padres tienen al menos una licenciatura, por raza del niño y origen hispano y sexo de los padres, 2015. NOTAS: * Hispano incluye mexicano. Los datos provienen del análisis Child Trends de la Encuesta de Población Actual, (más...)

cargando...

La educación a menudo se promociona como la puer garantía de estabilidad para las familias y los niños. Sin embargo, la evidencia acumulada muestra que existen diferencias raciales en el impacto de los logros universitarios en los ingresos y la riqueza. Asante-Muhammad y colegas de Prosperity Now muestran que

embargo, una familia negra o latina típica cuyo cabeza de familia tiene un título universitario posee solo \$ 37,600 y \$ 32,600, respectivamente, en riqueza. De hecho, solo los hogares negros y latinos en la mediana con un título avanzado tienen suficiente riqueza para encajar en [su] definición de clase media. Por el contrario, todos los hogares blancos, excepto aquellos que no logran obtener un diploma de escuela secundaria, podrían considerarse clase media. (Asante-Muhammad et al., 2017, p. 10)



FIGURA 3-7

Tener una educación universitaria no es suficiente para garantizar la riqueza de clase media para muchas familias negras y latinas. NOTAS: Las cifras de riqueza que se muestran arriba excluyen los bienes duraderos. Los datos provienen de la Encuesta de Ingresos y Participación en Programas de la Oficina del Censo de EE. UU., (más...)

Las familias negras y latinas con títulos universitarios tienen menos de la mitad de la riqueza de las familias blancas con diploma de escuela secundaria. Este impacto diferencial de la educación superior también se observa con las tasas de desempleo: las personas negras con títulos universitarios tienen un 19, 65, 31 y 31 por ciento más de posibilidades de desempleo que los latinos, hispanos, blancos y asiático-americanos, respectivamente (Andolfatto, 2017). Esto es particularmente preocupante cuando muchos negros y latinos tienen menos probabilidades de tener títulos de educación superior en comparación con sus pares blancos. Por lo tanto, si bien el logro educativo se asocia con mejores resultados para los niños, se necesita más investigación para descubrir mejor cómo las disparidades raciales en la educación, junto con la disponibilidad de riqueza, pueden estar asociadas con las disparidades raciales en la salud y la educación.

NUTRICIÓN Y SEGURIDAD ALIMENTARIA

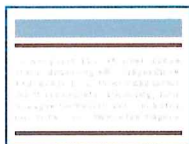
Si bien el acceso a alimentos adecuados y nutritivos afecta el desarrollo a lo largo del curso de la vida, es particularmente importante para los períodos previos a la concepción, prenatales y de la primera infancia. Además, el período desde la concepción hasta los 2 años de edad (alrededor de los primeros 1000 días) es especialmente crítico, ya que el cerebro experimenta cambios de desarrollo significativos durante este período que pueden no ser posibles más adelante en la vida (Schwarzenberg y Georgieff, 2018). Además de macronutrientes (proteínas, grasas y glucosa), ciertos micronutrientes (zinc, cobre, yodo, hierro y selenio) y vitaminas y cofactores (vitamina B 6, vitamina B 12, vitamina A, vitamina K, ácido fólico y colina) son particularmente importantes para el desarrollo saludable del cerebro temprano (Asociación Estadounidense del Embarazo, 2017; Cusick y Georgieff, 2016; Georgieff et al., 2015; OIM, 1990; March of Dimes, 2018; Schwarzenberg y Georgieff, 2018). La desnutrición puede tomar la forma de desnutrición (ingesta inadecuada de macro y/o micronutrientes) y/o sobrepeso/obesidad (ingesta excesiva de calorías pero no necesariamente ingesta adecuada de macro y micronutrientes). La ingesta inadecuada de macro y micronutrientes durante los períodos críticos o sensibles del desarrollo puede tener efectos negativos en el desarrollo a lo largo del curso de la vida, siendo más probables los efectos a largo plazo cuanto antes ocurran tales deficiencias de nutrientes (Georgieff et al., 2015; Schwarzenberg y Georgieff, 2018).

El acceso a alimentos saludables y nutritivos para las madres embarazadas es importante para garantizar un parto saludable y resultados de desarrollo para sus bebés (Borge et al., 2017;

Ramakrishnan et al., 2012 ; Thorne-Lyman y Fawzi, 2012 ; Veena et al., 2016). ; Yakoob y Lo, 2017 ; Zerfu y Ayele, 2013). En un resumen de revisiones sistemáticas de intervenciones internacionales para mejorar la nutrición durante el embarazo, se encontró que los bebés de mujeres embarazadas que recibieron suplementos orales de vitamina A, calcio en dosis bajas, zinc y múltiples micronutrientes, así como educación nutricional y antipalúdicos preventivos, tenían un menor riesgo de BPN (da Silva Lopes et al., 2017).

La nutrición materna durante el embarazo también puede afectar el sobrepeso y la obesidad en los niños (Lau, 2014 ; Leonard et al., 2017). Tabacchi et al. (2007) describen que “las interacciones prenatales entre la genética y el medio ambiente juegan un papel importante en la determinación del fenotipo posnatal relacionado con la obesidad” (consulte el Capítulo 2 para obtener información más detallada sobre la programación fetal y la interacción de la genética y el medio ambiente). La evidencia también sugiere una correlación entre la obesidad materna y los malos resultados del parto y del bebé (p. ej., mayor riesgo de parto prematuro, tamaño grande para la edad gestacional, defectos fetales, muerte perinatal) (Aviram et al., 2011 ; Marchi et al . , 2015), malos resultados de salud en la infancia y la primera infancia, incluida la obesidad infantil (Beckhaus et al., 2015 ; Mameli et al., 2016 ; Marques et al., 2013 ; Monasta et al., 2010 ; Nyaradi et al., 2013 ; Van Lieshout et al., 2011 ; Woo Baidal et al., 2016), y las implicaciones negativas para la enfermedad y otros resultados de salud deficientes en la edad adulta (Langley-Evans, 2015 ; Poston et al., 2011).

A pesar de la evidencia clara que vincula la nutrición materna e infantil con resultados positivos de salud y desarrollo, muchas comunidades, en particular las comunidades de bajos ingresos y las comunidades de color, no tienen acceso a alimentos nutritivos, asequibles y de alta calidad (Harrington et al., 2009) . La falta de acceso en estas comunidades se ve agravada por una mayor exposición a alimentos y bebidas no saludables, incluida la publicidad dirigida a dichos productos (NASEM, 2017b). Para lograr la equidad en salud para todos los niños, es de vital importancia que todas las familias tengan acceso a alimentos saludables y nutritivos. (Para una discusión de las políticas y programas en los Estados Unidos que tienen como objetivo disminuir la inseguridad alimentaria y mejorar la nutrición y la alimentación saludable en los períodos prenatal y de la primera infancia, por ejemplo, Asistencia Temporal para Familias Necesitadas, SNAP y WIC, consulte el Capítulo 6 .) Consulte el Cuadro 3-7 para obtener estadísticas sobre la inseguridad alimentaria durante la infancia.



RECUADRO 3-7

Estadísticas sobre Inseguridad Alimentaria Infantil.

Amamantamiento

La lactancia materna exclusiva⁴ ofrece una nutrición completa para los lactantes durante los primeros 6 meses de vida. Debido a esto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Academia Estadounidense de Pediatría (AAP) recomiendan que los bebés reciban solo leche materna durante este tiempo para lograr un crecimiento, desarrollo y salud óptimos. Después de eso, la OMS y la AAP recomiendan continuar con la lactancia materna combinada con alimentos complementarios hasta al menos 1 año de edad.

La lactancia materna brinda importantes beneficios para la salud de las madres y los niños, pero es importante tener en cuenta las dificultades metodológicas para estudiar el impacto de la

lactancia materna en la salud. Los ECA que comparan la lactancia materna con la fórmula no serían éticos, y los diseños de estudios observacionales limitan las inferencias causales. Sin embargo, esta es un área que se ha estudiado durante muchas décadas y hay varias áreas donde la ciencia ha convergido en la comprensión de cómo la lactancia materna promueve resultados saludables para los niños y las madres que amamantan.

Existe evidencia de que los lactantes amamantados exclusivamente tienen tasas más bajas de mortalidad infantil, otitis media e infecciones gastrointestinales (Bowatte et al., 2015 ; Kramer y Kakuma, 2012 ; Sankar et al., 2015). El impacto de la lactancia materna en la salud del niño parece perdurar, porque la lactancia materna (y una mayor duración de la lactancia materna) protege contra el sobrepeso y la obesidad en los niños, aunque las revisiones y los metanálisis describen dichas correlaciones como pequeñas (pero consistentes) y difíciles de probar, con Se necesita investigación para dilucidar aún más la relación (Arenz et al., 2004 ; Beyerlein y von Kries, 2011 ; Dewey, 2003 ; Harder et al., 2005 ; Horta et al., 2015 ; Logia et al., 2015 ; Ryan, 2007 ; Wang et al., 2017). Un creciente cuerpo de investigación demuestra importantes efectos psicológicos de la lactancia materna en los niños, incluido un impacto en el desarrollo cerebral, cognitivo y socioemocional (Krol y Grossmann, 2018).

La lactancia materna también puede ser protectora para las madres, con tasas más bajas de carcinoma de mama y ovario, diabetes tipo 2 y depresión posparto (Chowdhury et al., 2015 ; Dias y Figueiredo, 2015 ; Hahn-Holbrook et al., 2013 ; Ip et al. , 2007). Sin embargo, un estudio de Borra et al. (2015) mostró que existe un mayor riesgo de depresión posparto cuando las mujeres que habían planeado amamantar no lo habían hecho, y concluyó que las intenciones de amamantar durante el embarazo y la salud mental de las madres durante el embarazo mediaron el efecto de la lactancia materna en la depresión materna. Este aspecto apunta a la necesidad de brindar no solo “apoyo experto en lactancia a las mujeres que desean amamantar, sino también . . . apoyo compasivo para las mujeres que tenían la intención de amamantar, pero que no pueden hacerlo”.

Disparidades en la lactancia

En los Estados Unidos, las tasas de lactancia materna en general han ido en aumento (CDC, 2018a). Según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), de los bebés nacidos en 2015 en los Estados Unidos, el 83,2 % comenzó a amamantar, más de la mitad (57,6 %) amamantó a los 6 meses y el 35,9 % amamantó a los 12 meses. Sin embargo, existen disparidades en las tasas de lactancia materna a lo largo de una serie de datos demográficos.

Las tasas de lactancia materna son más bajas entre las madres afroamericanas y las madres que viven en áreas rurales. De 2011 a 2015, el porcentaje de mujeres que iniciaron la lactancia materna fue del 64,3 % para las afroamericanas, del 81,5 % para las blancas y del 81,9 % para las hispanas (Anstey et al., 2017). Las tasas de lactancia materna también son más bajas en las madres que son jóvenes, tienen un nivel educativo más bajo y tienen ingresos más bajos (ASTHO, 2017). Aproximadamente el 80 % de las mujeres de ingresos más altos seguían amamantando al año, en comparación con el 20 % de las mujeres de ingresos más bajos (ASTHO, 2017).

Una multitud de factores impactan la decisión de una mujer de comenzar y continuar amamantando. Los factores sociales, como las normas culturales y sociales que no brindan apoyo, las preocupaciones sobre el suministro de leche, el apoyo familiar y social deficiente, y los arreglos laborales y de cuidado de los niños que no brindan apoyo, pueden dificultar que

muchas madres alcancen sus metas de lactancia (HHS, 2011) . Las mujeres negras experimentan de manera desproporcionada algunas de estas barreras, como regresar al trabajo poco después del nacimiento de un niño, la falta de información sobre lactancia por parte de los proveedores y la falta de acceso a apoyo profesional para la lactancia (Johnson et al., 2015) . Las madres negras también podrían no tener acceso constante a prácticas de apoyo basadas en evidencia. Un estudio de Chapman y Pérez-Escamilla (2012) sobre el apoyo hospitalario para la lactancia materna indicó que los establecimientos en áreas con proporciones más altas de residentes negros tenían menos probabilidades de cumplir con prácticas de apoyo a la lactancia materna que aquellos ubicados en áreas con porcentajes más bajos de residentes negros. Las prácticas de los proveedores de atención médica también pueden explicar las tasas reducidas de lactancia materna entre las madres negras, particularmente con respecto al estímulo y la información sobre la lactancia materna (Jones et al., 2015) . Para las madres de las comunidades rurales, factores como la pobreza y el acceso inadecuado a los servicios de salud y maternidad necesarios pueden ser obstáculos para la lactancia (CDC, nd-b) . Se necesitan programas y políticas de apoyo para las madres que planean amamantar; ver Capítulo 6 para una discusión de algunas de estas intervenciones (p. ej., licencia parental remunerada) (Pac et al., 2019) .

CONDICIONES DEL BARRIO Y LA COMUNIDAD

Una comunidad es el lugar donde un niño vive, aprende y juega. Según esta noción, las comunidades sirven como la base de la salud donde las experiencias y los comportamientos están determinados por las condiciones en las que vive un niño (NASEM, 2017a)). Las condiciones que componen una comunidad o vecindario son críticas para apoyar comportamientos saludables y brindar entornos seguros para los niños. Esta sección del capítulo explora las condiciones de la comunidad que pueden promover u obstaculizar el desarrollo óptimo durante los períodos prenatal y de la primera infancia. Estos incluyen factores que están profundamente arraigados en políticas históricas e inequidades estructurales (como se presentó al comienzo del capítulo) y factores de protección que pueden prevenir o mitigar la manifestación de resultados negativos en el desarrollo de los niños. Las siguientes secciones analizan las disparidades y la evidencia científica relacionada con los resultados del desarrollo, incluidos los mecanismos a través de una serie de factores a nivel de vecindario: desventaja concentrada, entorno físico, entorno social y exposición a la violencia. NASEM, 2017a).

Desventaja concentrada

Tendencias y disparidades

Más allá de la pobreza a nivel del hogar, que se analizó en la sección anterior, a nivel nacional, el 12 % de los niños vive en vecindarios con pobreza concentrada (es decir, distritos censales con tasas de pobreza del 30 % o más) (Kids Count Data Center, 2019) . La desventaja concentrada y la privación a nivel de vecindario son factores importantes para examinar debido al riesgo acumulativo asociado con estas condiciones de vecindario. Los datos del Estudio longitudinal de la primera infancia indican que la proporción de niños de jardín de infantes que viven en vecindarios de pobreza moderada y alta aumentó de 1998 a 2010, lo que tiene implicaciones importantes para la preparación escolar (Wolf et al., 2017) .

Desventaja del vecindario y resultados prenatales a través de la niñez

La privación económica a nivel individual, familiar y de vecindario muestra una relación gradual con los resultados de salud (Pickett y Pearl, 2001) . Los estudios Whitehall (Kumari et al., 2004

) y GLOBE (Global Leadership and Organizational Behavior Effectiveness) (van Lenthe et al., 2004) ofrecen evidencia sólida de que las condiciones económicas individuales y a nivel de vecindario contribuyen a los resultados de salud. Los estudios de gemelos ofrecen otra evidencia convincente; uno de esos estudios de 3,738 parejas de gemelos del mismo sexo encontró que la privación del vecindario tenía una asociación significativa dentro de la pareja con la depresión después de ajustar los indicadores socioeconómicos individuales y otros factores (Cohen-Cline et al., 2018). Existe un sólido cuerpo de evidencia asociativa que relaciona los entornos económicos del vecindario con la depresión (Paczkowski y Galea, 2010) y otras enfermedades crónicas (Pickett y Pearl, 2001). El Cuadro 3-8 describe las disparidades en el asma como un ejemplo de un resultado de salud en el contexto de la desventaja del vecindario.



RECUADRO 3-8

Estudio de caso de pobreza concentrada: asma.

La privación económica a nivel de vecindario también se ha asociado ampliamente con los resultados del embarazo y el parto, incluido el uso reducido de la atención prenatal (Schempf et al., 2009) y un mayor riesgo de una variedad de resultados adversos del parto (Messer et al., 2006 ; O'Campo et al., 2008 ; Zeka et al., 2008). Los estudios han vinculado los indicadores de privación económica a nivel de vecindario con el peso al nacer (Buka et al., 2003 ; Morenoff, 2003 ; Pearl et al., 2001 ; Rich-Edwards et al., 2003 ; Subramanian et al., 2006), parto prematuro (Ahern et al., 2003 ; Kaufman et al., 2003 ; O'Campo et al., 2008), y la edad gestacional y el crecimiento fetal (Farley et al., 2006). Sin embargo, esto no sugiere que la privación económica del vecindario sea la causa de la mala salud: los análisis de Jokela (2014 , 2015) de datos de la Encuesta de panel de hogares británicos sugieren que las asociaciones observadas pueden, de hecho, reflejar desigualdades sociales más fundamentales que dan forma a la salud y la salud. obstaculizar la capacidad de algunas personas para trasladarse a barrios menos desfavorecidos. La investigación ha demostrado consistentemente una asociación entre la privación del vecindario y la salud, pero no se ha establecido una conexión causal firme.

Si bien hay evidencia que conecta la pobreza a nivel de vecindario y los resultados de nacimiento, el mecanismo de este vínculo sigue sin estar claro; una teoría es la carga alostática debida al estrés (Lefmann y Combs-Orme, 2014 ; Wallace et al., 2013). Wallace y colegas (2013) encontraron que, si bien las madres afroamericanas que residían en vecindarios pobres tenían una carga alostática más alta que las madres blancas, la carga alostática no se asoció con el parto prematuro o el bajo peso al nacer después de tener en cuenta la raza, el SES del vecindario, la educación materna, la edad materna en ese momento de nacimiento y fumar durante el embarazo, entre otras cosas. Esta falta de relación entre la carga alostática y el embarazo también se encontró en otro estudio (Morrison et al., 2013). Sin embargo, las mujeres afroamericanas que vivían en barrios de baja pobreza tenían más de cinco veces más probabilidades de tener un bebé con bajo peso al nacer y de haber dado a luz antes de término que las mujeres blancas en barrios de baja pobreza. Este vínculo de disparidad racial entre la desventaja del vecindario y el bajo peso al nacer y el parto prematuro también se encontró en una revisión sistemática y un metanálisis de estudios basados en la población (Ncube et al., 2016). Margerison-Zilko y colegas (2015) enfatizan que no se trata solo de vivir en un vecindario pobre lo que está relacionado con el parto prematuro, sino también de la cantidad de tiempo que se pasa en un vecindario de bajos recursos y alta pobreza. En su revisión sistemática y metanálisis que examina el vínculo entre la segregación residencial y los resultados adversos del parto, Mehra et al.

(2017) encontró que las madres negras que viven en vecindarios segregados tienen el mayor riesgo de bajo peso al nacer y múltiples resultados adversos al nacer.

Entorno físico

Varios estudios han evaluado cómo diversas características físicas de los vecindarios—el “entorno construido”—pueden dar forma a los resultados de salud o nacimiento, ya sea a través de la exposición directa o al limitar el acceso o la efectividad de las estrategias tradicionales de atención médica. La infraestructura verde, como la vegetación o el dosel de los árboles, se ha asociado con tasas reducidas de depresión (Cohen-Cline et al., 2018 ; Fan et al., 2011), lo que a su vez puede afectar los resultados de nacimiento (Accortt et al., 2015). La presencia de atributos de vida activa, como la posibilidad de caminar, el uso mixto del suelo y las opciones de transporte activo, se ha asociado con una mayor actividad física y una reducción de la obesidad en general (Feng et al., 2010 ; Saelens et al., 2003a , b). Sin embargo, la evidencia no está clara sobre si esto afecta en última instancia los resultados del nacimiento: el único estudio que evaluó los entornos construidos en términos de resultados adversos del nacimiento no arrojó evidencia clara del impacto (Vinikoor-Imler et al., 2011). Es posible que la condición de los primeros entornos construidos se asocie con "efectos durmientes", en los que los resultados se observan más adelante en la vida.

La importancia de la seguridad alimentaria y la nutrición se ha identificado durante mucho tiempo como un determinante clave de los resultados de salud prenatal y posnatal. Sin embargo, el *entorno alimentario* en el que vive la gente (la accesibilidad de opciones de alimentos saludables en sus vecindarios) es un factor contextual adicional que puede dar forma a sus resultados prenatales al facilitar o limitar su capacidad para seguir los consejos nutricionales prenatales. Algunos estudios han encontrado efectos positivos de entornos alimentarios saludables en la reducción de la obesidad (Auchincloss et al., 2013), la hipertensión (Kaiser et al., 2016) y la diabetes tipo 2 (Christine et al., 2015). Sin embargo, una serie de otros estudios sobre el impacto del entorno alimentario en los resultados de salud han informado resultados nulos, lo que lleva a un cuerpo de evidencia mixto general (Cobb et al., 2015), y pocos de estos estudios han ido más allá de los resultados de salud generales para evaluar resultados específicos. resultados adversos del parto. Dos estudios encontraron evidencia asociativa de que las mujeres que viven en vecindarios con una alta concentración de tiendas de conveniencia versus fuentes de alimentos más saludables (Ma et al., 2016) o en áreas que no están cerca de los supermercados (Lane et al., 2008) tenían un mayor riesgo de algunos resultados adversos del parto. Sin embargo, otros estudios no han encontrado evidencia de que los ambientes alimentarios del vecindario impacten significativamente los resultados del parto (Farley et al., 2006). En general, la evidencia en esta área sigue siendo preliminar y algo mixta.

Ambiente Social de Barrio

El entorno social en el que vive la gente puede ser tan importante como su entorno físico. Se ha formulado la hipótesis de que el apoyo social beneficia los resultados del parto al moderar o amortiguar el estrés del embarazo (o de otros desafíos contextuales para un embarazo saludable) y al ejercer una influencia positiva directa en la salud de una futura madre (Cohen y Wills, 1985). El aislamiento social se ha asociado con si las mujeres reciben atención prenatal adecuada (Heaman et al., 2018) y con presentación prenatal tardía (es decir, acceso tardío a la atención prenatal) y resultados fetales deficientes (Kapaya et al., 2015), mientras que mejor apoyo social se ha asociado con mayor peso al nacer y puntuaciones de Apgar al nacer (Collins et al., 1993),

reducción del riesgo de depresión materna (Uebelacker et al., 2013) y mejora del crecimiento fetal (Hoffman y Hatch, 1996). Sin embargo, los estudios de intervenciones destinadas a mejorar el apoyo social para las mujeres embarazadas no han demostrado ser uniformemente efectivos (Lu et al., 2005), y los mecanismos por los cuales el apoyo social puede afectar los resultados del parto siguen sin estar claros.

El apoyo social puede referirse a las redes personales pero también al contexto ambiental del barrio. Estas medidas de “cohesión del vecindario” se han asociado con resultados de bienestar y salud física y mental en algunos estudios (Bures, 2003 ; Fone et al., 2007 ; Hutchinson et al., 2009), quizás actuando para ayudar a proteger a las personas de la efectos nocivos o estresantes de la privación del vecindario (Robinette et al., 2013). También se han asociado específicamente con mejores resultados de peso al nacer en varios estudios (Buka et al., 2003 ; Morenoff, 2003).

Exposición a la violencia

La exposición infantil a la violencia puede adoptar muchas formas, incluida la exposición primaria o la victimización directa (p. ej., maltrato o abuso por parte de un cuidador adulto o intimidación por parte de compañeros) y la exposición secundaria (p. ej., ser testigo de IPV entre padres o violencia comunitaria) (Gilbert et al. , 2009). Independientemente del mecanismo, el cuerpo de evidencia sobre la exposición temprana a la violencia muestra que esto es perjudicial para la salud y el bienestar de los niños (Egerter et al., 2011a ; Moffitt and Tank, 2013 ; Shonkoff et al., 2012).). Los datos también muestran que subgrupos específicos corren un mayor riesgo de estar expuestos a la violencia en función de ciertos datos demográficos, como la raza y el origen étnico, el género, el SES y el nivel de educación de los padres. Las investigaciones también indican que es probable que los niños que están expuestos a un incidente de victimización violenta vuelvan a estar expuestos a la violencia, incluidas otras formas (Finkelhor et al., 2007 , 2009 , 2015).

Tendencias y disparidades

Los datos de la Encuesta nacional sobre la exposición de los niños a la violencia (2013-2014), incluida una muestra representativa de niños a nivel nacional (n = 4000; de 0 a 17 años), mostraron que el 37,3 % había sufrido alguna agresión física en el último año, el 51,4 % había sufrido experimentado agresión física en su vida, y 24.5 y 38.3 por ciento fueron testigos de violencia en el último año y en su vida, respectivamente (Finkelhor et al., 2015). Para las mujeres, se han documentado disparidades en la violencia. Por ejemplo, para 2003-2014, las mujeres negras no hispanas e AI/AN experimentaron las tasas de homicidio más altas a nivel nacional, con 4,4 y 4,3 por 100 000, respectivamente (Petrosky et al., 2017). Además, más de la mitad de todos los homicidios de mujeres (55,3 por ciento) estaban relacionados con la VPI, que se considera una ACE para los niños que están expuestos a ella. (Consulte la sección al final de este capítulo sobre Acumulación de riesgo para obtener más información sobre las ACE).

Violencia Vecinal y Bienestar Infantil

La investigación ha relacionado la violencia en el vecindario con resultados negativos para la salud y el bienestar a lo largo de la continuidad del desarrollo temprano. Por ejemplo, hay evidencia que sugiere que las altas tasas de violencia juvenil (p. ej., agresión, secuestro, homicidio, robo, hurto, destrucción de propiedad) medidas a nivel de sección censal están asociadas con altas probabilidades de parto prematuro (Masho et al. , 2017). También se ha

demostrado que la presencia de violencia comunitaria tiene una relación negativa directa con el comportamiento de autorregulación de los niños y los indicadores de desempeño cognitivo (Sharkey, 2010 ; Sharkey et al., 2012). Una revisión sistemática de estudios examinó la exposición a la violencia comunitaria y los resultados de salud en jóvenes (0-18 años) (Wright et al., 2017). En los 28 estudios incluidos, el hallazgo más consistente fue que la exposición temprana a la violencia comunitaria se asoció con presión arterial elevada, asma y trastornos del sueño, lo que, según los autores, puede contribuir a otros problemas relacionados con la salud cuando persiste durante un período prolongado. Entre los estudios de esta revisión, uno encontró que el nivel de eficacia colectiva en una comunidad moderó el efecto de la exposición a la violencia comunitaria sobre el aumento del riesgo de asma, particularmente entre los afroamericanos (Sternthal et al., 2010). Además, el apoyo social ha sido identificado como un amortiguador crítico para los niños contra los efectos negativos de la violencia (Margolin y Gordis, 2004).

Estudios más recientes han comenzado a examinar las vías subyacentes a través de las cuales la violencia influye específicamente en los resultados de salud (Finegood et al., 2017 ; Theall et al., 2017). Por ejemplo, un estudio de 2012-2013 de niños afroamericanos en Nueva Orleans encontró que los informes de violencia doméstica y las tasas de delitos violentos dentro de un radio de 500 metros de la casa de un niño estaban asociados con disminuciones en la longitud media de los telómeros y la probabilidad de reducir el cortisol niveles después de una prueba de reactividad al estrés (Theall et al., 2017). Algunas investigaciones sugieren que la desventaja subyacente (p. ej., pobreza, alto desempleo, niveles educativos más bajos) asociada con la violencia en el vecindario explica parcialmente la relación entre la exposición a la violencia y los resultados cognitivos y conductuales negativos (Aizer, 2008) . Egerter et al. (2011a) postulan que la desventaja social y económica aumenta la probabilidad de exposición a la violencia, lo que puede disminuir los niveles de confianza, la cohesión social y las percepciones de seguridad en una comunidad.

Limitaciones de la evidencia sobre los efectos de vecindad

A pesar de estas asociaciones, la relación entre las características del vecindario y los resultados de salud es compleja, lo que dificulta establecer conexiones causales en esta literatura. Las asociaciones pueden variar según las características a nivel individual, como la edad o el sexo (Meijer et al., 2013), y pueden ser muy sensibles a la inclusión de otras covariables en los modelos (Auchincloss et al., 2013 ; Blair et al. , 2014 ; Paczkowski y Galea, 2010). Como se indicó anteriormente, también es difícil separar los efectos de los factores que tienden a agruparse (es decir, desventaja concentrada) o que están sistemáticamente presentes para poblaciones específicas, como la mala calidad de la vivienda, la pobreza y la exposición a sustancias tóxicas ambientales. Los resultados también varían ampliamente según cómo se mida un dominio de salud específico o cómo se defina un vecindario (Paczkowski y Galea, 2010), y muchos estudios capturan solo dominios limitados de las características del vecindario, dejando sin respuesta la pregunta de qué características son más importantes o cómo. esas características interactúan entre sí para dar forma a los resultados. Por último, pocos estudios establecen una conexión causal entre estas características endógenas del vecindario y la salud (Dohrenwend et al., 1992).; Jokela, 2014 ; Ritsher et al., 2001).

ALOJAMIENTO

La asequibilidad, la estabilidad y la calidad de la vivienda están bien estudiadas y documentadas SDOH a lo largo de la vida. Esto también es cierto, por supuesto, durante los años prenatales y de la primera infancia. La calidad, la estabilidad, la asequibilidad y la pérdida de vivienda en los períodos prenatal e infantil pueden tener efectos significativos en la salud, la cognición y el neurodesarrollo. Como se describió anteriormente, la segregación residencial ha tenido efectos persistentes en las comunidades, incluida la limitación de la disponibilidad de viviendas seguras y asequibles para algunas. En esta sección, se abordarán sucesivamente la inestabilidad de la vivienda, la calidad de la vivienda y la asequibilidad.

Inestabilidad de Vivienda

Según un informe de 2017 del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los EE. UU., se consideró que más de 550 000 personas no tenían hogar en una noche determinada en los Estados Unidos ese año. Más de 1,4 millones de personas quedaron sin hogar en lugares protegidos (p. ej., refugio de emergencia, vivienda de transición, refugio seguro) en algún momento de 2017 (Henry et al., 2017). Además, el riesgo de quedarse sin hogar es alto para muchas personas: según estudios recientes, casi 3 millones de personas que alquilan corren el riesgo de ser desalojadas, lo que indica altas tasas de inestabilidad potencial (Sandel y Desmond, 2017). Los datos indican un gran desequilibrio en el acceso equitativo a una vivienda estable, de modo que las personas sin hogar tienen una probabilidad desproporcionada de ser negros. Solo el 13 por ciento de la población general es negra, en comparación con más del 40 por ciento de la población sin hogar (Olivet et al., 2018).

Si bien la inestabilidad de la vivienda y la falta de vivienda son notoriamente difíciles de medir con precisión, se estima que las familias con niños representan el 33 por ciento de las poblaciones sin hogar (Henry et al., 2017). Un estudio transversal de 2008 de 12,746 niños de familias de bajos ingresos sugiere que casi el 30 por ciento de los niños de estos hogares están en hogares con inestabilidad de vivienda (Ma et al., 2008). Esto incluye mudanzas frecuentes, dificultad para pagar las facturas o el alquiler, gastar una gran parte de los ingresos en el alquiler, ser desalojado o vivir en condiciones de hacinamiento.

La inestabilidad de la vivienda, ya sea la falta de vivienda crónica o intermitente, tiene efectos negativos bien documentados para la salud de los niños en desarrollo. Un estudio de 2014 de casi 10 000 mujeres encontró que las madres que no tenían hogar durante el embarazo tenían más probabilidades de dar a luz niños con bajo peso al nacer en comparación con las que no tenían hogar después del parto (Cutts et al., 2015). Después del nacimiento, la inestabilidad de la vivienda se asocia con una amplia gama de resultados cognitivos, emocionales y conductuales. En un estudio longitudinal representativo a nivel nacional de niños de 2 a 21 años, Coley y colegas (2013) encontró que la inestabilidad residencial estaba asociada con comportamientos negativos de internalización y externalización, particularmente para niños con múltiples cambios de vivienda. Se planteó la hipótesis de que los efectos negativos de la inestabilidad habitacional se deben a cambios en las estructuras sociales, la escolaridad y la salud emocional de la familia (Coley et al., 2013). En un estudio de 2008, la inestabilidad de la vivienda se asoció con retrasos en la búsqueda de atención médica o medicamentos y un aumento de las visitas al departamento de emergencias (ED) entre los niños de familias de bajos ingresos (Ma et al., 2008).

En términos más generales, se ha demostrado que los niños sin hogar, o los niños que se mudan con frecuencia, corren un mayor riesgo de tener problemas de conducta en la escuela, dificultades sociales y bajo rendimiento académico (Buckner, 2008; Miller , 2011 ; NRC e IOM, 2010). Estos efectos parecen ser independientes del estatus de bajos ingresos; Los datos sobre el

rendimiento académico y la mejora en las pruebas estandarizadas sugieren que los estudiantes que se mudan con frecuencia tienen un desempeño consistentemente peor en lectura y matemáticas en comparación con otros estudiantes de bajos ingresos que no se mudan con frecuencia ni tienen inestabilidad en la vivienda (Masten et al., 2014; Obradović et al., 2009). En general, la imagen de la inestabilidad de la vivienda es una de resultados generalizados ya veces a largo plazo en la salud y el bienestar de los niños.

Asequibilidad de la vivienda

La vivienda se considera ampliamente "asequible" si se requiere menos del 30 por ciento de los ingresos antes de impuestos para poseer o alquilar (Schwartz and Wilson, nd ; The Pew Charitable Trusts, 2018). Según esta definición, aproximadamente 31,8 millones de hogares estadounidenses viven en viviendas que no son asequibles (Joint Center for Housing Studies of Harvard University, 2018). Esta población es generalmente de bajos ingresos. En 2015, el 84 por ciento de los inquilinos en el quintil más bajo de ingresos vivían en viviendas inasequibles; El 70 por ciento de este grupo gastó más del 50 por ciento de sus ingresos en costos de vivienda (Fenelon et al., 2018). En 2016, el 47 % de todos los inquilinos y más de las tres cuartas partes de las familias que ganaban entre \$15 000 y \$30 000 tenían viviendas inasequibles (Centro Conjunto de Estudios de Vivienda de la Universidad de Harvard, 2017).

De acuerdo con los datos disponibles más recientes, las minorías raciales/étnicas y las familias monoparentales experimentan de manera desproporcionada la carga de los altos costos de vivienda, con el 55 y el 54 por ciento de los inquilinos negros e hispanos en viviendas inasequibles, respectivamente, en comparación con el 43 por ciento de los inquilinos blancos. Además, el 63 % de los inquilinos monoparentales se encuentran en viviendas no asequibles, en comparación con el 39 % de los padres casados o en pareja, y encontrar viviendas asequibles en las grandes áreas metropolitanas es particularmente difícil (Joint Center for Housing Studies of Harvard University, 2017). En los Estados Unidos, solo hay 37 alquileres disponibles y asequibles por cada 100 hogares de bajos ingresos que requieren vivienda (Coalición Nacional de Vivienda de Bajos Ingresos, 2018).

Hay pruebas contradictorias de la asequibilidad de la vivienda en los resultados de salud y bienestar entre los niños. Una revisión crítica de 2010 de las características de la vivienda y el desarrollo infantil encontró que la asequibilidad no estaba bien estudiada y solo se asociaba marginalmente con la salud de los niños (Leventhal y Newman, 2010). Estos hallazgos sugieren que la asequibilidad, per se, no es la principal preocupación; más bien, la cantidad invertida en la salud y el enriquecimiento de un niño puede ser un predictor más sólido de las trayectorias de desarrollo (Newman y Holupka, 2016). Esto incluye el gasto en otros dominios que son importantes para el desarrollo óptimo del niño (Newman y Holupka, 2016), como cuidado infantil de calidad (Campbell et al., 2014), escuelas y vecindarios (Beyers et al., 2003 ; Knopf et al., 2016 ; Theall et al., 2017 ; Xue et al., 2005). La investigación sugiere que una carga de alto costo de la vivienda está asociada con un menor gasto en el enriquecimiento de los niños (Newman y Holupka, 2016) y un mayor estrés materno (Warren y Font, 2015), pero su impacto en la depresión o la ansiedad maternas no está claro (Harkness y Newman, 2005 ; Newman y Holupka, 2014). Es más probable que las familias que viven en viviendas inasequibles no paguen el alquiler (Warren, 2018) y, por lo tanto, se vean obligadas a mudarse (Crowley, 2003 ; Desmond y Shollenberger, 2015). Al mismo tiempo, la investigación también sugiere que al asignar una fracción más alta de los ingresos del hogar a la vivienda, las familias pueden obtener acceso a viviendas de mayor calidad (Kull y Coley, 2014), vecindarios (Acevedo-García et al.,

2016b) y/o escuelas, y estas ventajas contextuales de los altos costos de vivienda pueden superar cualquier aspecto negativo (Kul y Coley, 2014).

Si bien los altos costos de vivienda pueden ser problemáticos, los costos de vivienda muy bajos para familias de bajos ingresos también pueden presentar riesgos para el desarrollo infantil saludable porque pueden ser indicativos de condiciones de vivienda deficientes o de mala calidad (Newman y Holupka, 2014, 2016). En consecuencia, para las familias de bajos ingresos, la carga del costo de la vivienda alta o baja podría ser perjudicial (Newman, 2008). Aunque la investigación anterior sugiere un riesgo asociado con la carga de costos de vivienda altos y bajos (Newman y Holupka, 2014, 2016), enfocamos nuestra discusión en la carga de costos de vivienda altos porque este es el principal problema para las familias de bajos ingresos.

Las teorías económicas y de desarrollo utilizadas en la investigación infantil (Becker y Tomes, 1986; Garner y Shonkoff, 2012; Shonkoff et al., 2012) y la literatura científica sobre la influencia de la pobreza y el desarrollo infantil (Brooks-Gunn y Duncan, 1997; Duncan, 2012; Duncan et al., 1994) sugieren que comprender el papel de la asequibilidad de la vivienda para el desarrollo infantil requiere considerar (a) los contextos múltiples e interactivos en los que los niños se convierten en adultos (Bronfenbrenner, 1979; Bronfenbrenner y Evans, 2000; Bronfenbrenner y Morris, 2007), como el hogar, la escuela y el vecindario; (b) el momento del desarrollo y la duración de la vivienda inasequible durante la infancia (Ben-Schlomo y Kuh, 2002; Ben-Schlomo et al., 2014; Brooks-Gunn y Duncan, 1997; Coley et al., 2013; Harkness y Newman, 2005; Hicks et al., 2018; Slopen et al., 2010); y (c) beneficios educativos o de salud desiguales asociados con un determinado nivel de ingresos o educación de los padres entre grupos raciales/étnicos (Acevedo-García et al., 2005; Assari, 2018; Assari et al., 2018; Chen et al., 2006; Shervin, 2018; Williams et al., 2010). Por ejemplo, la investigación sugiere que los jóvenes están particularmente influenciados por las variables socioeconómicas durante la primera infancia (Duncan et al., 1998; Ziol-Guest et al., 2009). Otra investigación sugiere que los niños afroamericanos e hispanos pueden verse perjudicados de manera desproporcionada por viviendas inasequibles porque las inversiones en costos de vivienda pueden tener rendimientos menores para las familias de minorías (es decir, estas inversiones pueden tener rendimientos reducidos para la escuela y la calidad del vecindario para los niños de minorías, en comparación con los de los blancos). niños (Assari, 2018; Shervin, 2018; Williams et al., 2010).

Calidad de la vivienda y hacinamiento

Las familias que viven en la pobreza tienen menos probabilidades de poder pagar una vivienda de alta calidad, un factor claramente asociado con la salud infantil (Rauh et al., 2008; Sandel et al., 2004). Aunque las relaciones causales no siempre son claras porque la mayoría de las investigaciones son observacionales (Leventhal y Newman, 2010), muchos estudios han explorado la conexión entre la salud infantil y las condiciones en residencias antiguas y mal mantenidas, como la humedad, el mal estado, la mala ventilación y la pintura con plomo. Por ejemplo, un estudio de familias de bajos ingresos que esperaban vales de vivienda encontró que la vivienda de mala calidad estaba asociada con padres que calificaban la salud de sus hijos como "regular" o "mala" (Sharfstein et al., 2001). En general, la mala calidad de la vivienda se asocia consistentemente con "un peor funcionamiento emocional y conductual y habilidades cognitivas más bajas" (Coley et al., 2013). Además, otra característica común de las viviendas de interés social es el hacinamiento, que ha demostrado tener un impacto negativo en el bienestar de los niños (Solari y Mare, 2012). Las tres subsecciones a continuación se enfocan en la relación

entre la salud infantil y (1) la exposición a los alérgenos que causan asma, (2) la exposición al plomo y (3) el hacinamiento.

Alérgenos y Asma

Según la Encuesta Nacional de Entrevistas de Salud, más de 6 millones (8,4 por ciento) de los niños estadounidenses menores de 18 años tenían asma en 2017 (Black y Benson, 2018). Si bien el manejo del asma infantil mejoró entre 2001 y 2016, su prevalencia se mantuvo relativamente constante (Zahran et al., 2018). Esto justifica un mayor enfoque en las causas fundamentales y los desencadenantes, y especialmente en las condiciones de vivienda de los niños que se ven afectados de manera dispar.

Las malas condiciones de vivienda pueden conducir a un mayor riesgo de asma. Varios estudios han encontrado conexiones entre el asma y la exposición a alérgenos, como las cucarachas (Rauh et al., 2008 ; Wu y Takaro, 2007). Otra investigación ha encontrado una asociación causal entre la exposición a los ácaros del polvo y el asma (IOM, 2000). La humedad y el moho también están asociados con el asma y otras afecciones respiratorias (Rauh et al., 2008 ; Wu y Takaro, 2007). Un estudio encontró que la densidad de infracciones del código de vivienda se asoció con una mayor probabilidad de una nueva visita a un servicio de urgencias o una readmisión hospitalaria (Beck et al., 2014). Otro estudio encontró que los niños que vivían en viviendas públicas mejoradas tenían menos probabilidades de experimentar repetidas visitas al servicio de urgencias y urgencias por afecciones no relacionadas con una visita inicial (Kersten et al., 2014). Algunos investigadores han estimado que eliminar los desencadenantes específicos del asma en los niños mayores podría reducir la prevalencia del asma en más del 40 por ciento (Lanphear et al., 2001). Estudios anteriores de la OIM han explorado estas conexiones en detalle (IOM, 2000 , 2004).

Exposición al plomo

Si bien no se conoce una cantidad segura de exposición al plomo, en 2012, los CDC establecieron un nivel de referencia de 5 microgramos por decilitro para identificar a los niños que han estado expuestos (Wheeler and Brown, 2013). El porcentaje de niños que se estima que tienen niveles de plomo en la sangre (BLL, por sus siglas en inglés) superiores a esta cantidad ha disminuido significativamente en las últimas décadas, de un 8,6 % estimado para 1999–2002 a un 2,6 % para 2007–2010 (Wheeler y Brown, 2013). Estas reducciones se atribuyen a la eliminación gradual del plomo de la gasolina desde mediados de la década de 1970 hasta mediados de la década de 1980 (President's Task Force on Environmental Health Risks and Safety Risks to Children, 2018) y de la pintura en 1978 (Markowitz y Rosner, 2014). La pintura con plomo se prohibió en 1978, pero las casas más antiguas, principalmente en las partes del noreste y medio oeste del país, tienen una mayor prevalencia de pintura con plomo (Rauh et al., 2008). Cuando estos hogares tienen un mantenimiento deficiente, esta pintura se puede astillar o descascarar, y un niño puede ingerirla o respirar el polvo, lo que resulta en niveles elevados de BLL (Muller et al., 2018). Además, el plomo permanece en el suelo en áreas que estaban muy cerca de ciertos sitios de fabricación (Muller et al., 2018).

A pesar de algunas mejoras con el tiempo, las estimaciones actuales sugieren que más de 500 000 niños de 1 a 5 años tienen BLL por encima del nivel de referencia. Los niños negros jóvenes tienen más del doble de probabilidades (5,6 por ciento) que los niños blancos (2,4 por ciento) de tener un BLL superior a 5 microgramos (Wheeler and Brown, 2013). Los niños que viven en la

pobreza o que tienen cobertura de Medicaid tienen hasta ocho veces más probabilidades de tener BLL elevados (Wheeler and Brown, 2013).

Los niños pequeños son particularmente susceptibles a la absorción de plomo (Lidsky y Schneider, 2003). Las revisiones de múltiples estudios han asociado la exposición al plomo, incluso en cantidades bajas, con el coeficiente intelectual, los puntajes de las pruebas, la impulsividad y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (Leventhal y Newman, 2010 ; Muller et al., 2018 ; Rauh et al., 2008).). Algunos estudios han relacionado la exposición perinatal o infantil al plomo con el índice de masa corporal (IMC) de los adolescentes, la impulsividad, la ansiedad y la depresión (Kim y Williams, 2017 ; Winter y Sampson, 2017).

Superpoblación

El Censo de EE. UU. recopila información sobre el número de ocupantes por unidad y define el hacinamiento en más de un ocupante por habitación dentro de una sola unidad. Según esta métrica, el 4,3 por ciento de las casas en los Estados Unidos están superpobladas (US Census Bureau, 2015). Es más probable que las unidades estén superpobladas en regiones con precios de alquiler desproporcionadamente altos. Según el censo de EE. UU. de 2000, por ejemplo, Los Ángeles tenía más de cuatro veces el número de unidades hacinadas per cápita en comparación con los Estados Unidos en su conjunto (Solari y Mare, 2012).

Las investigaciones han demostrado que vivir en un hogar hacinado puede tener varios efectos perjudiciales en el desarrollo infantil, aunque el panorama general es decididamente mixto. Solari y Mare (2012) encontró que vivir en un hogar hacinado afecta negativamente el rendimiento académico de los niños, los comportamientos de externalización y la salud física, incluso cuando se controlan varias dimensiones del SES. Si bien esta investigación es transversal, lo que dificulta las interpretaciones causales, sugiere varios mecanismos por los cuales el hacinamiento podría afectar el desarrollo infantil. Una hipótesis es que vivir en un hogar lleno de gente reduce el tiempo dedicado a estudiar y leer para la escuela, lo que reduce la comprensión y los puntajes de las pruebas. Otra es que el hacinamiento puede interrumpir el sueño de un niño, lo que provoca cambios de humor y dificultad para concentrarse en lo académico. Una hipótesis final es que el hacinamiento aumenta las posibilidades de que los niños se enfermen, impidiéndoles asistir a la escuela o concentrarse mientras están allí. Todo esto, sumado a la falta de privacidad, podría afectar la sociabilidad de un niño y aumentar el estrés y los problemas de conducta. Cada una de estas hipótesis necesita ser estudiada con más detalle.

Otros estudios han mostrado resultados mixtos. Un estudio de 2010 encontró que el hacinamiento durante la infancia estaba relacionado con habilidades cognitivas y sociales negativas, mediadas principalmente por las madres que respondían menos a los niños en hogares hacinados (Evans et al., 2010). Por otro lado, en 2012, Martin y sus colegas encontraron que el hacinamiento a los 2 años no era un predictor significativo del vocabulario, la atención o el control del comportamiento esforzado a los 5 años cuando se tomaban en cuenta otras medidas del caos en el hogar (p. ej., ruido, inestabilidad familiar, falta de rutina y ver la televisión) (Martin et al., 2012). Este factor particular de la vivienda requiere más investigación, particularmente porque los niños que crecen en hogares hacinados tienen más probabilidades que sus compañeros de terminar en situaciones similares a las de los adultos (Leventhal y Newman, 2010), “contribuyendo así a la transmisión intergeneracional de la desigualdad social” (Solari y Mare, 2012 , p. 3).

EXPOSICIONES AMBIENTALES

Si bien se ha encontrado que la exposición ambiental a tóxicos y el acceso limitado a espacios verdes y áreas de vida saludable están asociados con resultados de salud deficientes en múltiples etapas a lo largo del curso de la vida, los períodos previos a la concepción, prenatales, neonatales y de la primera infancia representan varias fases clave del desarrollo cuando los humanos pueden ser particularmente vulnerables a exposiciones ambientales tóxicas. Para proteger mejor a mujeres, hombres y niños, es importante comprender cómo estas sustancias pueden afectar la salud y los métodos para limitar las exposiciones tóxicas en estas fases críticas del desarrollo.

Tóxicos ambientales

Hay miles de posibles tóxicos ambientales que pueden transmitirse a través del aire que respiramos, el agua que usamos y el suelo y los productos de consumo con los que entramos en contacto nosotros, nuestros alimentos y nuestra agua (Giudice et al., 2017). Muchas de estas sustancias se encuentran de forma natural en el medio ambiente (p. ej., arsénico, radón, etc.), y muchas más se liberan a través de procesos humanos (p. ej., metales pesados, productos químicos de la producción y degradación de plásticos y partículas), como a través de subproductos de fabricación, uso de combustibles fósiles, minería y eliminación de desechos (Di Renzo et al., 2015).

Varios de estos compuestos están asociados con malos resultados prenatales y previos a la concepción. En particular, se ha demostrado que el plomo, el metilmercurio, los bifenilos polibromados, los bifenilos policlorados y el pesticida clorpirifos provocan neurotoxicidad en el desarrollo, lo que ha llevado a los expertos en desarrollo fetal, obstetricia y ginecología y fertilidad a concluir que no existe una exposición "segura". Además, los disruptores endocrinos, como los pesticidas y herbicidas atrazina, glifosato y clorpirifos, están asociados con el cáncer y los trastornos del neurodesarrollo (Diamanti-Kandarakis et al., 2009 ; Gore et al., 2015). Los modelos animales se alinean con estos estudios humanos; disruptores endocrinos en estudios con animales indican que la exposición en el útero conduce a la obesidad (Manikkam et al., 2013), anatomía sexual y rendimiento sexual anormales (Vandenberg, 2004), y migración neuronal anormal (Nakamura et al., 2012), similar a la observada en niños con autismo. Además, las sustancias químicas de los productos personales, como los ftalatos, el bisfenol A (BPA) y el ácido fluoroacético, están relacionadas con los resultados reproductivos (Giudice et al., 2017). Sin embargo, cientos de estas sustancias químicas aún no se han probado, y los investigadores estiman que el aumento notablemente rápido de las enfermedades no transmisibles, en particular las relacionadas con la alteración endocrina, supera la ocurrencia natural esperada del cambio debido solo a la evolución. Los investigadores concluyen que estos productos químicos, solos o en combinación, son probablemente los impulsores de este cambio (Di Renzo et al., 2015).

Además, varias sustancias están asociadas con malos resultados en el desarrollo de la primera infancia y problemas de salud a largo plazo. Por ejemplo, el material particulado, el ozono y el monóxido de carbono se asocian con resultados de salud infantil deficientes (Giudice et al., 2017), incluido el deterioro de la función pulmonar y el neurodesarrollo, así como la exacerbación de problemas existentes, como el asma (Webb et al. , 2016). El plomo, el mercurio y el arsénico están asociados con trastornos cognitivos y enfermedades renales entre los niños (Weidemann et al., 2016)). Ciertos grupos en los Estados Unidos tienen más probabilidades que otros de entrar en contacto con estos tóxicos ambientales o de no poder acceder a áreas de vida saludable y espacios verdes. En particular, ciertos grupos raciales y étnicos y familias y niños que viven en la pobreza tienen una probabilidad desproporcionadamente mayor de experimentar exposiciones y ver resultados de salud deficientes relacionados con el contacto con sustancias tóxicas

ambientales (ACOG Committee Opinion, 2013; Oberg et al., 2016). Por ejemplo, un estudio longitudinal de Chicago documentó disparidades marcadas y persistentes en los niveles elevados de BLL de los niños afroamericanos en comparación con los niños blancos (Sampson y Winter, 2016). Mujeres afroamericanas expuestas a niveles más altos de PM_{2.5} tenían más probabilidades de informar una mayor gravedad de la depresión durante el embarazo y el parto (Sheffield et al., 2018). Además, los afroamericanos y otras personas de color experimentaron una mayor exposición a PM_{2.5} en comparación con los blancos, al igual que los que viven en la pobreza (Mikati et al., 2018).

Específicamente, la literatura de investigación ha documentado una fuerte evidencia de resultados adversos del embarazo, como un mayor riesgo de parto prematuro, relacionado con la exposición a ciertos metales, incluido el plomo, que pueden transmitirse al feto a través de los BLL maternos (Taylor et al., 2015). Este estudio también documentó un mayor riesgo de peso reducido al nacer, circunferencia de la cabeza más pequeña y longitud reducida de la coronilla al talón del bebé relacionado con la exposición al plomo de los BLL maternos. De manera similar, los niveles más altos de cadmio en la sangre materna se asocian con un menor peso al nacer, una circunferencia de la cabeza más pequeña y una longitud reducida de la coronilla al talón (Taylor et al., 2016), en particular para las niñas. Durante mucho tiempo se ha demostrado que el mercurio tiene efectos negativos en el feto en desarrollo. Un estudio demostró que niveles mayores o iguales a 10 partes por millón de mercurio pueden ser dañinos para el desarrollo fetal, causando patologías cerebrales que resultan en la enfermedad de Minamata, microencefalía, convulsiones, discapacidad intelectual y muerte fetal, como lo demuestra el envenenamiento con metilmercurio en Japón y Estados Unidos. Irak a partir de desechos industriales y el uso de un grano importado tratado con un fungicida que contiene metilmercurio (Cox et al., 1989; Kalter, 2003).

Una mayor exposición a ftalatos, sustancias químicas añadidas a los plásticos para aumentar la flexibilidad y realizar otros cambios físicos para su uso en productos de consumo, se asocia con un mayor riesgo de parto prematuro y parto prematuro espontáneo (Ferguson et al., 2014). En un estudio sueco de casos y controles, era más probable que se encontraran niveles más altos de ftalato de butilbencilo (BBzP), ftalato de bis(2-etilhexilo) (DEHP) y cloruro de polivinilo en niños con diagnóstico de rinitis y eccema; asma; y asma, rinitis y eccema, respectivamente (Bornehag et al., 2004). Un estudio búlgaro de casos y controles encontró evidencia de un mayor riesgo de asma entre los casos con altos niveles de DEHP (Kolarik et al., 2008). La presencia de concentraciones urinarias de metabolitos de ftalatos, particularmente ftalato de dietilo y BBzP, se asoció con aumentos de 6,6 y 8,7 por ciento, respectivamente, de óxido nítrico fraccional, un biomarcador de inflamación de las vías respiratorias. La asociación de BBzP con los niveles fraccionados de óxido nítrico fue particularmente fuerte en niños con sibilancias (Just et al., 2012).

Se ha encontrado que los fenoles, particularmente el BPA, están asociados con problemas endocrinos y de desarrollo neurológico. La exposición prenatal al BPA entre los niños se asocia significativamente con un riesgo de disminución de la distancia anogenital, un marcador de la producción de testosterona (Miao et al., 2011). Las probabilidades de parto prematuro entre los bebés de madres que tenían niveles plasmáticos de BPA más altos eran entre 4,12 y 4,78 veces mayores que las de aquellos sin niveles altos de BPA (Behnia et al., 2016). Cada aumento de 10 veces en el nivel de BPA en la orina materna se asocia con un mayor riesgo de conducta ansiosa y deprimida y un peor control emocional entre las niñas de 3 años (Braun et al., 2017). Existe evidencia de que la exposición a empastes compuestos que filtran BPA puede tener efectos

perjudiciales en el neurodesarrollo temprano, incluido un mayor riesgo de internalización, problemas y conductas delictivas en los niños, junto con un mayor riesgo de ansiedad, depresión, estrés social y problemas con las relaciones interpersonales. relaciones (Bellinger et al., 2008). El mayor riesgo de asma está asociado con la exposición prenatal al BPA, según la fase del desarrollo fetal en la que tuvo lugar la exposición (Spanier et al., 2012). La exposición prenatal entre los bebés varones se asocia con un mayor riesgo de IMC alto, mayor circunferencia de la cintura, mayor masa grasa y sobrepeso/obesidad (Gascon et al., 2015 ; Midoro-Horiuti et al., 2010 ;Spanier et al., 2012). Los niveles más altos de BPA en la sangre materna se asocian con niveles más bajos de la hormona estimulante de la tiroides en los bebés varones, lo que sugiere una función tiroidea más deficiente (Chevrier et al., 2013 ; Harley et al., 2013). Los niveles sanguíneos maternos más altos de 2,4-DCP (diclorofenoles), 2,5-DCP y triclosán (fenoles distintos del BPA) están asociados con un peso más bajo entre los bebés varones. Un mayor nivel de bisfenol-S en la sangre materna se asocia con un menor peso entre las niñas (Ferguson et al., 2018). En el mismo estudio, Ferguson et al. (2018) también demostraron que los niveles más altos de parabenos y benxofenona-3 en la sangre materna están asociados con un peso más bajo entre los bebés varones.

Entre los niños pequeños, la exposición posnatal al BPA se asocia con un mayor riesgo de asma, según la fase del desarrollo infantil en la que tuvo lugar la exposición (Donohue et al., 2013). En estudios de niños afroamericanos, dominicanoamericanos y chinos, los niveles altos de BPA se asociaron con un mayor riesgo de obesidad (Donohue et al., 2013 ; Wang et al., 2012). El aumento de los niveles de BPA en la orina entre los niños también se asocia con un mayor riesgo de albuminuria, que es un indicador de futuros problemas de salud, incluida la diabetes tipo 2 y las enfermedades cardiovasculares (Trasande et al., 2013).

Evidencia limitada y en desarrollo

Varios estudios han establecido una relación entre la mala salud o los resultados de nacimiento y vivir en lugares muy próximos a posibles problemas de contaminación. La calidad del aire durante el período gestacional se ha asociado con un mayor riesgo de bajo peso al nacer, parto prematuro y muerte infantil (Padula et al., 2012). Se ha demostrado que la exposición a metales como el cadmio y el arsénico aumenta la incidencia de bajo peso al nacer y parto prematuro (Ahmad et al., 2001 ; Hopenhayn et al., 2003), al igual que otras medidas de mala calidad del agua (ChangeLab Solutions, 2017). Las residencias maternas cerca de las centrales eléctricas se han asociado con un alto riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacer (Ha et al., 2015 ; Tsai et al., 2004), mientras que las mujeres que vivían en barrios con alta exposición a pozos de gas natural tenían 1,4 veces más probabilidades de tener resultados de parto prematuro (Casey et al., 2016). Vivir en áreas con alta densidad de tráfico, o cerca de carreteras de alto tráfico, también se ha asociado con un mayor riesgo de partos prematuros en una serie de estudios (Currie and Walker, 2011 ; Fleisch et al., 2017 ; Harris et al., 2016). ; Miranda et al., 2013 ; Woodward et al., 2015), al igual que vivir cerca de vertederos (Elliott et al., 2001) o estar expuesto a pesticidas (Wolff et al., 2007).

ATENCIÓN Y EDUCACIÓN TEMPRANA

ECE⁶ tiene efectos significativos en la preparación académica y el desarrollo cognitivo y socioemocional de los niños. ECE también afecta la salud y el bienestar físico, emocional y mental de los niños, y el acceso a ECE de alta calidad crea muchos caminos a través de los cuales se puede lograr una mayor equidad en salud (Hahn et al., 2016) . La siguiente sección describe

las disparidades en el acceso a ECE, incluidos programas específicos como Head Start/Early Head Start y programas preescolares financiados por el estado. Consulte el Capítulo 7 para obtener una discusión más detallada del vínculo entre las intervenciones de ECE y los resultados relacionados con la salud, el desarrollo y el bienestar de los niños, así como recomendaciones para promover la equidad en salud a través de ECE. Vea la Figura 3-8 para ver cómo se relaciona esta sección con el modelo conceptual del informe.

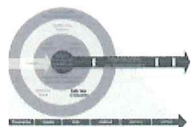


FIGURA 3-8

Aprovechar las oportunidades tempranas para lograr la equidad en salud a lo largo de la vida: un marco conceptual.

NOTAS: El elemento de enfoque en esta sección se refleja en el segundo anillo exterior del modelo: condiciones de vida saludables (es decir, seguridad económica, (más...))

Acceso a cuidado y educación temprana

Actualmente, alrededor del 60 por ciento de todos los niños de 5 años o menos que no están en el jardín de infantes están inscritos en al menos un arreglo de cuidado no parental. *El arreglo principal* más común de cuidado infantil temprano para todos los niños fue el cuidado en un centro (29 por ciento), seguido por el cuidado familiar en el hogar (19 por ciento), el cuidado no familiar en el hogar (10 por ciento) y arreglos múltiples (2 por ciento).) (de Brey et al., 2019). Estos porcentajes variaron según la raza y el origen étnico; consulte la Figura 3-9 para los porcentajes de niños blancos, negros, hispanos, asiáticos y de dos o más razas por tipo de cuidado infantil temprano. En los Estados Unidos, los niños menores de 2 años pasan varias horas más en cuidados informales en comparación con los niños de otros países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (25 horas por semana en comparación con 3,5 horas por semana) (Mathur, 2016) .

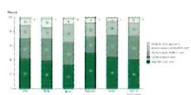


FIGURA 3-9

Distribución porcentual de niños menores de 6 años que no están matriculados en jardín de infantes, por raza/origen étnico del niño y tipo de arreglo de atención primaria, 2016. ¹

Interpretar los datos con precaución. El coeficiente de variación (CV) para esta estimación está entre (más...)

La inscripción en ECE (incluido el cuidado en el hogar por parte de un pariente o no pariente y arreglos basados en el centro/escuela) está asociada con lo siguiente:

- Edad: los niños en edad preescolar de 3 a 5 años tienen más probabilidades de participar que los niños más pequeños.
- Raza: los niños blancos y negros tienen más probabilidades de participar en uno de estos arreglos (62 y 68 por ciento de todos los niños pequeños, respectivamente) que los niños hispanos y asiáticos (51 y 57 por ciento, respectivamente). Sin embargo, es más probable que los niños blancos y asiáticos sean colocados en programas basados en centros/escuelas (61 y 63 por ciento, respectivamente) que los niños negros e hispanos (57 y 52 por ciento, respectivamente).

- Idioma del hogar: Los niños de hogares donde los padres o tutores no hablan inglés tienen menos probabilidades de participar en ECE.
- Educación de los padres: Cuanto menor sea el nivel de educación de los padres, menor será la probabilidad de que sus hijos participen en ECE.
- Ingresos: Cuanto menor sea el nivel de ingresos de los padres, menor será la probabilidad de que sus hijos participen en ECE (ver Figura 3-10). El 54 % de los niños pobres no participa en ningún arreglo de cuidado no parental, en comparación con el 31 % de los niños no pobres (de Brey et al., 2019). Mientras que alrededor de las tres cuartas partes de los niños de 4 años del quintil de ingresos más altos asisten al preescolar, solo la mitad de los del quintil de ingresos más bajos lo hacen (Cascio y Schanzenbach, 2016). Sin embargo, la relación no es completamente lineal. Los niños de hogares con ingresos de \$50,001 a \$75,000 tienen menos probabilidades de participar en programas basados en centros/escuelas que los de los grupos de ingresos más pobres (\$20,000 o menos) o más altos (\$100,001 o más). Dicho esto, los niños pobres tienen muchas menos probabilidades que sus pares no pobres de ser inscritos en el cuidado basado en un centro o cuidado no familiar en el hogar como su atención *primaria*. forma de ECE, definida como el arreglo donde el niño pasa la mayor parte de su tiempo por semana (Corcoran et al., 2019).

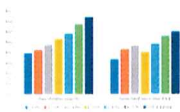


FIGURA 3-10

Patrones de uso de ECE por categoría de ingresos, todos los niños de 0 a 5 años (no en jardín de infantes). NOTA: ECE = cuidado y educación temprana; FPL = nivel federal de pobreza. FUENTE: NASEM, 2018.

Es importante señalar que el acceso a ECE no garantiza el acceso a una atención de calidad, especialmente para los niños de hogares pobres y los niños negros e hispanos, que tienen más probabilidades de recibir una atención de menor calidad que los niños blancos y asiáticos (Barnett et al. , 2013 ; Valentino, 2018). La calidad del acceso tampoco está disponible para los niños AI/AN.

El gobierno federal subsidia el costo del cuidado infantil y brinda programas de educación temprana para algunas familias de bajos ingresos a través de Child Care & Development Block Grant (CCDBG) y Head Start, 7 lo que puede explicar el mayor acceso a ECE entre las ^{familias} de bajos ingresos en comparación a los que ganan un poco más. CCDBG proporciona subsidios para el cuidado de niños a familias de bajos ingresos cuyos padres están trabajando, asistiendo a la escuela o en un programa de capacitación laboral. Los niños de hasta 13 años de edad pueden ser atendidos en centros o entornos de cuidado infantil familiar. (Dos tercios de los niños atendidos son menores de seis años [Office of Child Care, nd].) Estos fondos también se utilizan para mejorar la calidad de la atención, coordinar recursos, realizar investigaciones y evaluaciones, y brindar asistencia técnica a los beneficiarios. Ha habido estudios limitados que vinculan los subsidios para el cuidado infantil y la salud y el bienestar infantil, con resultados mixtos. En sus análisis econométricos basados en el Estudio longitudinal de la primera infancia, Herbst y Tekin (2010) encontraron que el uso de subsidios estaba asociado con malos resultados (es decir, lectura, matemáticas, externalización de problemas, enfoques de aprendizaje y habilidades interpersonales) para los niños en comparación con sus compañeros. en el año anterior a la entrada al jardín de infantes. Esto también fue encontrado por Hawkinson et al. (2013) para resultados matemáticos utilizando el mismo conjunto de datos. Los autores plantean la hipótesis

de que estos hallazgos negativos que vinculan el uso de subsidios y los malos resultados de los niños pueden deberse a la calidad de la atención que probablemente reciban los niños con subsidios y a la falta de disponibilidad de cuidado infantil de alta calidad que satisfaga las necesidades de las familias de bajos recursos. Por el contrario, Krafft et al. (2017), usando un enfoque de efectos fijos que buscaba ajustar el sesgo de selección, encontró que los niños que recibieron un subsidio de cuidado infantil experimentaron un cuidado de mayor calidad según lo informado por los padres, pero no hubo diferencias en la estabilidad de los arreglos o en tener múltiples arreglos. Las diferencias en estos hallazgos pueden deberse a los datos utilizados, la metodología, los procedimientos analíticos y cómo se definió y midió la calidad. Sin embargo, estos estudios subrayan la importancia de garantizar que los niños de familias de bajos ingresos puedan acceder a programas de alta calidad que satisfagan sus necesidades cognitivas, emocionales, sociales y de salud únicas.

Head Start es un programa preescolar financiado por el gobierno federal para niños de 3 y 4 años de edad de familias de bajos ingresos, creado como parte de la Guerra contra la Pobreza del presidente Lyndon Johnson. Además de centrarse en el aprendizaje y el desarrollo de los niños, también proporciona una variedad de servicios que abordan las necesidades holísticas de los niños y las familias, como salud, nutrición y educación para padres. Early Head Start se creó en 1995 para centrarse en las mujeres embarazadas y los niños pequeños desde el nacimiento hasta los 3 años (Office of Head Start, 2018a). Las familias reciben servicios en hogares, centros o, a veces, en ambos entornos (Office of Head Start, 2018b).

A partir de 2012, solo alrededor del 15 por ciento de las familias elegibles recibieron subsidios CCDBG (Walker and Matthews, 2017), y Head Start atiende a menos de la mitad de todos los niños elegibles de 3 y 4 años debido a la financiación insuficiente (Barnett and Friedman-Krauss , 2016). Early Head Start llega a alrededor del 5 por ciento de todos los niños elegibles (Schmit y Walker, 2016). Los niños de 2 a 4 años y los que viven en la pobreza extrema reciben las tasas más altas de subsidios CCDBG (Chien, 2017). Consulte la Figura 3-11 para ver el porcentaje de niños elegibles para subsidios federales que reciben dichos subsidios, por edad e ingreso familiar en 2013.

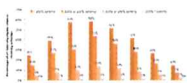


FIGURA 3-11

Porcentaje de niños elegibles a nivel federal que reciben subsidios por edad e ingresos. NOTAS: Las cifras de pobreza se basan en los umbrales de pobreza de 2013 publicados por la Oficina del Censo de EE. UU. Para familias con un adulto y dos niños, el 150 por ciento de pobreza es \$28,154 (más...)

En términos de raza y etnia, los niños latinos, asiáticos e AI/AN tienden a estar subrepresentados entre los beneficiarios elegibles de CCDBG y los niños de Head Start. En el año fiscal 2016, el 15 por ciento de los niños afroamericanos elegibles tuvo acceso a CCDBG, pero solo el 3 por ciento de los niños asiáticos elegibles, el 6 por ciento de los niños hispanos elegibles y el 7 por ciento de los niños AI/AN elegibles recibieron servicios (Ullrich et al., 2019). En cuanto a Head Start, los niños asiáticos y latinos están algo subrepresentados en el 36 y el 38 por ciento de los niños elegibles atendidos, respectivamente, mientras que el 54 por ciento de los niños afroamericanos elegibles están inscritos en el programa (Schmit y Walker, 2016). Es importante señalar que estos patrones difieren notablemente entre los estados.

Los programas de prekínder están financiados y regulados por el estado. Actualmente, 43 estados y Washington, DC, brindan programas de prekínder a niños de 4 años, y muchos también extienden el programa a niños de 3 años. Las políticas que rigen estos programas son muy variables entre los estados. Generalmente, a diferencia de los programas de cuidado infantil, el prekínder estatal no tiene requisitos de trabajo o educación para los padres. Los programas también tienden a centrarse más en el aprendizaje temprano y la preparación escolar y menos en otras necesidades de los niños y las familias, aunque hay excepciones.

Los datos de acceso para los programas estatales de prekínder están menos disponibles, ya que los niveles de elegibilidad y la recopilación de datos varían según el estado. A nivel nacional, el 5 por ciento de los niños de 3 años y el 33 por ciento de los niños de 4 años son atendidos en un programa de prekínder financiado por el estado. Más de la mitad de todos los programas se dirigen a niños de bajos ingresos, con criterios de elegibilidad que van del 100 al 300 por ciento de la línea de pobreza federal. Aproximadamente la mitad de los programas también tienen en cuenta otros factores de riesgo o antecedentes familiares, incluidas las discapacidades, el abuso y la negligencia, la falta de vivienda, los antecedentes lingüísticos, el servicio militar, el bajo peso al nacer, el abuso de sustancias y el estado de los padres adolescentes (Friedman-Krauss et al., 2018). La inscripción varía mucho según el estado. Para niños de 4 años, 12 estados inscribieron menos del 10 por ciento, 10 estados inscribieron más del 50 por ciento y 5 estados inscribieron más del 70 por ciento. Solo Washington, DC y Vermont inscribieron a más del 50 por ciento de los niños de 3 años. Siete estados continuaron careciendo de programas preescolares financiados por el estado. Washington, DC, inscribió los porcentajes más altos de niños de 3 y 4 años (66 y 88 por ciento, respectivamente) (Friedman-Krauss et al., 2018).

Head Start y los programas estatales de prekínder tienden a tener estándares de calidad más altos en términos de calificaciones y apoyos de los maestros, estándares de aprendizaje para los niños, plan de estudios, tamaño del grupo y proporciones de adultos y niños que los programas de cuidado infantil fuera de esos sistemas. En la medida en que los programas de mayor calidad tengan más probabilidades de promover la salud y el bienestar de los niños, es importante que estos programas sirvan a aquellos con experiencias de desventaja concentrada, ACE y estrés crónico. Como se mencionó anteriormente, si bien Head Start se enfoca en los niños pobres, actualmente atiende solo a la mitad de todos los niños elegibles, y el acceso de los diferentes grupos raciales es desigual.

Acceso a Servicios de Educación Especial

Alrededor del 2.9 por ciento de los niños desde el nacimiento hasta los 2 años reciben servicios bajo la Parte C (el Programa para bebés y niños pequeños con discapacidades) de la Ley de Educación para Personas con Discapacidades (IDEA), y la mayoría recibió servicios en el hogar en 2014 (Davis, 2016). Los bebés y niños pequeños nativos de Hawái u otras islas del Pacífico y blancos tenían índices de riesgo de 1.4 y 1.2, respectivamente, lo que indica que los de cada uno de estos grupos raciales/étnicos tenían una probabilidad levemente mayor que los de todos los demás grupos raciales/étnicos combinados de ser atendidos bajo Parte C. En 2014, el 6.1 por ciento de los niños de 3 a 5 años recibieron servicios de la Parte B (Asistencia para la educación de todos los niños con discapacidades) de IDEA. En 2014, niños AI/AN, nativos de Hawái u otras islas del Pacífico y niños blancos de 3 a 5 años tenían índices de riesgo superiores a 1 (1.4, 1.5 y 1.2, respectivamente), lo que indica que era más probable que recibieran servicios bajo la Parte B que niños de 3 a 5 años en todos los demás grupos raciales/étnicos combinados. En 2014,

el 8.7 por ciento de las personas de 6 a 21 años recibieron servicios de la Parte B, con la mayoría en discapacidades específicas de aprendizaje. IA/AN,

Desafortunadamente, el acceso a los servicios de intervención temprana y educación especial es variable debido a la gran discrepancia en los criterios de elegibilidad (Twardzik et al., 2017). Usando datos de la Encuesta Nacional de Salud Infantil de 2007, Bethell y sus colegas (2011) encontraron que el 19.5 por ciento de los niños recibieron una evaluación del desarrollo completada por los padres. Esto varió según los estados y la demografía. La detección fue más alta para los niños jóvenes, negros y con seguro público y más baja para los niños que no tenían seguro y tenían brechas en la cobertura del seguro. También encontraron una brecha significativa entre la evaluación del desarrollo recomendada por la Academia Estadounidense de Pediatría y lo que se informa a nivel nacional.

Educacion publica

El logro educativo se correlaciona con los resultados de salud (NASEM, 2017a). Los estudios indican que las personas con más educación tienen más probabilidades de tener estabilidad económica y mejores resultados de salud (Heckman et al., 2018). Sin embargo, existen disparidades entre los grupos raciales y de ingresos en términos de insumos y resultados educativos. Por ejemplo, datos recientes indican un aumento de la segregación escolar, con una tendencia creciente de más escuelas con alto índice de pobreza y alto porcentaje de minorías, del 10 % de las escuelas en 2000 al 17 % en 2013 (Chang, 2018)). Otra investigación que examinó datos longitudinales estableció una asociación entre la eliminación de la segregación de las escuelas ordenada por un tribunal (de 1954 a 1990) y los resultados posteriores de adultos para los afroamericanos (p. ej., nivel educativo, ingresos de adultos, probabilidad de encarcelamiento) hasta 2013 (Johnson, 2011)). Sin embargo, algunos sostienen que no es la segregación lo que está aumentando, sino el número de estudiantes que no pertenecen a minorías en las escuelas públicas. Independientemente, la investigación también indica que los distritos escolares que atienden a las poblaciones más grandes de estudiantes de minorías (por ejemplo, negros, latinos o AI/AN) reciben aproximadamente \$1,800, o 13 por ciento, menos por estudiante en financiamiento estatal y local que aquellos que atienden a la menor cantidad de estudiantes de color. Estados Unidos gasta aproximadamente un 7 %, o \$1000, menos por alumno en los estudiantes de los distritos de mayor pobreza que en los educados en los distritos más ricos (Morgan and Amerikaner, 2018). Otra estimación sugiere una brecha de financiamiento de \$23 mil millones entre los distritos escolares que atienden predominantemente a estudiantes no blancos y aquellos con estudiantes en su mayoría blancos, a pesar de atender a la misma cantidad de niños (EdBuild, 2019)).

Las desigualdades de financiación entre escuelas ricas y pobres o de mayoría-blanca y mayoría-minoría son probablemente un factor que contribuye a las brechas de rendimiento. Numerosos estudios han demostrado una relación entre la composición socioeconómica y racial/étnica de la escuela y los resultados de rendimiento de los estudiantes (Kainz y Pan, 2014 ; Ready y Silander, 2011).). Específicamente, se ha demostrado que las escuelas con una gran proporción de estudiantes pobres, afroamericanos e hispanos tienen tasas más bajas de crecimiento del aprendizaje en comparación con las escuelas que atienden a una mayor proporción de estudiantes blancos y de altos ingresos. Existen patrones contradictorios de evidencia con respecto a los efectos únicos y superpuestos de las concentraciones raciales/étnicas y de pobreza en el rendimiento académico de los niños. Sin embargo, análisis recientes de datos de pruebas del sistema público nacional K-12 han indicado que las concentraciones de pobreza son la

explicación proximal de las asociaciones negativas observadas entre la concentración racial y el rendimiento estudiantil (Reardon, 2016). Es decir, la segregación racial tiene un efecto negativo en el desempeño educativo precisamente porque la segregación racial es un indicador de la exposición de los estudiantes a la pobreza, concentración y aislamiento y acceso limitado a los apoyos necesarios.

Por ejemplo, los datos del Centro Nacional de Estadísticas Educativas del Departamento de Educación de EE. UU. muestran que las tasas de graduación recopiladas entre 2010 y 2011 y entre 2015 y 2016 aumentaron del 79 al 84 por ciento (Centro Nacional de Estadísticas Educativas, sin fecha). Es decir, más de cuatro de cada cinco estudiantes que cursaban por primera vez el noveno grado en 2012-2013 habían completado la escuela secundaria en 2015-2016 (dentro de 4 años). Hay algunas diferencias raciales, con estudiantes asiáticos/isleños del Pacífico y blancos que se gradúan a tasas más altas, 91 y 88 por ciento, respectivamente, en comparación con los estudiantes hispanos (79 por ciento), negros (76 por ciento) y AI/AN (72 por ciento).

De manera similar, la tasa de abandono escolar ha disminuido del 15 % en 1970 al 6 % en 2016. La tasa de abandono escolar de los jóvenes en 1972 fue del 12 % para los blancos, del 21 % para los negros y del 34 % para los hispanos. En 2016, la tasa de abandono escolar de los jóvenes negros fue del 6 % (cerca del promedio nacional) y del 9 % para los hispanos, en comparación con el 5 % de los blancos y el 3 % de los asiáticos (Child Trends DataBank, 2018). Es importante tener en cuenta que estas estimaciones no incluyen a los que fueron institucionalizados, lo cual es particularmente pronunciado para los jóvenes varones negros e hispanos. Existe un vínculo entre la no graduación y los encarcelamientos (Kearney et al., 2014; Skiba et al., 2014).

Hay muchos factores que conducen al logro educativo o la falta de educación (es decir, la deserción). Sin embargo, un predictor de graduación o abandono de la escuela secundaria es el dominio de la lectura al final del 3er grado. En un estudio de casi 4.000 estudiantes nacidos entre 1979 y 1989, Hernández (2012) descubrió que aquellos que no leían de manera competente en 3.er grado tenían cuatro veces más probabilidades de abandonar la escuela sin un diploma que los lectores competentes, y las tasas aumentaban para quienes no podía dominar las habilidades básicas de lectura. Según la Evaluación Nacional del Progreso Educativo, en 2017, mientras que el 47 % de los estudiantes blancos y el 59 % de los estudiantes asiáticos de 4.º grado eran competentes en lectura, solo el 20 % de los estudiantes afroamericanos e AI/AN y el 23 % de los estudiantes hispanos alcanzaron ese nivel. (Boletín de calificaciones de la nación, 2017). (Existe una brecha similar entre los estudiantes de bajos ingresos y los que no son pobres). Además, la relación entre el dominio de la lectura y la deserción fue particularmente pronunciada para los estudiantes de hogares pobres. Hernández descubrió que el 31 por ciento de los estudiantes afroamericanos y el 33 por ciento de los estudiantes hispanos de hogares pobres que no dominaban la lectura de tercer grado no se graduaron, en comparación con el 22 por ciento de los niños blancos de hogares pobres. Las brechas raciales y educativas desaparecen cuando los estudiantes dominan la lectura de tercer grado y no viven en la pobreza. Sin embargo, la confusión entre pobreza y raza y etnicidad a menudo dificulta aislar los efectos únicos de cada característica.

REVISANDO ELEMENTOS TRANSVERSALES

Racismo y Discriminación

El informe de 2017 *Comunidades en Acción: Caminos hacia la Equidad en Salud* describe el racismo como “un concepto general que abarca mecanismos específicos que operan en los niveles intrapersonal, interpersonal, institucional y sistémico de un marco socioecológico” (NASEM, 2017a , pp. 104–105) (consulte la Figura 3-12 para ver ejemplos de cómo el racismo se manifiesta en estos niveles). El informe hace la distinción de que el racismo “no es un atributo de los grupos minoritarios; más bien es un aspecto del contexto social y está vinculado con relaciones de poder diferenciales entre grupos raciales y étnicos” (NASEM, 2017a , p. 105; ver también Guess, 2006). Cámara de Jones (2000) marco teórico para el racismo utiliza una alegoría de un jardín para ilustrar las relaciones entre estos múltiples niveles y proporcionar un marco para guiar las intervenciones que abordarían estos mecanismos de racismo. También es importante señalar que la discriminación puede afectar a una variedad de grupos minoritarios raciales y étnicos. Por ejemplo, a los estadounidenses de origen asiático a menudo se les atribuye el estereotipo de "minoría modelo"; sin embargo, pueden experimentar discriminación y sus efectos, así como condiciones sociales o económicas que afecten la salud (Chou y Feagin, 2015).



FIGURA 3-12

Marco socioecológico con ejemplos de constructos de racismo por nivel. NOTAS: Los mecanismos por los que operan los determinantes sociales de la salud difieren según el nivel. Para el nivel intrapersonal, estos mecanismos son conocimientos individuales, actitudes/creencias, (más...)

El racismo denunciado ¹¹ se ha documentado como un factor determinante de los resultados de salud deficientes a lo largo de la vida, en particular para la salud mental (p. ej., depresión, ansiedad, estrés psicológico), con evidencia más débil para la salud física (Paradies et al., 2015) . Bailey et al. (2017) Resaltar el racismo estructural como un impulsor importante pero poco estudiado de las desigualdades, definiendo el racismo estructural como "la totalidad de las formas en que las sociedades fomentan la discriminación racial, a través de sistemas inequitativos que se refuerzan mutuamente (por ejemplo, en vivienda, educación, empleo, ingresos, beneficios, crédito, medios de comunicación) . , salud, justicia penal, etc.) que a su vez refuerzan creencias, valores y distribución de recursos discriminatorios, reflejados en la historia, la cultura y las instituciones interconectadas” (p. 1454). Para obtener más información sobre el racismo y la discriminación como causas fundamentales de las desigualdades, consulte el Capítulo 3 de *Comunidades en acción: caminos hacia la equidad en salud* (NASEM, 2017a).

La exposición infantil al racismo se documenta principalmente como experiencias de discriminación. Por ejemplo, la Encuesta Nacional de Salud Infantil incluye un elemento que pregunta a los padres si alguna vez su hijo ha sido tratado o juzgado injustamente debido a su raza o grupo étnico. Los datos de 2016-2017 indican que la prevalencia general de exposición a la discriminación es baja, del 3,7 % en todo el país. Sin embargo, cuando estos datos se examinan por subgrupos, existen disparidades. Por ejemplo, los niños negros y otros niños no hispanos tenían más probabilidades de ser tratados o juzgados injustamente debido a su raza o etnia. (Consulte la Tabla 3-3 para obtener un desglose por raza y etnia).

Race or Ethnicity	Percent of Children Who Have Ever Been Treated or Judged Unfairly Because of Race or Ethnicity
Black, non-Hispanic	10.4
Hispanic	4.2
White, non-Hispanic	7.4
White, non-Hispanic	1.8

TABLA 3-3

Experiencias infantiles de discriminación por raza y etnia.

Hay una corriente de literatura existente que establece conexiones entre el racismo y el desarrollo temprano y los resultados de bienestar. Específicamente, se ha demostrado que los resultados prenatales y de nacimiento negativos están asociados con la discriminación o el trato injusto. Una revisión integradora de 15 estudios que evaluaron los resultados adversos del parto y la discriminación encontró relaciones significativas entre la discriminación racial y el bajo peso al nacer, el parto prematuro y el tamaño pequeño para la edad gestacional (Alhusen et al., 2016).). Los estudios en esta revisión que examinaron las variables mediadoras que están próximamente relacionadas con los resultados del nacimiento (p. ej., atención prenatal, oportunidades de empleo, características del vecindario o marcadores inflamatorios) también encontraron una asociación significativa entre estas variables específicas y la discriminación racial. Otra revisión encontró resultados similares al investigar la relación entre la discriminación racial y las disparidades entre negros y blancos en los resultados del nacimiento, lo que muestra una relación positiva constante entre la discriminación y el parto prematuro y el BPN o muy BPN (Giurgescu et al., 2011). Los hallazgos de la revisión también sugieren que las experiencias de discriminación en la infancia y en la vida de los padres podrían tener una asociación más fuerte con el peso al nacer que las experiencias de discriminación reportadas durante el embarazo.

Para los resultados de la infancia, la evidencia disponible sugiere que la discriminación afecta a los niños a través de dos vías: (1) transmisión directa al niño y (2) discriminación que afecta directamente a los padres (a veces llamado “racismo indirecto”). Una revisión sistemática que examinó principalmente estudios transversales sintetizó los hallazgos del estudio relacionados con la discriminación racial y los resultados de salud y bienestar infantil (Priest et al., 2013). Las asociaciones fueron más destacadas entre los resultados de salud mental (p. ej., depresión y ansiedad). Los autores informaron asociaciones estadísticamente significativas entre la discriminación y el 76 por ciento de los resultados de salud mental estudiados. Los hallazgos también mostraron una relación constante entre la discriminación y la reducción de los resultados positivos de salud mental, como la autoestima, la autoestima y la adaptación y el ajuste psicológicos. Los autores informaron resultados más débiles para los resultados de salud física de los niños, pero también señalaron que esto probablemente refleja el período de tiempo prolongado que se necesita para que se manifiesten los resultados de salud física. Con respecto a los efectos indirectos del racismo, hay algunas pruebas que sugieren que existe un vínculo entre la exposición indirecta al racismo y la salud socioemocional (p. ej., comportamiento de externalización) y mental (p. ej., Heard-Garris et al., 2018). Acevedo-García et al. (2013) identifican tres direcciones para la investigación sobre la discriminación interpersonal e institucional y la salud infantil:

1. Incorporar una perspectiva del curso de la vida en los estudios sobre discriminación y salud infantil,
2. Vincular la segregación residencial con la geografía de la oportunidad¹² marcos conceptuales y medir, y
3. Considerar la segregación residencial junto con la segregación en otros contextos que influyen en la salud de los niños.

Niños indios americanos/nativos de Alaska y niños de origen inmigrante: una mirada más cercana

Esta sección describe dos poblaciones de niños y familias para quienes los elementos transversales de este capítulo son particularmente destacados: los niños AI/AN y los niños de

origen inmigrante. Si bien hay muchos subgrupos que tienen necesidades únicas y contextos históricos relacionados con la equidad en salud, estos son dos que el comité ha identificado como importantes para resaltar aquí debido a la falta de atención que se les brinda a estos grupos, a menudo debido a problemas de recolección de datos o muestreo (ASPE, 2007 ; NASEM, 2017a ; Congreso Nacional de Indios Americanos, nd). Para estos subgrupos, el racismo y la discriminación operan en múltiples niveles, incluidas las experiencias interpersonales cotidianas de discriminación y las políticas que obstruyen el acceso a bienes y servicios que promueven la salud o provocan un trauma histórico que puede afectar a múltiples generaciones. Sus experiencias en los dominios discutidos en este capítulo (p. ej., cohesión familiar, acceso a la atención médica, condiciones del vecindario) se amplifican cuando se examinan con la lente adicional de las desigualdades estructurales.

Indios americanos y nativos de Alaska

Los resultados de salud en las poblaciones de AI/AN Las poblaciones de AI/AN experimentan marcadas disparidades en una serie de indicadores de salud. Los investigadores plantean la hipótesis de que una combinación de factores puede estar relacionada con estas disparidades, incluido el SDOH (es decir, la pobreza, el desempleo y la educación) (Elder et al., 2016), el efecto de las altas tasas de obesidad e inactividad, el consumo de alcohol y tabaco, y la falta de acceso a la atención médica (Bhaskar y O'Hara, 2017 ; Cobb et al., 2014 ; Rutman et al., 2016), en particular una atención culturalmente congruente (Lewis y Myhra, 2018 ; Rentner et al., 2012). Esto se debe en gran parte a la historia única de la población en relación con las políticas estadounidenses, el trauma histórico y las consecuencias para la salud y el bienestar de generaciones (para obtener más información sobre el contexto histórico y legal de los AI/AN, consulte el Apéndice A en NASEM, 2017a). Además, las disparidades e inequidades en salud varían según la región, y algunas tribus experimentan altos niveles e intensidad de consumo de alcohol (Fortin et al., 2016), malos resultados en los nacimientos (Coughlin et al., 2013 ; Hwang et al., 2013 ; Kim et al., 2014), y peor salud reproductiva (Rutman et al., 2012). Las comunidades AI/AN también experimentan niveles más altos de clasificación racial errónea, lo que reduce la confiabilidad de los datos de salud existentes para estas poblaciones (Jim et al., 2014). Además, ciertos SDOH, como la violencia contra las mujeres AI/AN, no se rastrean de manera consistente en todas las jurisdicciones, lo que dificulta la justificación de los cambios sistémicos. Por ejemplo, en algunos condados de los Estados Unidos, las mujeres AI/AN tienen 10 veces más probabilidades de ser asesinadas en comparación con el promedio nacional, tienen 3 veces más probabilidades de ser violadas en su vida en comparación con cualquier otro grupo racial o étnico, y es más probable que el autor de la violación contra las mujeres AI/AN sea blanco en comparación con otros grupos raciales y étnicos. Se necesita más investigación para explicar completamente los posibles impactos en la salud de las mujeres AI/AN que viven con el nivel desproporcionado de violencia específico de su raza y género en estos contextos (Bachman et al., 2008).

Resultados de nacimiento y posparto Si bien la investigación sobre las poblaciones de AI/AN sigue siendo limitada, se han documentado disparidades importantes, particularmente en lo que respecta a los resultados de nacimiento. La tasa de mortalidad de los bebés AI/AN de 0 a 1 año de edad es 1,61 veces mayor que la de los niños blancos, siendo el síndrome de muerte súbita del lactante, las lesiones no intencionales y la influenza/neumonía las tres principales causas de muerte (Wong et al., 2014). Al mismo tiempo, las mujeres AI/AN experimentan algunas de las tasas más altas de diabetes e hipertensión en la nación, así como también preeclampsia-eclampsia (Zamora-Kapoor et al., 2016), que están relacionadas con resultados de parto deficientes (

Anderson et al., 2016 ; Dorfman et al., 2015). En una comparación entre mujeres AI/AN, negras e hispanas, se encontraron tasas significativamente más bajas de mortalidad fetal y del primer día entre mujeres negras e hispanas para 2005–2008 en comparación con las tasas de 1995–1998. Sin embargo, entre AI/AN, las tasas no disminuyeron significativamente para las mujeres AI/AN.

Los estudios han encontrado que las tasas de nacimientos prematuros entre las mujeres AI/AN (13.0 por ciento) son significativamente más altas en comparación con la tasa de todas las mujeres en los Estados Unidos (11.4 por ciento). El estrés antes y durante el embarazo constituye uno de los mayores contribuyentes al parto prematuro. Las investigaciones han demostrado que las mujeres AI/AN experimentan la mayor cantidad de factores estresantes importantes en los 12 meses antes de quedar embarazadas y en los 12 meses antes de dar a luz. Las tasas de violencia interpersonal, incluidas las tasas de abuso físico infantil, violación y victimización múltiple, son más altas entre las mujeres AI/AN. El acceso a la atención prenatal es limitado para las mujeres AI/AN, con el doble de la tasa de mujeres AI/AN que acceden tarde a la atención prenatal o no reciben atención prenatal en comparación con otras mujeres (Raglan et al., 2016).). En un estudio de casi 300 mujeres AI/AN, alrededor del 30 por ciento informó síntomas depresivos 13 a 24 meses después del parto. Casi el 70 por ciento de la muestra informó eventos financieros, el 60 por ciento informó eventos emocionales, el 46 por ciento informó eventos relacionados con la pareja, el 38 por ciento informó eventos traumáticos y el 19 por ciento informó IPV. Haber tenido al menos un evento de vida estresante traumático o relacionado con la pareja o al menos un evento de vida estresante traumático se relacionó significativamente con los síntomas de depresión (Ness et al., 2017).

Experiencias infantiles adversas En datos de la Encuesta Nacional de Salud Infantil 2011-2012, los niños AI/AN tenían más probabilidades de informar ocho de nueve ACE, incluida la privación de ingresos, presenciar o experimentar victimización violenta, discriminación racial/étnica, abuso de sustancias en el hogar, violencia doméstica, violencia parental, encarcelamiento, divorcio y muerte de uno de los padres. Los niños AI/AN también tenían más probabilidades de informar más de una ACE en comparación con los niños blancos no hispanos. Después de ajustar por factores sociodemográficos, la diferencia entre los niños AI/AN y los blancos ya no fue significativa, lo que sugiere que el mayor riesgo para los niños AI/AN se explica por factores familiares y del vecindario. Para los niños AI/AN que informaron con una o más ACE, los padres informaron una prevalencia cada vez mayor de problemas de comportamiento, que incluyen discusiones, falta de control emocional, Kenney y Singh, 2016).

Desafíos del sistema de salud Los estudios de los problemas de los sistemas de salud dentro de las comunidades AI/AN siguen siendo limitados. El Indian Health Service brinda acceso nacional a las estadísticas de atención, pero faltan informes actualizados y pocos se enfocan específicamente en las necesidades de la primera infancia. En un estudio de 59 agencias de servicios médicos de emergencia o servicios de ambulancia, se informaron 46 761 respuestas de emergencia anuales, con 9 981 transportes anuales entre centros. Las respuestas de emergencia pediátrica representaron el 15 por ciento (n = 7190) del total de respuestas de emergencia, con un promedio anual de 180 respuestas pediátricas por agencia. Nueve agencias (15 por ciento) informaron que su agencia no tenía un director médico. Las agencias con un director médico tenían más probabilidades de informar la disponibilidad de dirección médica pediátrica que las agencias sin una. Alrededor del 80 por ciento de las agencias informaron que sus proveedores de servicios médicos de emergencia (EMS) necesitaban educación pediátrica continua para la certificación y recertificación. Alrededor de una cuarta parte de las agencias informaron que todos sus proveedores de EMS recibieron capacitación de educación continua pediátrica,

mientras que seis agencias informaron que ningún proveedor había recibido capacitación pediátrica. Aproximadamente la mitad de las agencias informaron tener un plan de víctimas masivas, y de éstas, 15 habían participado en un simulacro de víctimas masivas enfocado en pediatría dentro de los 2 años posteriores a la encuesta. Alrededor del 30 por ciento de todas las agencias habían respondido a un incidente con víctimas en masa que involucró a una gran cantidad de pacientes pediátricos que desbordaron su servicio. De estos, aproximadamente la mitad de las agencias informaron que no tenían suficiente equipo pediátrico disponible cuando respondieron al incidente en ese momento (Genovesi et al., 2014).

Resiliencia Pocos estudios examinan los factores que contribuyen a la resiliencia entre las personas AI/AN; sin embargo, una revisión encontró que, en ocho estudios de investigación relevantes que examinaron la resiliencia entre los AI/AN, la resiliencia era un proceso continuo y dinámico que responde a un entorno cambiante, es evidente dentro del curso de la vida y se puede acceder a través de la cultura. Los valores, creencias y prácticas culturales se identificaron como recursos esenciales para la resiliencia de los AI/AN a lo largo del curso de la vida y entre generaciones. Tres estudios encontraron que se podía acceder mejor a la cultura a través del uso de narrativas, experiencias vividas e historias tradicionales (Ore et al., 2016).

Hijos de inmigrantes

Los niños de origen inmigrante son uno de los segmentos de población en crecimiento más grandes entre la población estadounidense de 0 a 10 años. Casi el 90 por ciento de los niños de familias inmigrantes son ciudadanos estadounidenses, y alrededor de una cuarta parte de ellos tienen un padre inmigrante no autorizado (Koball et al., 2015). Por lo tanto, muchos niños que viven en familias inmigrantes, independientemente de su propio estatus de ciudadanía, se ven muy afectados no solo por el contexto del hogar, sino también por el contexto político más amplio para las familias inmigrantes (Filindra et al., 2011; Koball et al., 2015; Yoshikawa, 2011). Además, la investigación sugiere que Estados Unidos necesitará depender cada vez más de los inmigrantes y sus hijos para mantener su fuerza laboral (Singer, 2012). Con ese fin, apoyar a los niños de origen inmigrante y sus familias es esencial para garantizar no solo trayectorias de desarrollo saludables individuales, sino también el futuro del país. Gran parte de la siguiente discusión se aplica a los inmigrantes documentados, a menos que se especifique lo contrario.

Muchos niños de origen inmigrante enfrentan factores estresantes únicos que influyen en su desarrollo. Por ejemplo, muchos padres que son inmigrantes de primera generación han huido de la pobreza extrema, la persecución política, la violencia sexual y otras fuentes de opresión, que son experiencias traumáticas con consecuencias a largo plazo (Petrosky et al., 2017). Además, muchos han sufrido discriminación en la vivienda y el empleo, así como expresiones manifiestas de racismo en su vida cotidiana. Estas experiencias traumáticas pueden tener implicaciones para su crianza.

La segregación residencial, entre otros factores, es uno de los factores que contribuyen a que los inmigrantes tiendan a terminar viviendo en una pobreza concentrada, lo que puede conducir a niveles de estrés poco saludables durante el embarazo y en los primeros años de vida del bebé (NASEM, 2015b). Vivir en la pobreza además de un estado indocumentado puede resultar en apoyos inadecuados para el cuidado: falta de guardería, preescolar y escuela primaria/secundaria de alta calidad; y la falta de acceso a vivienda adecuada y atención médica (Yoshikawa y Kalil, 2011). Cada vez hay más evidencia que documenta el daño a los niños de padres con estatus no autorizado en términos de dificultades económicas y socioemocionales. Por ejemplo, los niños que temen la deportación de uno de sus padres pueden mostrar malestar psicológico al

experimentar problemas para comer o dormir, aumento de dolores de cabeza y de estómago, ira o desapego, depresión y ansiedad (Artiga y Ubri, 2017; Rojas-Flores et al., 2017)).

Las políticas actuales hacia los inmigrantes en los Estados Unidos se han convertido en otra fuente de respuesta de estrés tóxico para estas familias y sus hijos. En particular, los aumentos dramáticos recientes en la deportación de inmigrantes estadounidenses y la detención de padres en las fronteras que buscan asilo han resultado en la separación de miles de niños de sus padres (Oficina del Inspector General del HHS, 2019) . Las investigaciones realizadas desde la década de 1950 muestran que la evidencia científica es clara: separar a los niños de las familias tiene consecuencias perjudiciales para la salud a largo plazo para los niños (Acker et al., 2019). Estas experiencias traumáticas pueden tener efectos en cascada en múltiples áreas, incluso después de la reunificación. Además, las políticas de inmigración recientes han tenido un efecto documentado en la disposición de los padres a inscribir a sus hijos de origen inmigrante en programas públicos, incluidos aquellos en entornos de ECE (Cervantes et al., 2018) . Esto podría tener serias implicaciones porque aumenta las barreras ambientales para estas familias; se abstienen de utilizar programas que puedan mejorar o prevenir problemas educativos y de salud (Koball et al., 2015 ; Yoshikawa, 2011). Estas barreras podrían verse exacerbadas a medida que los crecientes esfuerzos para limitar el acceso a los servicios gubernamentales, como la educación y la atención médica, surtan efecto a nivel federal o estatal.

Sin embargo, la investigación realizada tanto en los Estados Unidos como a nivel internacional muestra que si las condiciones adecuadas son alcanzables y están presentes, los niños de origen inmigrante no solo pueden prosperar, sino también sobresalir (García Coll et al., 2012; Motti-Stefanidi y García Coll , 2018) . Muchos países tienen políticas que apoyan a los niños de origen inmigrante a nivel estatal y nacional (Bachega, 2018 ; Line and Poon, 2013 ; OECD, 2018 ; Shinkman, 2018)). Los estudios nacionales e internacionales muestran que las políticas que brindan apoyo a las familias inmigrantes facilitan el aumento de los resultados positivos, como las tasas de graduación de la escuela secundaria. Un estudio nacional de EE. UU. mostró que las políticas estatales de apoyo a la familia, como permitir que las familias inmigrantes obtengan licencias de conducir y beneficios de atención médica, entre otros, conducen a tasas más altas de graduación de la escuela secundaria (Filindra et al., 2011) . Un estudio internacional mostró que las políticas públicas de apoyo a los inmigrantes a nivel nacional también contribuyen a resultados de salud más óptimos en los hijos de inmigrantes (Marks et al., 2018) .

A nivel comunitario y de vecindario, la investigación muestra que los programas escolares que apoyan a los niños que aprenden en dos idiomas facilitan trayectorias de desarrollo positivas para los niños de origen inmigrante (NASEM, 2017b) . Además, las intervenciones con un enfoque preventivo de dos generaciones también brindan modelos y estrategias prometedores para apoyar aún más el desarrollo saludable de los niños de origen inmigrante (Valdez et al., 2013 ; Williamson et al., 2014) .

ACUMULACIÓN DE RIESGO

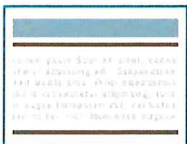
Este capítulo ha brindado una descripción general de cómo la cohesión familiar y las conexiones sociales (consulte el Capítulo 4), la atención médica (consulte el Capítulo 5), las condiciones de vida temprana (es decir, la seguridad económica, la seguridad alimentaria y nutricional, la vivienda y las exposiciones ambientales) (consulte el Capítulo 6), ECE (ver Capítulo 7) y el racismo convergen a través de una acumulación de factores de riesgo que influyen en todo el curso de la vida de un niño. Amplia evidencia muestra que la exposición a múltiples factores de riesgo social o la exposición continua a un solo factor de riesgo es más dañina para los niños que

la exposición única a un solo riesgo, en una amplia gama de resultados (Evans et al., 2013; Sameroff, 1998). Lo más habitual es que los investigadores calculen puntuaciones compuestas para representar la acumulación de factores de riesgo sumando indicadores dicotómicos para cada factor de riesgo, aunque existen otros métodos más complejos (Evans et al., 2013). Entre los estudios, hay variación en lo que se incluye dentro de las puntuaciones de riesgo acumulativas; en algunos estudios, los investigadores se enfocan en información sobre el contexto familiar y residencial, mientras que otros estudios pueden incluir información sobre el contexto del vecindario residencial y/o experiencias escolares.

Los puntajes de riesgo acumulativo ofrecen una medida fácil de interpretar y son fuertes predictores de la salud infantil (Evans et al., 2013). Notablemente, sin embargo, los estudios que utilizan puntajes de riesgo acumulativos generalmente no consideran el momento secuencial o la intensidad de los factores de riesgo y están limitados por la suposición de que cada tipo de riesgo tiene la misma ponderación y es aditivo (es decir, no consideran los efectos sinérgicos o interactivos entre el riesgo y/o el riesgo). o factores protectores) (Dohrenwend, 2006 ; Evans et al., 2013). Estudios longitudinales de cohortes de nacimiento con evaluaciones frecuentes, como el Estudio multidisciplinario de salud y desarrollo de Dunedin (Poulton et al., 2015) o el Estudio longitudinal de padres e hijos de Avon (Boyd et al., 2012 ;Fraser et al., 2012), brindan la oportunidad de investigar la cronicidad de múltiples factores de riesgo a lo largo del tiempo (Danese et al., 2009 ; Dunn et al., 2018). La siguiente sección de este capítulo explora el Estudio de Experiencias Adversas en la Infancia (ACE, por sus siglas en inglés) como un ejemplo de un enfoque compuesto para investigar la relación entre el riesgo acumulativo a través de las experiencias en la niñez y los resultados en la edad adulta (Fettitti et al., 1998) .

Experiencias infantiles adversas

Como se explicó en el Capítulo 2 , los ambientes prenatales y de la vida temprana tienen un papel importante en la configuración de la salud del curso de la vida, e incluso en la salud de la próxima generación, a través de una interacción compleja de factores contextuales y biológicos, incluidas las características genéticas individuales, las interacciones entre genes y el medio ambiente. apoyos familiares o factores estresantes, factores ambientales y experiencias de desarrollo. Este capítulo analiza más de cerca los contextos sociales y ambientales en los que se desarrollan los procesos biológicos antes mencionados y qué estructuras promueven la acumulación de riesgo o resiliencia. Quizás el estudio más conocido sobre el riesgo acumulado es el Estudio ACE realizado por los CDC y Kaiser Permanente y publicado por Felitti et al. en 1998 (ver Cuadro 3-9).



RECUADRO 3-9

Estudio de Experiencias Adversas en la Infancia.

Desde la publicación del Estudio ACE, la investigación posterior ha demostrado que los impactos en la salud de las ACE son evidentes desde la infancia, e incluso en los períodos prenatal y previo a la concepción. Las ACE de los padres se asocian con un mayor riesgo de preconcepción negativa y resultados prenatales, incluida la irregularidad menstrual, probabilidades reducidas de concepción, complicaciones de salud crónicas, preeclampsia, riesgo psicológico (depresión prenatal y posparto), riesgo social (edad del primer embarazo, nivel educativo, ingresos , resiliencia relacional, estrés percibido, IPV, abuso de drogas de la pareja,

comportamiento maternal hostil en la infancia), riesgo conductual (uso de alcohol, uso de drogas, tabaquismo) y resultados negativos del embarazo (aborto espontáneo, parto prematuro, bajo peso al nacer, edad gestacional más corta) ([Angerud et al., 2018](#); [Brunton, 2013](#) ; [Christiaens et al., 2015](#) ; [Leeners et al., 2014](#) ; [Li et al., 2018](#) ; [Liu et al., 2018](#) ; [Olsen, 2018](#) ; [Racine et al., 2018](#) ; [Smith et al., 2016](#)).

Los resultados relacionados con la exposición prenatal y en la primera infancia a las ACE en niños incluyen desarrollo neurológico alterado, función neurocognitiva, procesamiento cerebral, conectividad cerebral funcional y estructural que involucra la amígdala y la corteza (pre)frontal, el eje hipotálamo-pituitario-suprarrenal y el sistema nervioso autónomo ([Brunton , 2013](#) ; [McGowan y Matthews, 2018](#) ; [Provençal y Binder, 2015](#) ; [van den Bergh et al., 2018](#)). Los bebés y los niños expuestos a las ACE demuestran un mayor riesgo de trastornos del sueño, retraso en el crecimiento, retrasos en el crecimiento y el desarrollo, infecciones virales y bacterianas, enfermedades atópicas (que incluyen asma, alergias y eczema), sobrepeso y obesidad, y dificultades de aprendizaje y de comportamiento ([Björkenstam et al., 2015](#) ; [Burke et al., 2011](#) ; [Giordano et al., 2014](#) ; [Kerker et al., 2015](#) ; [Matheson et al., 2016](#) ; [Oh et al., 2017](#) ; [Rodas et al., 2012](#) ; [Ryan et al., 2016](#) ; [Shen et al., 2016](#) ; [Thompson et al., 2017](#)). Los estudios también han demostrado que las ACE están asociadas con un aumento de los comportamientos de riesgo en los adolescentes, incluida la iniciación sexual temprana, el embarazo adolescente, la paternidad adolescente, el uso de sustancias y la victimización ([Hughes et al., 2017](#); [Shin et al., 2009](#) ; [Thompson et al . al., 2017](#)).

La evidencia apunta a varios mecanismos por los cuales las ACE y otros factores estresantes de la vida temprana afectan la salud previa a la concepción, prenatal y posnatal:

1. Desregulación neuroendocrina-inmune, regulación metabólica y expresión génica (como se analiza en el [Capítulo 2](#));
2. Mayor riesgo de problemas de salud que pueden afectar los resultados del embarazo, como obesidad, diabetes y enfermedades autoinmunes;
3. Mayor riesgo de trastornos de salud mental de los padres;
4. Mayores comportamientos de riesgo, como fumar, y uso de sustancias y exposiciones de riesgo, como la victimización;
5. Cambios en la regulación epigenética que pueden transmitirse a través de líneas germinales maternas o paternas; y
6. Dificultad con la regulación emocional.

A partir de 2009, muchos estados comenzaron a recopilar sistemáticamente datos representativos basados en la población sobre las ACE, comenzando con los adultos a través del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo del Comportamiento (BRFSS). En 2011–2012, se introdujo un inventario ACE modificado en la Encuesta nacional de salud infantil. Estas actividades de vigilancia brindan a los científicos y a los encargados de formular políticas información sobre la prevalencia de las ACE y datos para estudiar las asociaciones con los resultados de salud. Según los informes de datos de los CDC publicados más recientemente del BRFSS, en 23 estados, el 62 % de los adultos estadounidenses han experimentado al menos una de las ocho ACE, y el 15 % ha experimentado cuatro o más ([Merrick et al., 2018](#)). En 2012, el Instituto para Familias Seguras formó el Grupo de trabajo de ACE para evaluar la prevalencia de ACE en Filadelfia con

el fin de ampliar el concepto de ACE para reflejar las experiencias de los niños de color en las comunidades urbanas (Public Health Management Corporation, 2013) .¹³

Si bien el término se refiere específicamente a las 10 categorías identificadas en el Estudio ACE, se reconoce que otras formas de adversidad en la vida temprana, como las dificultades económicas, la inseguridad alimentaria y de vivienda, los entornos tóxicos inseguros y la discriminación, también son fundamentales para dar forma a la salud y la salud. resultados del desarrollo. La exposición acumulativa a experiencias negativas aumenta el riesgo de resultados negativos, pero lo contrario también es cierto: las experiencias de apoyo, crianza y amortiguación también se suman de una manera que protege la salud y los resultados del desarrollo neurológico. Por lo tanto, los factores ambientales familiares, sociales, vecinales y estructurales juegan un papel importante en la configuración de la salud del curso de la vida y la salud de las generaciones futuras.

CONCLUSIÓN

Este capítulo proporciona una descripción general de los factores de riesgo y protección relevantes para cada nivel del modelo conceptual del comité (consulte la Figura 1-9). Estos factores están interrelacionados y son complejos, pero también demuestran áreas críticas donde hay oportunidades de cambio y la ciencia puede aplicarse para informar intervenciones para niños y familias. En los capítulos que siguen, el comité toma la vasta base científica descrita en los Capítulos 2 y 3 y la aplica a las acciones necesarias para promover los resultados de salud infantil y familiar y la equidad en salud en los dominios discutidos en este capítulo (consulte la Tabla 3-1 en el comienzo de este capítulo).

REFERENCIAS

- Accortt EE, Cheadle AC, Dunkel Schetter C. Depresión prenatal y resultados adversos del parto: una revisión sistemática actualizada. *Revista de salud maternoinfantil*. 2015; 19 (6): 1306–1337. [Artículo gratuito de PMC: PMC4447551] [PubMed: 25452215]
- Acevedo-García D, Soobader MJ, Berkman LF. El efecto diferencial del estatus de nacido en el extranjero sobre el bajo peso al nacer por raza/origen étnico y educación. *Pediatría*. 2005; 115 (1):e20–e30. [PubMed: 15629963]
- Acevedo-García D, Rosenfeld LE, Hardy E, McArdle N, Osypuk TL. Direcciones futuras en la investigación sobre la discriminación institucional e interpersonal y la salud infantil. *Revista estadounidense de salud pública*. 2013; 103 (10): 1754-1763. [Artículo gratuito de PMC: PMC3780723] [PubMed: 23409880]
- Acevedo-García D, Hardy EF, McArdle N, Crisan UI, Romano B, Norris D, Baek M, Reece J. *The Child Opportunity Index: Midiendo y mapeando las oportunidades para los niños en el vecindario*. Waltham, MA y Columbus, OH: diversitydatakids. org y el Instituto Kirwan para el Estudio de la Raza y la Etnicidad; 2016a.
- Acevedo-García D, McArdle N, Hardy E, Dillman KN, Reece J, Crisan UI, Norris D, Osypuk TL. Oportunidad de vecindario y asequibilidad de ubicación para familias de inquilinos de bajos ingresos. *Debate de Política de Vivienda*. 2016b; 26 (4-5):607–645. [Artículo gratuito de PMC: PMC5708579] [PubMed: 29200803]
- Acker J, Braveman P, Arkin E, Leviton L, Parsons J, Hobor G. *El encarcelamiento masivo amenaza la equidad en salud en Estados Unidos*. Princeton, Nueva Jersey: Fundación Robert Wood Johnson; 2019.

- ACOG (Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos) Opinión del Comité No. 2013.
Exposición a agentes ambientales tóxicos. Fertilidad y Esterilidad. 575; 122 (4):931–935.
- Ahern J, Pickett KE, Selvin S, Abrams B. Nacimiento prematuro entre mujeres afroamericanas y blancas: un análisis multinivel de las características socioeconómicas y el tabaquismo. *Revista de Epidemiología y Salud Comunitaria*. 2003; 57 (8):606–611. [[Artículo gratuito de PMC: PMC1732558](#)] [[PubMed: 12883067](#)]
- Ahmad SA, Sayed MH, Barua S, Khan MH, Faruquee MH, Jalil A, Hadi SA, Talukder HK. Arsénico en el agua potable y los resultados del embarazo. *Perspectivas de Salud Ambiental*. 2001; 109 (6):629–631. [[Artículo gratuito de PMC: PMC1240346](#)] [[PubMed: 11445518](#)]
- Aizer A. Violencia en el vecindario y juventud urbana: NBER documento de trabajo no. 13773. 2008. [18 de abril de 2019]. <https://www.nber.org/papers/w13773> .
- Akinbami LJ, Moorman JE, Garbe PL, Sondik EJ. Estado del asma infantil en los Estados Unidos, 1980–2007. *Pediatría*. 2009; 123 :S131–S145. [[PubMed: 19221156](#)]
- Akinbami LJ, Moorman JE, Simon AE, Schoendorf KC. Tendencias en las disparidades raciales para los resultados del asma entre niños de 0 a 17 años, 2001–2010. *Revista de Alergia e Inmunología Clínica*. 2014; 134 (3):547–553. [[Artículo gratuito de PMC: PMC4757843](#)] [[PubMed: 25091437](#)]
- Alexander D, Currie J. ¿Quién eres o dónde vives? Segregación residencial y brechas raciales en el asma infantil. *Revista de Economía de la Salud*. 2017; 55 :186–200. [[Artículo gratuito de PMC: PMC6112984](#)] [[PubMed: 28802746](#)]
- Alhusen JL, Bower KM, Epstein E, Sharps P. Discriminación racial y resultados adversos del nacimiento: una revisión integradora. *Revista de partería y salud de la mujer*. 2016; 61 (6):707–720. [[Artículo gratuito de PMC: PMC5206968](#)] [[PubMed: 27737504](#)]
- Asociación Americana del Embarazo. Nutrientes y vitaminas para el embarazo. 2017. [22 de abril de 2019]. <https://americanpregnancy.org/pregnancy-health/nutrients-vitamins-pregnancy> .
- Anderson K, Spicer P, Percy M. Obesidad, diabetes y resultados del nacimiento entre los indios americanos y los nativos de Alaska. *Revista de salud materno-infantil*. 2016; 20 (12):2548–2556. [[Artículo gratuito de PMC: PMC5124395](#)] [[PubMed: 27461020](#)]
- Andolfatto D. ¿Por qué las tasas de desempleo varían según la raza y el origen étnico? 2017. [18 de abril de 2019]. <https://www.stlouisfed.org/on-the-economy/2017/february/why-unemployment-rates-vary-races-ethnicity> .
- Ångerud K, Annerbäck EM, Tydén T, Boddeti S, Kristiansson P. Experiencias infantiles adversas y sintomatología depresiva entre mujeres embarazadas. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. 2018; 97 (6):701–708. [[PubMed: 29431859](#)]
- Anstey EH, Chen J, Elam-Evans LD, Perrine CG. Diferencias raciales y geográficas en la lactancia: Estados Unidos, 2011–2015. *Informe Semanal de Morbilidad Mortalidad*. 2017; 66 :723–727. [[Artículo gratuito de PMC: PMC5687589](#)] [[PubMed: 28704352](#)]
- Arenz S, Ruckerl R, Koletzko B, von Kries R. Lactancia materna y obesidad infantil: una revisión sistemática. *Revista Internacional de Obesidad y Trastornos Metabólicos Relacionados*. 2004; 28 (10):1247–1256. [[PubMed: 15314625](#)]
- Artiga S, Ubri P. *Viviendo en una familia inmigrante en América: cómo el miedo y el estrés tóxico están afectando la vida diaria, el bienestar y la salud*. Menlo Park, CA: Fundación de la Familia Kaiser; 2017.
- Asante-Muhammad D, Collins C, Hoxie J, Nieves E. *El camino hacia la riqueza cero: cómo la división racial de la riqueza está vaciando la clase media estadounidense*. Washington, DC: Prosperity Now e Instituto de Estudios Políticos; 2017.

- ASPE (Subsecretario de Planificación y Evaluación). Lagunas y estrategias para mejorar los datos de los indios americanos/nativos de Alaska/nativos americanos. Washington, DC: Oficina del Subsecretario de Planificación y Evaluación; 2007.
- Assari S. Retorno económico disminuido del estatus socioeconómico para familias negras. *Ciencias Sociales*. 2018; 7 (5):74. [[Artículo gratuito de PMC: PMC7440031](#)] [[PubMed: 32832108](#)]
- Assari S, Thomas A, Caldwell CH, Mincy RB. Los negros disminuyeron el retorno de la salud de la estructura familiar y el estatus socioeconómico; 15 años de seguimiento de una muestra urbana nacional de jóvenes. *Revista de Salud Urbana*. 2018; 95 :21–35. [[Artículo gratuito de PMC: PMC5862702](#)] [[PubMed: 29230628](#)]
- Asociación de Programas de Salud Materno Infantil. Oportunidades para optimizar el acceso a la atención prenatal a través de la transformación de la salud. Washington, DC: Asociación de Programas de Salud Materna e Infantil; 2016.
- ASTHO (Asociación de Funcionarios Estatales y Territoriales de Salud). Mejorar la equidad en salud en las oportunidades y los resultados de la lactancia materna. Breve emisión. Arlington, VA: Asociación de Funcionarios de Salud Estatales y Territoriales; 2017.
- Auchincloss AH, Mujahid MS, Shen M, Michos ED, Whitt-Glover MC, Diez Roux AV. Recursos de promoción de la salud en el vecindario y riesgo de obesidad (Estudio multiétnico de aterosclerosis). *Obesidad*. 2013; 21 (3):621–628. [[Artículo gratuito de PMC: PMC3511654](#)] [[PubMed: 23592671](#)]
- Aviram A, Hod M, Yogev Y. Obesidad materna: implicaciones para el resultado del embarazo y riesgos a largo plazo: un vínculo con la nutrición materna. *Revista Internacional de Ginecología y Obstetricia*. 2011; 115 :S6–S10. [[PubMed: 22099446](#)]
- Bachega H. Noticias de la BBC. 2018. [23 de abril de 2019]. Separación de familias migrantes: Lo que hacen otros países. <https://www.bbc.com/news/world-us-canada-44374756>.
- Bachman R, Zaykowski H, Kallmyer R, Poteyeva M, Lanier C. La violencia contra las mujeres indígenas americanas y nativas de Alaska y la respuesta de la justicia penal: lo que se sabe. Washington, DC: Departamento de Justicia de EE. UU., Oficina de Programas de Justicia, Instituto Nacional de Justicia; 2008.
- Bailey ZD, Krieger N, Agenor M, Graves J, Linos N, Bassett MT. Racismo estructural e inequidades en salud en los EE. UU.: Evidencia e intervenciones. *La Lanceta*. 2017; 389 (10077): 1453–1463. [[PubMed: 28402827](#)]
- Barnett S, Carolan M, Johns D. Equidad y excelencia: el acceso de los niños afroamericanos a un preescolar de calidad. New Brunswick, NJ: Centro para mejorar los resultados del aprendizaje temprano; 2013.
- Barnett WS, Friedman-Krauss AH. Estado(s) de Head Start. New Brunswick, NJ: Instituto Nacional de Investigación en Educación Temprana; 2016.
- Beck AF, Huang B, Chundur R, Kahn RS. Densidad de violaciones del código de vivienda asociadas con el uso del departamento de emergencias y hospitales por parte de niños con asma. *Asuntos de Salud*. 2014; 33 (11): 1993–2002. [[Artículo gratuito de PMC: PMC4458371](#)] [[PubMed: 25367995](#)]
- Becker GS, Tomes N. El capital humano y el auge y caída de las familias. *Revista de Economía Laboral*. 1986; 4 :S1–S39. [[PubMed: 12146356](#)]
- Beckhaus AA, Garcia-Marcos L, Forno E, Pacheco-Gonzalez RM, Celedón JC, Castro-Rodriguez JA. Nutrición materna durante el embarazo y riesgo de asma, sibilancias y enfermedades atópicas durante la infancia: una revisión sistemática y un metanálisis. *Alergia*. 2015; 70 (12): 1588–1604. [[PubMed: 26296633](#)]

- Behnia F, Peltier M, Getahun D, Watson C, Saade G, Menon R. La concentración alta de bisfenol A (BPA) en el compartimento materno, pero no fetal, aumenta el riesgo de parto prematuro espontáneo. *Revista de Medicina Materno Fetal y Neonatal*. 2016; 29 (22):3583–3589. [PubMed: 26911979]
- Bellinger DC, Trachtenberg F, Zhang A, Tavares M, Daniel D, McKinlay S. Amalgama dental y estado psicosocial: el ensayo de amalgama infantil de Nueva Inglaterra. *Revista de Investigación Dental*. 2008; 87 (5):470–474. [Artículo gratuito de PMC: PMC2741096] [PubMed: 18434579]
- Ben-Schlomo Y, Kuh D. Un enfoque del curso de vida de la epidemiología de las enfermedades crónicas: modelos conceptuales, desafíos empíricos y perspectivas interdisciplinarias. *Revista Internacional de Epidemiología*. 2002; 31 (2):285–293. [PubMed: 11980781]
- Ben-Schlomo Y, Mishra G, Kuh D. Epidemiología del curso de vida, 1521-1549. En: Ahrens W, Pigeot I, editores. *Manual de epidemiología*, Nueva York: Springer; 2014.
- Berger LM, Font SA, Slack KS, Waldfogel J. Ingresos y maltrato infantil en familias no casadas: Evidencia del Crédito Tributario por Ingreso del Trabajo. *Revista de Economía del Hogar*. 2017; 15 (4): 1345–1372. [Artículo gratuito de PMC: PMC5811204] [PubMed: 29456463]
- Bethell C, Reuland C, Schor E, Abrahms M, Halfon N. Rates of parent-centered developmental screening: Disparities and links to services access. *Pediatría*. 2011; 128 (1): 146–155. [PubMed: 21646266]
- Beyerlein A, von Kries R. Lactancia materna y composición corporal en niños: ¿Habrà alguna vez evidencia empírica concluyente de un efecto protector contra el sobrepeso? *Revista americana de nutrición clínica*. 2011; 94 (6 suplementos): 1772 a 1775. [PubMed: 21525195]
- Beyers JM, Bates JE, Pettit GS, Dodge KA. Estructura del vecindario, procesos de crianza y el desarrollo de comportamientos de externalización de los jóvenes: un análisis multinivel. *Revista estadounidense de psicología comunitaria*. 2003; 31 (1-2):35–53. [Artículo gratuito de PMC: PMC2764293] [PubMed: 12741688]
- Bhaskar R, O'Hara B. Cobertura del servicio de salud indígena entre los indígenas americanos y nativos de Alaska en áreas tribales federales. *Revista de atención médica para los pobres y desatendidos*. 2017; 28 (4):1361. [PubMed: 29176101]
- Bingham D, Strauss N, Coeytaux F. Mortalidad materna en los Estados Unidos: un fracaso de los derechos humanos. *Anticoncepción*. 2011; 83 (3):189–193. [PubMed: 21310278]
- Björkenstam E, Burström B, Brännström L, Vinnerljung B, Björkenstam C, Pebley AR. Exposición acumulativa a factores estresantes de la infancia y angustia psicológica posterior. Un análisis de los datos del panel de EE. UU. *Ciencias Sociales y Medicina*. 2015; 142 :109–117. [PubMed: 26301483]
- Black LI, Benson V. Tablas de estadísticas de salud resumidas para niños de EE. UU.: Encuesta nacional de entrevistas de salud de 2017. 2018. [21 de mayo de 2019]. <https://www.cdc.gov/nchs/nhis/SHS/tables.htm> .
- Blair A, Ross NA, Gariepy G, Schmitz N. ¿Cómo afectan los vecindarios los resultados de la depresión? Una revisión realista y un llamado al examen de las vías causales. *Psiquiatría Social y Epidemiología Psiquiátrica*. 2014; 49 (6):873–887. [PubMed: 24414031]
- Blair C, Raver CC, Granger D, Mills-Konice R, Hibel L. Alostasis y carga alostática en el contexto de la pobreza en la primera infancia. *Desarrollo y Psicopatología*. 2011; 23 (3):845–857. [Artículo gratuito de PMC: PMC4167021] [PubMed: 21756436]

- Blumenshine P, Egerter S, Barclay CJ, Cubbin C, Braveman PA. Disparidades socioeconómicas en los resultados adversos del parto: una revisión sistemática. *Revista americana de medicina preventiva*. 2010; 39 (3):263–272. [PubMed: 20709259]
- Borge TC, Aase H, Brantsaeter AL, Biele G. La importancia de la calidad de la dieta materna durante el embarazo en los resultados cognitivos y conductuales de los niños: una revisión sistemática y un metanálisis. *Abierto BMJ*. 2017; 7 (9):e016777. [[Artículo gratuito de PMC: PMC5623570](#)] [PubMed: 28947450]
- Bornehag CG, Sundell J, Weschler CJ, Sigsgaard T, Lundgren B, Hasselgren M, Hägerhed-Engman L. La asociación entre el asma y los síntomas alérgicos en niños y los ftalatos en el polvo doméstico: un estudio anidado de casos y controles. *Perspectivas de Salud Ambiental*. 2004; 112 (14): 1393–1397. [[Artículo gratuito de PMC: PMC1247566](#)] [PubMed: 15471731]
- Bornstein MH, Leventhal T. Niños en paisajes bioecológicos de desarrollo. Manual de psicología infantil y ciencia del desarrollo. Lerner RM, editor. Hoboken, Nueva Jersey: Wiley; Entornos y procesos ecológicos. (7º) 2015; 4 :1–5.
- Borra C, Iacovou M, Sevilla A. Nueva evidencia sobre la lactancia materna y la depresión posparto: la importancia de comprender las intenciones de las mujeres. *Revista de salud materno-infantil*. 2015; 19 (4):897–907. [[Artículo gratuito de PMC: PMC4353856](#)] [PubMed: 25138629]
- Bowatte G, Tham R, Allen KJ, Tan DJ, Lau MXZ, Dai X, Lodge CJ. Lactancia materna y otitis media aguda infantil: una revisión sistemática y un metanálisis. *Acta Pediátrica*. 2015; 104 (S467):85–95. [PubMed: 26265016]
- Chico A, Salihu HM. Violencia de pareja íntima y resultados del nacimiento: una revisión sistemática. *Revista Internacional de Fertilidad y Medicina de la Mujer*. 2004; 49 (4):159–164. [PubMed: 15481481]
- Boyd A, Golding J, Macleod J, Lawlor DA, Fraser A, Henderson J, Molloy L, Ness A, Ring S, Davey Smith G. Perfil de cohorte: Los "niños de los 90": la descendencia índice del estudio longitudinal de Avon de Padres e Hijos. *Revista Internacional de Epidemiología*. 2012; 42 (1):11–127. [[Artículo gratuito de PMC: PMC3600618](#)] [PubMed: 22507743]
- Braun JM, Muckle G, Arbuckle T, Bouchard MF, Fraser WD, Ouellet E, Seguin JR, Oulhote Y, Webster GM, Lanphear BP. Asociaciones de concentraciones prenatales de bisfenol a en orina con comportamientos infantiles y habilidades cognitivas. *Perspectivas de Salud Ambiental*. 2017; 125 (6):067008. [[Artículo gratuito de PMC: PMC5743534](#)] [PubMed: 28657891]
- Braveman P, Acker J, Arkin E, Bussel J, Wehr K, Proctor D. La primera infancia es fundamental para la equidad en salud. Princeton, Nueva Jersey: Fundación Robert Wood Johnson; 2018.
- Bronfenbrenner U. Contextos de crianza infantil: Problemas y perspectivas. *Psicólogo estadounidense*. 1979; 34 (10):844–850.
- Bronfenbrenner U, Evans GW. La ciencia del desarrollo en el siglo XXI: preguntas emergentes, modelos teóricos, diseños de investigación y hallazgos empíricos. *Desarrollo Social*. 2000; 9 (1): 115–125.
- Bronfenbrenner U, Morris PA. El modelo bioecológico del desarrollo humano. Lerner RM, editor. Nueva York: Wiley; Manual de psicología infantil y ciencia del desarrollo. (7º) 2006; 1 :793–828. Teoría y método.
- Bronfenbrenner U, Morris PA. El modelo bioecológico del desarrollo humano. Manual de psicología infantil. Hoboken, Nueva Jersey: John Wiley & Sons, Inc; 2007.

- Brooks-Gunn J, Duncan GJ. Los efectos de la pobreza en los niños. El futuro de los niños. 1997; 7 (2):55–71. [PubMed: 9299837]
- Brunton PJ. Efectos de la exposición materna al estrés social durante el embarazo: Consecuencias para la madre y la descendencia. Reproducción. 2013; 146 (5):R175–R189. [PubMed: 23901130]
- Buckner J. Comprender el impacto de la falta de vivienda en los niños: desafíos y futuras direcciones de investigación. Científico estadounidense del comportamiento. 2008; 51 (6):721–736.
- Buka SL, Brennan RT, Rich-Edwards JW, Raudenbush SW, Earls F. El apoyo del vecindario y el peso al nacer de los bebés urbanos. Revista americana de epidemiología. 2003; 157 (1): 1–8. [PubMed: 12505884]
- Bures RM. Estabilidad residencial infantil y salud en la mediana edad. Revista estadounidense de salud pública. 2003; 93 (7):1144–1148. [Artículo gratuito de PMC: PMC1447924] [PubMed: 12835200]
- Burke NJ, Hellman JL, Scott BG, Weems CF, Carrion VG. El impacto de las experiencias infantiles adversas en una población pediátrica urbana. Abuso y negligencia infantil. 2011; 35 (6):408–413. [Artículo gratuito de PMC: PMC3119733] [PubMed: 21652073]
- Callec R, Perdriolle-Galet E, Sery GA, Morel O. Diabetes tipo 2 en el embarazo: tasas de malformaciones fetales y nivel de atención previa a la concepción. Revista de Obstetricia y Ginecología. 2014; 34 (7):648–649. [PubMed: 24922555]
- Campbell F, Conti G, Heckman JJ, Moon SH, Pinto R, Pungello E, Pan Y. Las inversiones en la primera infancia mejoran sustancialmente la salud de los adultos. Ciencia. 2014; 343 (6178): 1478–1485. [Artículo gratuito de PMC: PMC4028126] [PubMed: 24675955]
- Cancian M. El efecto de los ingresos familiares en el riesgo de maltrato infantil. Madison, WI: Instituto de Investigación sobre la Pobreza; 2010.
- Cascio UE, Schanzenbach DW. Ampliar el acceso a la educación preescolar para los niños desfavorecidos. Washington, DC: La Institución Brookings; 2016.
- Casey JA, Savitz DA, Rasmussen SG, Ogburn EL, Pollak J, Mercer DG, Schwartz BS. Desarrollo de gas natural no convencional y resultados del nacimiento en Pensilvania, EE. UU. Epidemiología. 2016; 27 (2):163–172. [Artículo gratuito de PMC: PMC4738074] [PubMed: 26426945]
- CDC (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades). Elementos esenciales para la infancia: Pasos para crear relaciones y entornos seguros, estables y enriquecedores. Atlanta, GA: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades; 2014.
- CENTROS PARA EL CONTROL Y LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES. Principales causas de muerte. 2017. [23 de abril de 2019]. <https://www.cdc.gov/nchs/fastats/leading-causes-of-death.htm> .
- CENTROS PARA EL CONTROL Y LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES. Informe de lactancia materna, Estados Unidos, 2018. 2018a. [18 de abril de 2019]. <https://www.cdc.gov/breastfeeding/data/reportcard.htm> .
- CENTROS PARA EL CONTROL Y LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES. Tabla 4-1 Porcentajes de prevalencia actual de asma por edad, Estados Unidos: Encuesta nacional de entrevistas de salud, 2016. 2018b. [15 de julio de 2019]. <https://www.cdc.gov/asthma/nhis/2016/table4-1.htm> .
- CENTROS PARA EL CONTROL Y LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES. Prevención del maltrato y abandono infantil. 2019. [22 de abril de 2019]. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/CAN-factsheet.pdf> .

- CENTROS PARA EL CONTROL Y LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES. Acerca del estudio CDC-Kaiser ACE. nd-a. [18 de julio de 2018]. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/acestudy/about.html>.
- CENTROS PARA EL CONTROL Y LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES. Prácticas y políticas de lactancia materna. nd-b. [13 de julio de 2019]. <https://www.cdc.gov/nccdphp/dnpao/state-local-programs/health-equity-guide/pdf/health-equity-guide/HealthEquityGuide-sect-3-5.pdf>.
- Centro de Bienestar Juvenil. Informe de datos: Una crisis oculta. Hallazgos sobre experiencias infantiles adversas en California. 2014. [15 de julio de 2019]. <https://centerforyouthwellness.org/wp-content/themes/cyw/build/img/building-a-movement/hidden-crisis.pdf>.
- Center on the Developing Child de la Universidad de Harvard. La depresión materna puede socavar el desarrollo de los niños pequeños: documento de trabajo núm. 8. Cambridge, MA: Universidad de Harvard; 2009.
- Cervantes W, Ullrich R, Matthews H. El miedo de nuestros hijos: los efectos de la política de inmigración en los niños pequeños. Washington, DC: Centro de Derecho y Política Social; 2018.
- Chang A. Vox. 2018. [22 de abril de 2019]. Los datos prueban que la segregación escolar está empeorando. <https://www.vox.com/2018/3/5/17080218/school-segregation-getting-worse-data>.
- Soluciones ChangeLab. Cerrando la brecha en la calidad del agua: Uso de políticas para mejorar el agua potable en sistemas de agua no regulados por el gobierno federal. Oakland, CA: Soluciones ChangeLab; 2017.
- Chapman DJ, Pérez-Escamilla R. Lactancia materna entre mujeres de minorías: pasar de los factores de riesgo a las intervenciones. *Avances en Nutrición*. 2012; 3 :95–104. [Artículo gratuito de PMC: PMC3262621] [PubMed: 22332107]
- Chen E, Martin AD, Matthews KA. Comprender las disparidades de salud: el papel de la raza y el nivel socioeconómico en la salud de los niños. *Revista estadounidense de salud pública*. 2006; 96 (4):702–708. [Artículo gratuito de PMC: PMC1470539] [PubMed: 16507739]
- Chetty R, Stepner M, Abraham S, Lin S, Scuderi B, Turner N, Bergeron A, Cutler D. La asociación entre los ingresos y la esperanza de vida en los Estados Unidos, 2001-2014. *JAMA*. 2016; 315 (16): 1750–1766. [Artículo gratuito de PMC: PMC4866586] [PubMed: 27063997]
- Chetty R, Hendren N, Jones MR, Porter SR. Raza y oportunidad económica en los Estados Unidos: una perspectiva intergeneracional. Oficina Nacional de Investigación Económica; 2018. (Documento de trabajo NBER n.º 24441).
- Chevrier J, Gunier RB, Bradman A, Holland NT, Calafat AM, Eskenazi B, Harley KG. Bisfenol A urinario materno durante el embarazo y función tiroidea materna y neonatal en el Estudio Chamacos. *Perspectivas de Salud Ambiental*. 2013; 121 (1): 138–144. [Artículo gratuito de PMC: PMC3553432] [PubMed: 23052180]
- Chien N. Factsheet: Estimaciones de elegibilidad y recepción de cuidado infantil para el año fiscal 2013. Washington, DC: Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Oficina del Subsecretario de Planificación y Evaluación; 2017.
- Tendencias infantiles. Educación de los padres. Indicadores de bienestar infantil y juvenil. Bethesda, MD: Tendencias infantiles; 2015.
- Banco de datos de tendencias infantiles. Tasas de abandono de la escuela secundaria. 2018. [22 de abril de 2019]. <https://www.childtrends.org/indicators/high-school-dropout-rates>.

- Chou RS, Feagin JR. El mito de la minoría modelo: los estadounidenses de origen asiático que enfrentan el racismo. Boulder, CO: Paradigm Publishers; 2015.
- Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, Taneja S, Bhandari N, Rollins N, Bahl R, Martinez J. Lactancia materna y resultados de salud materna: una revisión sistemática y un metanálisis. *Acta Pediátrica*. 2015; 104 (467):96–113. [[Artículo gratuito de PMC: PMC4670483](#)] [[PubMed: 26172878](#)]
- Christiaens I, Hegadoren K, Olson DM. Las experiencias infantiles adversas están asociadas con el parto prematuro espontáneo: un estudio de casos y controles. *Medicina BMC*. 2015; 13 :124. [[Artículo gratuito de PMC: PMC4464612](#)] [[PubMed: 26063042](#)]
- Christine PJ, Auchincloss AH, Bertoni AG, Carnethon MR, Sanchez BN, Moore K, Adar SD, Horwich TB, Watson KE, Diez Roux AV. Asociaciones longitudinales entre los entornos físico y social del vecindario y la diabetes mellitus tipo 2 incidente: el estudio multiétnico de la aterosclerosis (MESA). *JAMA Medicina Interna*. 2015; 175 (8): 1311–1320. [[Artículo gratuito de PMC: PMC4799846](#)] [[PubMed: 26121402](#)]
- Chuang CH, Velott DL, Weisman CS. Explorar el conocimiento y las actitudes relacionadas con el embarazo y la salud previa a la concepción en mujeres con afecciones médicas crónicas. *Revista de salud materno-infantil*. 2010; 14 (5):713–719. [[Artículo gratuito de PMC: PMC2924436](#)] [[PubMed: 19760164](#)]
- Cicchetti D, Handley ED. Metilación del gen del receptor de glucocorticoides, subfamilia de receptores nucleares 3, grupo c, miembro 1 (NR3C1), en niños maltratados y no maltratados: Asociaciones con bajo control del comportamiento, labilidad/negatividad emocional y síntomas de externalización e internalización. *Desarrollo y Psicopatología*. 2017; 29 (5): 1795–1806. [[Artículo gratuito de PMC: PMC5718163](#)] [[PubMed: 29162187](#)]
- Cobb LK, Appel LJ, Franco M, Jones-Smith JC, Nur A, Anderson CA. La relación del entorno alimentario local con la obesidad: una revisión sistemática de los métodos, la calidad del estudio y los resultados. *Obesidad*. 2015; 23 (7): 1331–1344. [[Artículo gratuito de PMC: PMC4482774](#)] [[PubMed: 26096983](#)]
- Cobb N, Espey D, King J. Comportamientos de salud y factores de riesgo entre los indios americanos y los nativos de Alaska, 2000-2010. *Revista estadounidense de salud pública*. 2014; 104 (S3):S481–S489. [[Artículo gratuito de PMC: PMC4035866](#)] [[PubMed: 24754662](#)]
- Cohen S, Testamentos TA. Estrés, apoyo social y la hipótesis del amortiguador. *Boletín Psicológico*. 1985; 98 (2):310–357. [[PubMed: 3901065](#)]
- Cohen-Cline H, Beresford SAA, Barrington WE, Matsueda RL, Wakefield J, Duncan GE. Asociaciones entre las características del vecindario y la depresión: un estudio de gemelos. *Revista de Epidemiología y Salud Comunitaria*. 2018; 72 (3):202–207. [[Artículo gratuito de PMC: PMC6007871](#)] [[PubMed: 29273630](#)]
- Coleman-Jensen A, Rabbitt MP, Gregory CA, Singh A. Seguridad alimentaria de los hogares en los Estados Unidos en 2016, ERR-237. Washington, DC: Departamento de Agricultura de EE. UU., Servicio de Investigación Económica; 2017.
- Coley RL, Leventhal T, Lynch AD, Kull M. Relaciones entre las características de la vivienda y el bienestar de niños y adolescentes de bajos recursos. *Psicología del desarrollo*. 2013; 49 (9): 1775–1789. [[Artículo gratuito de PMC: PMC3766502](#)] [[PubMed: 23244408](#)]
- Collins NL, Dunkel-Schetter C, Lobel M, Scrimshaw SC. Apoyo social en el embarazo: correlatos psicosociales de los resultados del parto y la depresión posparto. *Revista de Personalidad y Psicología Social*. 1993; 65 (6): 1243–1258. [[PubMed: 8295121](#)]

- Conners NA, Bradley RH, Mansell LW, Liu JY, Roberts TJ, Burgdorf K, Herrell JM. Hijos de madres con graves problemas de abuso de sustancias: Una acumulación de riesgos. *Revista estadounidense de abuso de drogas y alcohol*. 2004; 30 (1): 85–100. [PubMed: 15083555]
- Corcoran L, Steinley K, Grady S. Participación en el programa de la primera infancia, resultados del programa nacional de encuestas de educación en el hogar de 2016. Washington, DC: Departamento de Educación de EE. UU., Centro Nacional de Estadísticas Educativas, Instituto de Ciencias de la Educación; 2019.
- Coughlin R, Kushman E, Copeland G, Wilson M. Mejoras en los resultados de embarazos y nacimientos para indígenas estadounidenses en el proyecto de inicio saludable del consejo intertribal de Michigan, 1998-2008. *Revista de salud materno-infantil*. 2013; 17 (6):1005–1015. [PubMed: 23010860]
- Cox C, Clarkson TW, Marsh DO, Amin-Zaki L, Tikriti S, Myers GG. Análisis de dosis-respuesta de bebés expuestos prenatalmente al metilmercurio: una aplicación de un modelo de compartimento único al análisis de cabello de una sola hebra. *Investigación Ambiental*. 1989; 49 (2):318–332. [PubMed: 2473897]
- Cox RG, Zhang L, Zotti ME, Graham J. Utilización de la atención prenatal en Mississippi: disparidades raciales e implicaciones para los resultados de nacimiento desfavorables. *Revista de salud materno-infantil*. 2011; 15 (7):931–942. [PubMed: 19943096]
- Crowley S. La crisis de la vivienda asequible: Movilidad residencial de familias pobres y movilidad escolar de niños pobres. *Revista de educación negra*. 2003; 72 (1):22–38.
- Currie J, Walker R. Congestión de tráfico y salud infantil: Evidencia de E-ZPass. *American Economic Journal: Economía Aplicada*. 2011; 3 (1):65–90.
- Cusick SE, Georgieff MK. El papel de la nutrición en el desarrollo del cerebro: la oportunidad de oro de los "primeros 1000 días". *El Diario de Pediatría*. 2016; 175 :16–21. [Artículo gratuito de PMC: PMC4981537] [PubMed: 27266965]
- Cutler DM, Lleras-Muney A. Educación y salud: Evaluación de teorías y evidencia. Documento de trabajo de la Oficina Nacional de Investigación Económica no. 12352. 2006. [10 de febrero de 2019]. <https://www.nber.org/papers/w12352> . _
- Cutts DB, Coleman S, Black MM, Chilton MM, Cook JT, de Cuba SE, Heeren TC, Meyers A, Sandel M, Casey PH, Frank DA. Falta de vivienda durante el embarazo: un factor de riesgo único y dependiente del tiempo de los resultados del nacimiento. *Revista de salud materno-infantil*. 2015; 19 (6): 1276–1283. [PubMed: 25404405]
- da Silva Lopes K, Ota E, Shakya P, Dagvadorj A, Balogun OO, Pena-Rosas JP, De-Regil LM, Mori R. Efectos de las intervenciones nutricionales durante el embarazo en el bajo peso al nacer: una descripción general de las revisiones sistemáticas. *BMJ Salud Global*. 2017; 2 (3):e000389. [Artículo gratuito de PMC: PMC5623264] [PubMed: 29018583]
- Danese A, Moffitt TE, Harrington H, Milne BJ, Polanczyk G, Pariante CM. Experiencias infantiles adversas y factores de riesgo de adultos para enfermedades relacionadas con la edad: depresión, inflamación y agrupación de marcadores de riesgo metabólico. *Archivos de Medicina Pediátrica y Adolescente*. 2009; 163 (12): 1135–1143. [Artículo gratuito de PMC: PMC3560401] [PubMed: 19996051]
- Centro de Recursos de Datos para la Salud del Niño y el Adolescente. Explore los datos > Consulta de datos interactivos de NSCH (2016-presente) > resultados de búsqueda de datos. 2019. [5 de abril de 2019]. <https://www.childhealthdata.org/browse/survey/results?q=5554&r=1&g=652> .
- Davis R. 38.º informe anual al Congreso sobre la implementación de la Ley de Educación para Personas con Discapacidades, 2016. Washington, DC: Departamento de Educación de EE. UU.; 2016.

- de Brey C, Musu L, McFarland J, Wilkinson-Flicker S, Diliberti M, Zhang A, Branstetter C, Wang X. Estado y tendencias en la educación de grupos raciales y étnicos 2018. NCES 2019-038. Washington, DC: Departamento de Educación de EE. UU., Centro Nacional de Estadísticas Educativas; 2019.
- Desmond M, Shollenberger T. Desplazamiento forzado de viviendas de alquiler: prevalencia y consecuencias en el vecindario. *Demografía*. 2015; 52 (5): 1751–1772. [[PubMed: 26286885](#)]
- Dewey KG. ¿La lactancia materna protege contra la obesidad infantil? *Revista de lactancia humana*. 2003; 19 (1): 9–18. [[PubMed: 12587638](#)]
- Di Renzo GC, Conry JA, Blake J, Defrancesco MS, Denicola N, Martin JN, McCue KA, Richmond D, Shah A, Sutton P, Woodruff TJ, Van Der Poel SZ, Giudice LC. Opinión de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia sobre los impactos en la salud reproductiva de la exposición a sustancias químicas ambientales tóxicas. *Revista Internacional de Ginecología y Obstetricia*. 2015; 131 (3):219–225. [[Artículo gratuito de PMC: PMC6663094](#)] [[PubMed: 26433469](#)]
- Diamanti-Kandarakis E, Bourguignon JP, Giudice LC, Hauser R, Prins GS, Soto AM, Zoeller RT, Gore AC. Sustancias químicas disruptoras endocrinas: una declaración científica de la Endocrine Society. *Revisión endocrinas*. 2009; 30 (4):293. [[Artículo gratuito de PMC: PMC2726844](#)] [[PubMed: 19502515](#)]
- Dias CC, Figueiredo B. Lactancia materna y depresión: una revisión sistemática de la literatura. *Revista de trastornos afectivos*. 2015; 171 :142–154. [[PubMed: 25305429](#)]
- Dohrenwend BP. Inventario de eventos estresantes de la vida como factores de riesgo para la psicopatología: hacia la resolución del problema de la variabilidad intracategoría. *Boletín Psicológico*. 2006; 132 (3):477–495. [[Artículo gratuito de PMC: PMC1584216](#)] [[PubMed: 16719570](#)]
- Dohrenwend BP, Levav I, Shrout PE, Schwartz S, Naveh G, Link BG, Skodol AE, Stueve A. Estado socioeconómico y trastornos psiquiátricos: el problema de selección de causalidad. *Ciencia*. 1992; 255 (5047):946–952. [[PubMed: 1546291](#)]
- Donohue KM, Miller RL, Perzanowski MS, Just AC, Hoepner LA, Arunajadai S, Canfield S, Resnick D, Calafat AM, Perera FP, Whyatt RM. Exposición prenatal y posnatal al bisfenol A y desarrollo de asma en niños del centro de la ciudad. *Revista de Alergia e Inmunología Clínica*. 2013; 131 (3):736–742. [[Artículo gratuito de PMC: PMC3643970](#)] [[PubMed: 23452902](#)]
- Dorfman H, Srinath M, Rockhill K, Hogue C. La asociación entre la diabetes mellitus entre las poblaciones de indios americanos/nativos de Alaska con nacimientos prematuros en ocho estados de EE. UU. entre 2004 y 2011. *Revista de salud materno-infantil*. 2015; 19 (11):2419–2428. [[PubMed: 26112750](#)]
- Drury SS, Scaramella L, Zeanah CH. El impacto neurobiológico de la depresión materna posparto: enfoques de prevención e intervención. *Clínicas Psiquiátricas de Niños y Adolescentes de América del Norte*. 2016; 25 (2): 179–200. [[Artículo gratuito de PMC: PMC4794751](#)] [[PubMed: 26980123](#)]
- Dubow EF, Boxer P, Huesmann LR. Efectos a largo plazo de la educación de los padres en el éxito educativo y ocupacional de los niños: mediación por interacciones familiares, agresión infantil y aspiraciones adolescentes. *Trimestral de Merrill-Palmer*. 2009; 55 (3):224–249. [[Artículo gratuito de PMC: PMC2853053](#)] [[PubMed: 20390050](#)]
- Duncan GJ. Danos en este día nuestra amplitud diaria. *Desarrollo infantil*. 2012; 83 (1):6–15. [[PubMed: 22277003](#)]

- Duncan GJ, Brooks-Gunn J, Klebanov PK. Privación económica y desarrollo de la primera infancia. *Desarrollo infantil*. 1994; 65 (n.º de especificación 2): 296–318. [[PubMed: 7516849](#)]
- Duncan GJ, Yeung WJ, Brooks-Gunn J, Smith JR. ¿En qué medida la pobreza infantil afecta las oportunidades de vida de los niños? *Revista Sociológica Americana*. 1998; 63 (3):406–423.
- Duncan GJ, Morris PA, Rodrigues C. ¿Realmente importa el dinero? Estimación de los impactos de los ingresos familiares en el rendimiento de los niños pequeños con datos de experimentos de asignación aleatoria. *Psicología del desarrollo*. 2011; 47 (5): 1263–1279. [[Artículo gratuito de PMC: PMC3208322](#)] [[PubMed: 21688900](#)]
- Dunn EC, Soare TW, Raffeld MR, Busso DS, Crawford KM, Davis KA, Fisher VA, Slopen N, Smith AD, Tiemeier H. ¿Qué modelos teóricos del curso de vida explican mejor la relación entre la exposición a la adversidad infantil y los síntomas de psicopatología? ¿Acumulación o periodos sensibles? *Medicina Psicológica*. 2018; 48 (15):2562–2572. [[Artículo gratuito de PMC: PMC6109629](#)] [[PubMed: 29478418](#)]
- EdBuild. Los distritos escolares no blancos obtienen \$23 mil millones menos que los distritos blancos a pesar de atender a la misma cantidad de estudiantes. 2019. [14 de julio de 2019]. <https://edbuild.org/content/23-billion/full-report.pdf>.
- Egerter S, Barclay C, Grossman-Kahn R, Braveman PA. *Violencia, desventaja social y salud*. Princeton, Nueva Jersey: Fundación Robert Wood Johnson; 2011a.
- Egerter S, Braveman P, Sadegh-Nobari T, Grossman-Kahn R, Dekker M. *Educación y salud*. Princeton, Nueva Jersey: Fundación Robert Wood Johnson; 2011b.
- El élder TE, Goddeeris JH, Haider SJ. Brechas de mortalidad infantil raciales y étnicas y el papel del estatus socioeconómico. *Economía Laboral*. 2016; 43 :42–54. [[Artículo gratuito de PMC: PMC5042333](#)] [[PubMed: 27695196](#)]
- Elliott P, Briggs D, Morris S, de Hoogh C, Hurt C, Jensen TK, Maitland I, Richardson S, Wakefield J, Jarup L. Riesgo de resultados de nacimiento adversos en poblaciones que viven cerca de vertederos. *BMJ*. 2001; 323 (7309):363–368. [[Artículo gratuito de PMC: PMC37394](#)] [[PubMed: 11509424](#)]
- Evans GW. El ambiente de la pobreza infantil. *Psicólogo estadounidense*. 2004; 59 (2):77–92. [[PubMed: 14992634](#)]
- Evans GW, Ricciuti HN, Hope S, Schoon I, Bradley RH, Corwyn RF, Hazan C. El hacinamiento y el desarrollo cognitivo: el papel mediador de la capacidad de respuesta materna entre los niños de 36 meses. *Ambiente y Comportamiento*. 2010; 42 (1): 135–148.
- Evans GW, Li D, Sepanski Whipple S. Riesgo acumulativo y desarrollo infantil. *Boletín Psicológico*. 2013; 139 (6): 1342–1396. [[PubMed: 23566018](#)]
- Fan Y, Das KV, Chen Q. Vecindario verde, apoyo social, actividad física y estrés: evaluación del impacto acumulativo. *Salud y Lugar*. 2011; 17 (6):1202–1211. [[PubMed: 21920795](#)]
- Fang X, Brown DS, Florence CS, Mercy JA. La carga económica del maltrato infantil en los Estados Unidos y las implicaciones para la prevención. *Abuso y negligencia infantil*. 2012; 36 (2): 156–165. [[Artículo gratuito de PMC: PMC3776454](#)] [[PubMed: 22300910](#)]
- Farley TA, Mason K, Rice J, Habel JD, Scribner R, Cohen DA. La relación entre el entorno del vecindario y los resultados adversos del nacimiento. *Epidemiología Pediátrica y Perinatal*. 2006; 20 (3):188–200. [[PubMed: 16629693](#)]
- Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, Koss MP, Marks JS. Relación del abuso infantil y la disfunción del hogar con muchas de las principales causas de muerte en adultos: El Estudio de Experiencias Adversas en la Infancia (ACE). *Revista americana de medicina preventiva*. 1998; 14 (4):245–258. [[PubMed: 9635069](#)]

- Fenelon A, Slopen N, Boudreaux M, Newman SJ. El impacto de la asistencia de vivienda en la salud mental de los niños en los Estados Unidos. *Revista de Salud y Comportamiento Social*. 2018; 59 (3):447–463. [[Artículo gratuito de PMC: PMC6657339](#)] [[PubMed: 30066591](#)]
- Feng J, Glass TA, Curriero FC, Stewart WF, Schwartz BS. El entorno construido y la obesidad: una revisión sistemática de la evidencia epidemiológica. *Salud y Lugar*. 2010; 16 (2): 175–190. [[PubMed: 19880341](#)]
- Ferguson KK, McElrath TF, Meeker JD. Exposición ambiental a ftalatos y parto prematuro. *JAMA Pediatría*. 2014; 168 (1):61–67. [[Artículo gratuito de PMC: PMC4005250](#)] [[PubMed: 24247736](#)]
- Ferguson KK, Meeker JD, Cantonwine DE, Mukherjee B, Pace GG, Weller D, McElrath TF. Asociaciones de fenoles ambientales con ultrasonido y medidas de parto del crecimiento fetal. *Medio Ambiente Internacional*. 2018; 112 :243–250. [[Artículo gratuito de PMC: PMC5899051](#)] [[PubMed: 29294443](#)]
- Filindra A, Blanding D, García Coll C. El poder del contexto: políticas y políticas estatales y el desempeño educativo de los hijos de inmigrantes en los Estados Unidos. *Revisión educativa de Harvard*. 2011; 81 (3):407–438.
- Finegood ED, Rarick JRD, Blair C. Explorando las asociaciones longitudinales entre la desventaja del vecindario y los niveles de cortisol en la primera infancia. *Desarrollo y Psicopatología*. 2017; 29 (5): 1649–1662. [[Artículo gratuito de PMC: PMC5772682](#)] [[PubMed: 29162174](#)]
- Finkelhor D, Ormrod RK, Turner HA. Patrones de revictimización en una muestra longitudinal nacional de niños y jóvenes. *Abuso y negligencia infantil*. 2007; 31 :479–502. [[PubMed: 17537508](#)]
- Finkelhor D, Ormrod RK, Turner HA. Evaluación a lo largo de la vida de la polivictimización en una muestra nacional de niños y jóvenes. *Abuso y negligencia infantil*. 2009; 33 :403–411. [[PubMed: 19589596](#)]
- Finkelhor D, Turner HA, Shattuck A, Hamby SL. Prevalencia de la exposición infantil a la violencia, el crimen y el abuso: resultados de la encuesta nacional sobre la exposición de los niños a la violencia. *JAMA Pediatría*. 2015; 169 (8):746–754. [[PubMed: 26121291](#)]
- Fleisch AF, Luttmann-Gibson H, Perng W, Rifas-Shiman SL, Coull BA, Kloog I, Koutrakis P, Schwartz JD, Zanobetti A, Mantzoros CS, Gillman MW, Gold DR, Oken E. Exposición prenatal y temprana al tráfico contaminación y salud cardiometabólica en la infancia. *Obesidad Pediátrica*. 2017; 12 (1):48–57. [[Artículo gratuito de PMC: PMC4974151](#)] [[PubMed: 26843357](#)]
- Fone D, Dunstan F, Lloyd K, Williams G, Watkins J, Palmer S. ¿La cohesión social modifica la asociación entre la privación de ingresos del área y la salud mental? Un análisis multinivel. *Revista Internacional de Epidemiología*. 2007; 36 (2):338–345. [[PubMed: 17329315](#)]
- Fortin M, Muckle G, Anassour-Laouan-Sidi E, Jacobson SW, Jacobson JL, Belanger RE. Trayectorias de consumo de alcohol y consumo excesivo de alcohol entre mujeres inuit embarazadas. *Alcoholismo y Alcoholismo*. 2016; 51 (3):339–346. [[Artículo gratuito de PMC: PMC4830408](#)] [[PubMed: 26409003](#)]
- Fortson BL, Klevens J, Merrick MT, Gilbert LK, Alexander SP. *Prevención del abuso y la negligencia infantil: un paquete técnico para políticas, normas y actividades programáticas*. Atlanta, GA: Centro Nacional para el Control y la Prevención de Lesiones, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades; 2016.

- Fraser A, Macdonald-Wallis C, Tilling K, Boyd A, Golding J, Davey Smith G, Henderson J, Macleod J, Molloy L, Ness A, Ring S, Nelson SM, Lawlor DA. Perfil de la cohorte: El Estudio Longitudinal Avon de Padres e Hijos: Cohorte de madres ALSPAC. *Revista Internacional de Epidemiología*. 2012; 42 (1):97–110. [[Artículo gratuito de PMC: PMC3600619](#)] [[PubMed: 22507742](#)]
- Friedman-Krauss AH, Barnett WS, Weisenfeld GG, Kasmin R, DiCrecchio N, Horowitz M. El estado del preescolar 2017. Anuario preescolar estatal. New Brunswick, NJ: Instituto Nacional de Investigación en Educación Temprana; 2018.
- García Coll C, Patton F, Marks AK, Dimitrova R, Yang H, Suarez-Aviles G, Batchelor A. Comprender la paradoja inmigrante en la juventud: consideraciones contextuales y de desarrollo. En: Masten AS, Liebkind K, Hernandez DJ, editores. *Darse cuenta del potencial de los jóvenes inmigrantes*. Nueva York: Prensa de la Universidad de Cambridge; 2012.
- Garner AS, Shonkoff JP. La adversidad en la primera infancia, el estrés tóxico y el papel del pediatra: traducir la ciencia del desarrollo en salud para toda la vida. *Pediatría*. 2012; 129 (1): e224–e231. [[PubMed: 22201148](#)]
- Gascon M, Valvi D, Fornis J, Casas M, Martinez D, Julvez J, Monfort N, Ventura R, Sunyer J, Vrijheid M. Exposición prenatal a ftalatos y desarrollo neuropsicológico durante la niñez. *Revista Internacional de Higiene y Salud Ambiental*. 2015; 218 (6):550–558. [[PubMed: 26095249](#)]
- Genovesi AL, Hastings B, Edgerton E, Olson L. Capacidades de atención de emergencia pediátrica de las agencias de servicios médicos de emergencia del servicio de salud indio que atienden a los indios americanos/nativos de Alaska en zonas rurales y fronterizas. *Salud Rural y Remota*. 2014; 14 (2):2688. [[PubMed: 24852933](#)]
- Georgieff MK, Morena KE, Tran PV. Nutrición en la vida temprana y plasticidad neural. *Desarrollo y Psicopatología*. 2015; 27 (2): 411–423. [[Artículo gratuito de PMC: PMC4443711](#)] [[PubMed: 25997762](#)]
- Gilbert R, Kemp A, Thoburn J, Sidelbotham P, Radford L, Glaser D. Reconocer y responder al maltrato infantil. *La Lanceta*. 2009; 373 :167–180. [[PubMed: 19056119](#)]
- Giordano GN, Ohlsson H, Kendler KS, Sundquist K, Sundquist J. Experiencias infantiles adversas inesperadas y posterior trastorno por consumo de drogas: un estudio de población sueco (1995-2011). *Adicción*. 2014; 109 (7): 1119–1127. [[Artículo gratuito de PMC: PMC4048632](#)] [[PubMed: 24612271](#)]
- Giudice L, Woodruff T, Conry J. Salud ambiental reproductiva y del desarrollo. *Obstetricia, Ginecología y Medicina Reproductiva*. 2017; 27 (3):99–101.
- Giurgescu C, McFarlin BL, Lomax J, Craddock C, Albrecht A. La discriminación racial y la brecha entre blancos y negros en los resultados adversos del nacimiento: una revisión. *Revista de partería y salud de la mujer*. 2011; 56 (4):362–370. [[Artículo gratuito de PMC: PMC5388001](#)] [[PubMed: 21733107](#)]
- Goodman SH, Garber J. Intervenciones basadas en la evidencia para madres deprimidas y sus hijos pequeños. *Desarrollo infantil*. 2017; 88 (2):368–377. [[Artículo gratuito de PMC: PMC5342914](#)] [[PubMed: 28160275](#)]
- Goodman SH, Rouse MH, Connell AM, Broth MR, Hall CM, Heyward D. Depresión materna y psicopatología infantil: una revisión metaanalítica. *Revista de Psicología Clínica Infantil y Familiar*. 2011; 14 (1): 1–27. [[PubMed: 21052833](#)]
- Goossens J. Barreras y facilitadores para la provisión de atención previa a la concepción por parte de proveedores de atención médica: una revisión sistemática. *Revista Internacional de Estudios de Enfermería*. 2018; 87C :113–130. [[PubMed: 30096578](#)]

- Gore A, Chappell VA, Fenton S, Flaws J, Nadal A, Prins G, Toppari J, Zoeller R. Resumen ejecutivo de EDC-2: la segunda declaración científica de la Endocrine Society sobre sustancias químicas disruptoras endocrinas. *Revisión endocrina*. 2015; 36 (6):593–602. [Artículo gratuito de PMC: PMC4702495] [PubMed: 26414233]
- Greaves L, Pederson AP, Poole N. *Mejorándolo: promoción de la salud transformadora de género*. Toronto, Ontario: Canadian Scholars' Press; 2014.
- Adivina TJ. La construcción social de la blancura: racismo por intención, racismo por consecuencia. *Sociología crítica*. 2006; 32 (4):649–673.
- Gutierrez-Galve L, Stein A, Hanington L, Heron J, Ramchandani P. Depresión paterna en el período posnatal y desarrollo infantil: mediadores y moderadores. *Pediatría*. 2015; 135 (2): e339–e347. [PubMed: 25560437]
- Ha S, Hu H, Roth J, Kan H, Xu X. Asociaciones entre la proximidad residencial a las centrales eléctricas y los resultados adversos del nacimiento. *Revista americana de epidemiología*. 2015; 182 (3):215–224. [Artículo gratuito de PMC: PMC4517698] [PubMed: 26121989]
- Hahn RA, Barnett WS, Knopf JA, Truman BI, Johnson RL, Fielding JE, Muntaner C, Jones CP, Fullilove MT, Hunt PC. Educación de la primera infancia para promover la equidad en salud: revisión sistemática de una guía comunitaria. *Revista de Gestión y Práctica de la Salud Pública*. 2016; 22 (5):e1–e8. [Artículo gratuito de PMC: PMC4969181] [PubMed: 26672406]
- Hahn-Holbrook J, Haselton MG, Dunkel Schetter C, Glynn LM. ¿La lactancia materna ofrece protección contra la sintomatología depresiva materna?: Un estudio prospectivo desde el embarazo hasta los 2 años después del nacimiento. *Archivos de Salud Mental de la Mujer*. 2013; 16 (5):411–422. [Artículo gratuito de PMC: PMC3818091] [PubMed: 23749095]
- Harder T, Bergmann R, Kallischnigg G, Plagemann A. Duración de la lactancia materna y riesgo de sobrepeso: un metanálisis. *Revista americana de epidemiología*. 2005; 162 (5):397–403. [PubMed: 16076830]
- Harkness J, Newman SJ. Asequibilidad de la vivienda y bienestar de los niños: Evidencia de la encuesta nacional de las familias estadounidenses. *Debate de Política de Vivienda*. 2005; 16 (2):223–255.
- Harley KG, Gunier RB, Kogut K, Johnson C, Bradman A, Calafat AM, Eskenazi B. Concentraciones de bisfenol A prenatales y en la primera infancia y comportamiento en niños en edad escolar. *Investigación Ambiental*. 2013; 126 :43–50. [Artículo gratuito de PMC: PMC3805756] [PubMed: 23870093]
- Harrington J, Lutomski J, Molcho M, Perry IJ. Pobreza alimentaria y calidad de la dieta: ¿existe una relación? *Revista de Epidemiología y Salud Comunitaria*. 2009; 63 (Suplemento 2):16.
- Harris MH, Gold DR, Rifas-Shiman SL, Melly SJ, Zanolotti A, Coull BA, Schwartz JD, Gryparis A, Kloog I, Koutrakis P, Bellinger DC, Belfort MB, Webster TF, White RF, Sagiv SK, Oken E. Exposición prenatal e infantil a la contaminación del aire relacionada con el tráfico y función ejecutiva y comportamiento infantil. *Neurotoxicología y Teratología*. 2016; 57 :60–70. [Artículo gratuito de PMC: PMC5056808] [PubMed: 27350569]
- Hawkinson LE, Griffen AS, Dong N, Maynard RA. La relación entre los subsidios para el cuidado infantil y el desarrollo cognitivo de los niños. *Trimestral de investigación sobre la primera infancia*. 2013; 28 (2):388–404.
- Heaman MI, Martens PJ, Brownell MD, Chartier MJ, Thiessen KR, Derksen SA, Helewa ME. Desigualdades en la utilización de la atención prenatal: un estudio basado en la población

- en la provincia canadiense de Manitoba. *BMC Embarazo Parto*. 2018; 18 (1):430. [[Artículo gratuito de PMC: PMC6211437](#)] [[PubMed: 30382911](#)]
- Heard-Garris NJ, Cale M, Camaj L, Hamati MC, Domínguez TP. Transmisión del trauma: una revisión sistemática del racismo indirecto y la salud infantil. *Ciencias Sociales y Medicina*. 2018; 199 :230–240. [[PubMed: 28456418](#)]
- Heckman JJ, Humphries JE, Veramendi G. Vuelve a la educación: los efectos causales de la educación en los ingresos, la salud y el tabaquismo. *Revista de Economía Política*. 2018; 126 (Suplemento 1):S197–S246. [[Artículo gratuito de PMC: PMC6190599](#)] [[PubMed: 30344340](#)]
- Hemsing N, Greaves L, Poole N. Intervenciones de atención médica previas a la concepción: una revisión de alcance. *Salud Sexual y Reproductiva*. 2017; 14 :24–32. [[PubMed: 29195631](#)]
- Henry M, Watt R, Rosenthal L, Shivji A. Informe anual de evaluación de personas sin hogar (AHAR) de 2017 para el Congreso. Washington, DC: Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de EE. UU.; 2017.
- Herbst CM, Tekin E. Subvenciones para el cuidado infantil y desarrollo infantil. *Revista de economía de la educación*. 2010; 29 (4):618–638.
- DJ Hernández. Riesgo doble: cómo las habilidades de lectura de tercer grado y la pobreza influyen en la graduación de la escuela secundaria. Baltimore, MD: Fundación Annie E. Casey; 2012.
- HHS (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos). El llamado a la acción del Cirujano General para apoyar la lactancia materna. Rockville, MD: Oficina del Cirujano General, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Oficina de Salud de la Mujer; 2011. [[PubMed: 21452448](#)]
- HHS. Maltrato infantil 2017. Washington, DC: Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Administración para Niños y Familias, Administración para Niños, Jóvenes y Familias, Oficina de Niños; 2019.
- Oficina del Inspector General del HHS. Niños separados colocados en la oficina de cuidado de reasentamiento de refugiados. Washington, DC: Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.; 2019.
- Hibbard RA, Desch LW. el Comité sobre Abuso y Negligencia Infantil, y el Consejo sobre Niños con Discapacidades. Maltrato a niños con discapacidad. *Pediatría*. 2007; 119 (5):1018–1025. [[PubMed: 17473105](#)]
- Hicks AL, Handcock MS, Sastry N, Pebley AR. Efectos secuenciales del vecindario: el efecto de la exposición a largo plazo a la desventaja concentrada en los puntajes de las pruebas de lectura y matemáticas de los niños. *Demografía*. 2018; 55 (1): 1–31. [[Artículo gratuito de PMC: PMC5908216](#)] [[PubMed: 29192386](#)]
- Hodgkinson S, Godoy L, Beers LS, Lewin A. Mejora del acceso a la salud mental para niños y familias de bajos ingresos en el entorno de atención primaria. *Pediatría*. 2017; 139 (1):e20151175. [[Artículo gratuito de PMC: PMC5192088](#)] [[PubMed: 27965378](#)]
- Hoffman S, Escotilla MC. Estrés, apoyo social y resultado del embarazo: una reevaluación basada en investigaciones recientes. *Epidemiología Pediátrica y Perinatal*. 1996; 10 (4):380–405. [[PubMed: 8931053](#)]
- Hopenhayn C, Ferreccio C, Browning SR, Huang B, Peralta C, Gibb H, Hertz-Picciotto I. Exposición al arsénico del agua potable y peso al nacer. *Epidemiología*. 2003; 14 (5):593–602. [[PubMed: 14501275](#)]
- Horta BL, Loret de Mola C, Victora CG. Consecuencias a largo plazo de la lactancia materna sobre el colesterol, la obesidad, la presión arterial sistólica y la diabetes tipo 2: una

- revisión sistemática y un metanálisis. *Acta Pediátrica*. 2015; 104 (467):30–37. [[PubMed: 26192560](#)]
- Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, Sethi D, Butchart A, Mikton C, Jones L, Dunne MP. El efecto de múltiples experiencias infantiles adversas en la salud: una revisión sistemática y un metanálisis. *Lancet Salud Pública*. 2017; 2 (8):e356–e366. [[PubMed: 29253477](#)]
- Hung P, Kozhimannil KB, Casey M, Henning-Smith C. Variabilidad estatal en el acceso a servicios obstétricos hospitalarios en condados rurales de EE. UU. Minneapolis, MN: Centro de Investigación de Salud Rural de la Universidad de Minnesota; 2017.
- Hussein N, Kai J, Qureshi N. Los efectos de las intervenciones previas a la concepción para mejorar la salud reproductiva y los resultados del embarazo en la atención primaria: una revisión sistemática. *Revista europea de práctica general*. 2016; 22 (1):42–52. [[PubMed: 26610260](#)]
- Hutchinson RN, Putt MA, Dean LT, Long JA, Montagnet CA, Armstrong K. Composición racial del vecindario, capital social y mortalidad negra por todas las causas en Filadelfia. *Ciencias Sociales y Medicina*. 2009; 68 (10): 1859–1865. [[Artículo gratuito de PMC: PMC5472423](#)] [[PubMed: 19324485](#)]
- Hwang M, Shrestha A, Yazzie S, Jackson M. Nacimiento prematuro entre indígenas americanos/nativos de Alaska en Washington y Montana: comparación con blancos no hispanos. *Revista de salud maternoinfantil*. 2013; 17 (10): 1908–1912. [[PubMed: 23288503](#)]
- Iliopoulou IMSM, Kanavidis P, Matsoukis I, Petridou E. Los resultados del embarazo vinculados a la violencia de pareja íntima: una revisión sistemática. *Prevención de lesiones*. 2012; 18 (suplemento 1):A184.
- IOM (Instituto de Medicina). *Nutrición durante el embarazo. Parte I: Aumento de peso, parte II: Suplementos nutricionales*. Washington, DC: Prensa de la Academia Nacional; 1990. [[PubMed: 25144018](#)]
- OIM. *Purificando el aire: asma y exposición al aire interior*. Washington, DC: Prensa de la Academia Nacional; 2000. [[PubMed: 25077220](#)]
- OIM. *Trato desigual: Enfrentando las disparidades raciales y étnicas en el cuidado de la salud*. Washington, DC: Prensa de las Academias Nacionales; 2002. [[PubMed: 25032386](#)]
- OIM. *Espacios interiores húmedos y sanitarios*. Washington, DC: Prensa de las Academias Nacionales; 2004. [[PubMed: 25009878](#)]
- IOM y NRC (Consejo Nacional de Investigación). *Nuevas direcciones en la investigación del abuso y la negligencia infantil*. Washington, DC: Prensa de las Academias Nacionales; 2014.
- Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, Trikalinos T, Lau J. Resultados de la lactancia y la salud materna e infantil en los países desarrollados. Informe de evidencia/Evaluación de tecnología. 2007; 153 :1–186. [[Artículo gratuito de PMC: PMC4781366](#)] [[PubMed: 17764214](#)]
- Jiang Y, Ekono M, Skinner C. *Datos básicos sobre niños de bajos ingresos: niños menores de 18 años*. Nueva York: Centro Nacional para Niños en Pobreza, Escuela de Salud Pública Mailman, Universidad de Columbia; 2016.
- Jim M, Arias E, Seneca D, Hoopes M, Jim C, Johnson N, Wiggins C. Clasificación errónea racial de los indios americanos y los nativos de Alaska por el área de prestación de servicios de salud del contrato del Servicio de Salud Indígena. *Revista estadounidense de salud pública*. 2014; 104 (Suplemento 3):S295–S302. [[Artículo gratuito de PMC: PMC4035863](#)] [[PubMed: 24754617](#)]

Johnson A, Kirk R, Rosenblum KL, Muzik M. Mejora de las tasas de lactancia materna entre las mujeres afroamericanas: una revisión sistemática de las intervenciones psicosociales actuales. *Medicina de la Lactancia Materna: Diario Oficial de la Academia de Medicina de la Lactancia Materna*. 2015; 10 :45–62. [[Artículo gratuito de PMC: PMC4307211](#)] [[PubMed: 25423601](#)]

Johnson RC. Impactos a largo plazo de la desagregación escolar y la calidad escolar. Cambridge, MA: Oficina Nacional de Investigación Económica; 2011.

Johnson SB, Riis JL, Noble KG. Revisión del estado del arte: la pobreza y el cerebro en desarrollo. *Pediatría*. 2016; 137 (4):e20153075. [[Artículo gratuito de PMC: PMC4811314](#)] [[PubMed: 26952506](#)]

Centro Conjunto de Estudios de Vivienda de la Universidad de Harvard. Vivienda de alquiler en Estados Unidos 2017. Cambridge, MA: Universidad de Harvard; 2017.

Centro Conjunto de Estudios de Vivienda de la Universidad de Harvard. El estado de la vivienda de la nación 2018. Cambridge, MA: Universidad de Harvard; 2018.

Jokela M. ¿Son causales las asociaciones vecinales de salud? Un estudio de cohorte prospectivo de 10 años con mediciones repetidas. *Revista americana de epidemiología*. 2014; 180 (8):776–784. [[PubMed: 25260937](#)]

Jokela M. ¿La privación del vecindario causa mala salud? Análisis intraindividual de los motores en un estudio de cohorte prospectivo. *Revista de Epidemiología y Salud Comunitaria*. 2015; 69 (9):899–904. [[PubMed: 25878354](#)]

C. P. Jones. Niveles de racismo: Un marco teórico y el cuento de un jardinero. *Revista estadounidense de salud pública*. 2000; 90 (8):1212–1215. [[Artículo gratuito de PMC: PMC1446334](#)] [[PubMed: 10936998](#)]

Jones KM, Power ML, Queenan JT, Schulkin J. Disparidades raciales y étnicas en la lactancia materna. *Medicina de la Lactancia Materna: Diario Oficial de la Academia de Medicina de la Lactancia Materna*. 2015; 10 (4): 186–196. [[Artículo gratuito de PMC: PMC4410446](#)] [[PubMed: 25831234](#)]

Just AC, Whyatt RM, Miller RL, Rundle AG, Chen Q, Calafat AM, Divjan A, Rosa MJ, Zhang H, Perera FP, Goldstein IF, Perzanowski MS. Metabolitos de ftalato urinario infantil y óxido nítrico exhalado fraccionado en una cohorte urbana. *Revista estadounidense de medicina respiratoria y de cuidados críticos*. 2012; 186 (9): 830–837. [[Artículo gratuito de PMC: PMC3530221](#)] [[PubMed: 22923660](#)]

Kainz K, Pan Y. Efectos escolares segregados en las ganancias de lectura de primer grado: uso de la coincidencia de puntaje de propensión para desenredar los efectos para estudiantes afroamericanos, latinos y euroamericanos. *EARCHI Informe trimestral de investigación sobre la primera infancia*. 2014; 29 (4): 531–537.

Kaiser P, Diez Roux AV, Mujahid M, Carnethon M, Bertoni A, Adar SD, Shea S, McClelland R, Lisabeth L. Ambientes de vecindario e hipertensión incidente en el estudio multiétnico de aterosclerosis. *Revista americana de epidemiología*. 2016; 183 (11):988–997. [[Artículo gratuito de PMC: PMC4887578](#)] [[PubMed: 27188946](#)]

Fundación de la Familia Kaiser. Cobertura de seguro médico para niños de 0 a 18 años. 2017. [12 de abril de 2019]. <https://www.kff.org/other/state-indicator/children-0-18/?currentTimeframe=0&sortModel=%7B%22colId%22:%22Uninsured%22,%22sort%22:%22desc%22%7D> .

Kalter H. Teratología en el siglo XX: causas ambientales de malformaciones congénitas en humanos y cómo se establecieron. *Neurotoxicología y Teratología*. 2003; 25 (2): 131–282. [[PubMed: 12748001](#)]

- Kapaya H, Mercer E, Boffey F, Jones G, Mitchell C, Anumba D. La privación y el apoyo psicosocial deficiente son determinantes clave de la presentación prenatal tardía y los resultados fetales deficientes: un estudio retrospectivo y prospectivo combinado. *BMC Embarazo Parto*. 2015; 15 :309. [[Artículo gratuito de PMC: PMC4660789](#)] [[PubMed: 26608259](#)]
- Kaufman JS, Dole N, Savitz DA, Herring AH. Modelado de los efectos a nivel comunitario sobre el parto prematuro. *Anales de Epidemiología*. 2003; 13 (5):377–384. [[PubMed: 12821277](#)]
- Kaushal N, Nepomnyaschy L. Riqueza, raza/etnicidad y resultados educativos de los niños. *Revisión de servicios para niños y jóvenes*. 2009; 31 (9):963–971.
- Kearney MS, Harris BH, Jácome E, Parker L. Diez hechos económicos sobre el crimen y el encarcelamiento en los Estados Unidos. Washington, DC: El Proyecto Hamilton; 2014.
- Kenney MK, Singh GK. Experiencias infantiles adversas entre niños indios americanos/nativos de Alaska: la encuesta nacional de salud infantil 2011-2012. *Scientifica*. 2016; 2016 :7424239. [[Artículo gratuito de PMC: PMC4977380](#)] [[PubMed: 27529052](#)]
- Kerker BD, Zhang J, Nadeem E, Stein RE, Hurlburt MS, Heneghan A, McCue Horwitz S. Experiencias infantiles adversas y salud mental, afecciones médicas crónicas y desarrollo en niños pequeños. *Pediatría Académica*. 2015; 15 :510–517. [[Artículo gratuito de PMC: PMC4562867](#)] [[PubMed: 26183001](#)]
- Kersten EE, LeWinn KZ, Gottlieb L, Jutte DP, Adler NE. Los niños de San Francisco que vivían en viviendas públicas remodeladas utilizaron menos los servicios intensivos que los niños en viviendas públicas más antiguas. *Asuntos de Salud*. 2014; 33 (12):2230–2237. [[PubMed: 25489043](#)]
- Centro de datos Kids Count. Niños que viven en áreas de alta pobreza por raza y etnia en los Estados Unidos. 2019. [15 de julio de 2019]. <https://datacenter.kidscount.org/data/tables/7753-children-living-in-areas-of-concentrated-poverty-by-race-and-ethnicity>.
- Kilpatrick SJ, Papile LA, Macones GA. Pautas para la atención perinatal. Washington, DC: Academia Estadounidense de Pediatría; 2017.
- Kim MA, Williams KA. Niveles de plomo en áreas de vertederos y exposición infantil: una revisión integradora. *Enfermería en Salud Pública*. 2017; 34 (1):87–97. [[PubMed: 26879806](#)]
- Kim S, England L, Shapiro-Mendoza C, Wilson H, Klejka J, Tucker M, Lewis C, Kendrick J. Colaboración comunitaria y federal para evaluar los resultados del embarazo en mujeres nativas de Alaska, 1997-2005. *Revista de salud materno-infantil*. 2014; 18 (3):634–639. [[Artículo gratuito de PMC: PMC4392760](#)] [[PubMed: 23775248](#)]
- Knopf JA, Finnie RK, Peng Y, Hahn RA, Truman BI, Vernon-Smiley M, Johnson VC, Johnson RL, Fielding JE, Muntaner C, Hunt PC, Phyllis Jones C, Fullilove MT. Grupo de trabajo de servicios preventivos comunitarios. Centros de salud escolares para promover la equidad en salud: revisión sistemática de una guía comunitaria. *Revista americana de medicina preventiva*. 2016; 51 (1):114–126. [[Artículo gratuito de PMC: PMC5759331](#)] [[PubMed: 27320215](#)]
- Koball H, Jiang Y. Datos básicos sobre niños de bajos ingresos. Niños menores de 18 años, 2016. Nueva York: Centro Nacional para Niños en Pobreza, Escuela de Salud Pública Mailman de la Universidad de Columbia; 2018a.
- Koball H, Jiang Y. Datos básicos sobre los niños de bajos ingresos: Niños menores de 9 años, 2016. Nueva York: Centro Nacional para Niños en Pobreza, Escuela Mailman de Salud Pública de la Universidad de Columbia; 2018b.

- Koball H, Capps R, Hooker S, Perreira K, Campetella A, Pedroza JM, Monson W, Huerta S. Necesidades de servicios sociales y de salud de niños ciudadanos estadounidenses con padres inmigrantes detenidos o deportados. Washington, DC: Instituto de Políticas Migratorias; 2015.
- Kogan MD, Kotelchuck M, Alexander GR, Johnson WE. Disparidades raciales en los consejos de atención prenatal informados por parte de los proveedores de atención médica. *Revista estadounidense de salud pública*. 1994; 84 (1): 82–88. [[Artículo gratuito de PMC: PMC1614898](#)] [[PubMed: 8279618](#)]
- Kolarik B, Naydenov K, Larsson M, Bornehag CG, Sundell J. La asociación entre los ftalatos en el polvo y las enfermedades alérgicas entre los niños búlgaros. *Perspectivas de Salud Ambiental*. 2008; 116 (1):98–103. [[Artículo gratuito de PMC: PMC2199301](#)] [[PubMed: 18197306](#)]
- Krafft C, Davis EE, Tout K. Los subsidios para el cuidado infantil y la estabilidad y calidad de los arreglos para el cuidado infantil. *Trimestral de investigación sobre la primera infancia*. 2017; 39 :14–34.
- Kramer MS, Kakuma R. Duración óptima de la lactancia materna exclusiva. *Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas*. 2012; 8 :CD003517. [[Artículo gratuito de PMC: PMC7154583](#)] [[PubMed: 22895934](#)]
- Krol KM, Grossmann T. Efectos psicológicos de la lactancia materna en niños y madres. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2018; 61 (8):977–985. [[Artículo gratuito de PMC: PMC6096620](#)] [[PubMed: 29934681](#)]
- Kull MA, Coley RL. Costos de vivienda y funcionamiento infantil: procesos a través de inversiones y tensiones financieras. *Revisión de servicios para niños y jóvenes*. 2014; 39 :25–38.
- Kumari M, Head J, Marmot M. Estudio prospectivo de factores de riesgo sociales y de otro tipo para la incidencia de diabetes tipo 2 en el Estudio Whitehall II. *Archivos de Medicina Interna*. 2004; 164 (17): 1873–1880. [[PubMed: 15451762](#)]
- Kuo AA, Etzel RA, Chilton LA, Watson C, Gorski PA. Pediatría de atención primaria y salud pública: Satisfaciendo las necesidades de los niños de hoy. *Revista estadounidense de salud pública*. 2012; 102 (12):e17–e23. [[Artículo gratuito de PMC: PMC3519320](#)] [[PubMed: 23078463](#)]
- Lane SD, Keefe RH, Rubinstein R, Levandowski BA, Webster N, Cibula DA, Boahene AK, Dele-Michael O, Carter D, Jones T, Wojtowycz M, Brill J. Violencia estructural, mercados minoristas urbanos de alimentos y bajo peso al nacer . *Salud y Lugar*. 2008; 14 (3):415–423. [[PubMed: 17928255](#)]
- Langley-Evans SC. Nutrición en la vida temprana y la programación de la enfermedad adulta: una revisión. *Revista de Nutrición Humana y Dietética*. 2015; 28 (Suplemento 1): 1–14. [[PubMed: 24479490](#)]
- Lanphear BP, Kahn RS, Berger O, Auinger P, Bortnick SM, Nahhas RW. Contribución de las exposiciones residenciales al asma en niños y adolescentes estadounidenses. *Pediatría*. 2001; 107 (6): e98. [[PubMed: 11389296](#)]
- Lau EY, Liu J, Archer E, McDonald SM, Liu J. Aumento de peso materno durante el embarazo y riesgo de obesidad entre los hijos: una revisión sistemática. *Diario de la obesidad*. 2014; 2014 (524939) [[Artículo gratuito de PMC: PMC4202338](#)] [[PubMed: 25371815](#)]
- Leeners B, Rath W, Block E, Gorres G, Tschudin S. Factores de riesgo para el resultado desfavorable del embarazo en mujeres con experiencias infantiles adversas. *Revista de Medicina Perinatal*. 2014; 42 (2): 171–178. [[PubMed: 24334452](#)]

- Lefmann T, Combs-Orme T. Estrés prenatal, pobreza y resultados infantiles. *Revista Trabajo Social Infantil y Adolescente*. 2014; 31 (6):577–590.
- Leininger LJ. Cobertura de seguro de año parcial y la utilización de la atención médica de los niños. *Investigación y revisión de la atención médica*. 2009; 66 (1):49–67. [PubMed: 18981264]
- Leininger L, Levy H. Salud infantil y acceso a la atención médica. El futuro de los niños. 2015; 25 (1):65–90. [Artículo gratuito de PMC: PMC4978135] [PubMed: 27516723]
- Leonard SA, Rasmussen KM, King JC, Abrams B. Trayectorias del peso materno desde antes del embarazo hasta el posparto y asociaciones con la obesidad infantil. *Revista americana de nutrición clínica*. 2017; 106 (5): 1295–1301. [Artículo gratuito de PMC: PMC5657288] [PubMed: 28877895]
- Leventhal T, Newman S. Vivienda y desarrollo infantil. Revisión de servicios para niños y jóvenes. 2010; 32 (9): 1165–1174.
- Lewis M, Myhra L. Atención integrada con poblaciones indígenas: considerando el papel de los sistemas de atención médica en las disparidades de salud. *Revista de atención médica para los pobres y desatendidos*. 2018; 29 (3): 1083–1107. [PubMed: 30122685]
- Li Y, Margerison-Zilko C, Strutz KL, Holzman C. Adversidad en el curso de la vida y aborto espontáneo previo en una cohorte de embarazo. *Problemas de salud de la mujer*. 2018; 28 (3):232–238. [PubMed: 29530382]
- Lidsky TI, Schneider JS. Neurotoxicidad por plomo en niños: mecanismos básicos y correlatos clínicos. *Cerebro*. 2003; 126 (1):5–19. [PubMed: 12477693]
- Lieb R, Merikangas KR, Hofler M, Pfister H, Isensee B, Wittchen HU. Trastornos por consumo de alcohol de los padres y consumo de alcohol y trastornos en la descendencia: un estudio comunitario. *Medicina Psicológica*. 2002; 32 (1):63–78. [PubMed: 11883731]
- Línea B, Poon L. *National Geographic*. 2013. [23 de abril de 2019]. Cómo otros países manejan la inmigración. <https://news.nationalgeographic.com/news/2013/06/130630-immigration-reform-world-refugees-asylum-canada-japan-australia-sweden-denmark-united-kingdomundocumented-immigrants> .
- Liu C, Vinnerljung B, Östberg V, Gauffin K, Juarez S, Cnattingius S, Hjern A. Atención fuera del hogar y posterior parto prematuro: un estudio de cohorte intergeneracional. *Pediatría*. 2018; 142 (2):e20172729. [PubMed: 30021856]
- Lodge CJ, Tan DJ, Lau MX, Dai X, Tham R, Lowe AJ, Bowatte G, Allen KJ, Dharmage SC. Lactancia materna, asma y alergias: una revisión sistemática y un metanálisis. *Acta Pediátrica*. 2015; 104 (467):38–53. [PubMed: 26192405]
- Lu Q, Lu MC, SchetterCD. Aprendiendo del éxito y el fracaso en la intervención psicosocial: una evaluación de los ensayos de prevención del bajo peso al nacer. *Revista de Psicología de la Salud*. 2005; 10 (2): 185–195. [PubMed: 15723889]
- Luthar S. Resiliencia en el desarrollo: una síntesis de la investigación a lo largo de cinco décadas. Cicchetti D, Cohen DJ, editores. Nueva York: Wiley; *Psicopatología del desarrollo*. (3º) 2006; 2 :740–795. Riesgo, desorden y adaptación.
- Luthar SS, Suchman NE, Altomare M. Grupo de madres de psicoterapia relacional: un ensayo clínico aleatorizado para madres que abusan de sustancias. *Desarrollo y Psicopatología*. 2007; 19 (1):243–261. [Artículo gratuito de PMC: PMC2190295] [PubMed: 17241493]
- Ma CT, Gee L, Kushel MB. Asociaciones entre la inestabilidad de la vivienda y la inseguridad alimentaria con el acceso a la atención médica en niños de bajos recursos. *Pediatría Ambulatoria*. 2008; 8 (1): 50–57. [PubMed: 18191782]
- Ma X, Liu J, Hardin JW, Zhao G, Liese AD. Acceso a alimentos en el vecindario y resultados de nacimientos en Carolina del Sur. *Revista de salud materno-infantil*. 2016; 20 (1): 187–

195. [PubMed: 26475580]

- Mameli C, Mazzantini S, Zuccotti GV. Nutrición en los primeros 1000 días: El origen de la obesidad infantil. *Revista Internacional de Investigación Ambiental y Salud Pública*. 2016; 13 (9):838. [Artículo gratuito de PMC: PMC5036671] [PubMed: 27563917]
- Manikkam M, Tracey R, Guerrero-Bosagna C, Skinner MK. Los disruptores endocrinos derivados de plásticos (BPA, DEHP y DBP) inducen la herencia transgeneracional epigenética de la obesidad, las enfermedades reproductivas y las epimutaciones espermáticas. *Más uno*. 2013; 8 (1):e55387. [Artículo gratuito de PMC: PMC3554682] [PubMed: 23359474]
- March of Dimes. Vitaminas y otros nutrientes durante el embarazo. 2018. [22 de abril de 2019]. <https://www.marchofdimes.org/pregnancy/vitamins-and-other-nutrients-durante-pregnancy.aspx>.
- Marchi J, Berg M, Dencker A, Olander EK, Begley C. Riesgos asociados con la obesidad en el embarazo, para la madre y el bebé: una revisión sistemática de revisiones. *Reseñas de obesidad*. 2015; 16 (8):621–638. [PubMed: 26016557]
- Margerison-Zilko C, Cubbin C, Jun J, Marchi K, Fingar K, Braveman P. Más allá de la sección transversal: Historias de pobreza del vecindario y parto prematuro. *Revista estadounidense de salud pública*. 2015; 105 (6): 1174–1180. [Artículo gratuito de PMC: PMC4431076] [PubMed: 25880941]
- Margolín G, Gordis EB. La exposición de los niños a la violencia en la familia y la comunidad. *Direcciones actuales en ciencia psicológica*. 2004; 13 (4):152–155.
- Markowitz G, Rosner D. Berkeley, CA: Prensa de la Universidad de California; Guerras de plomo: la política de la ciencia y el destino de los niños de Estados Unidos. 2014; 24
- Marks AK, McKenna JL, García Coll C. Contextos nacionales de recepción de inmigrantes: un aspecto crítico del bienestar de los jóvenes nativos, inmigrantes y refugiados. *Psicólogo Europeo*. 2018; 23 (1):6–20.
- Marques A, O'Connor T, Roth C, Susser E, Bjørke-Monsen AL. La influencia de la nutrición materna prenatal y de la primera infancia y el estrés materno prenatal en el desarrollo del sistema inmunológico de la descendencia y los trastornos del neurodesarrollo. *Fronteras en Neurociencia*. 2013; 7 :120. [Artículo gratuito de PMC: PMC3728489] [PubMed: 23914151]
- Martin A, Razza RA, Brooks-Gunn J. Especificación de los vínculos entre el caos doméstico y el desarrollo de los niños en edad preescolar. *Desarrollo y Cuidado de la Primera Infancia*. 2012; 182 (10): 1247–1263. [Artículo gratuito de PMC: PMC3422884] [PubMed: 22919120]
- Masho SW, Cha S, Chapman DA, Chelmow D. Comprender el papel de la violencia como determinante social del parto prematuro. *Revista americana de obstetricia y ginecología*. 2017; 216 (2):183.e1–183.e7. [PubMed: 27729255]
- Masten AS. *Magia ordinaria: Resiliencia en el desarrollo*. Nueva York: Guilford Press; 2014.
- Masten AS, Cutuli JJ, Herbers JE, Hinz E, Obradović J, Wenzel AJ. Riesgo académico y resiliencia en el contexto del sinhogarismo. *Perspectivas de desarrollo infantil*. 2014; 8 (4):201–206. [Artículo gratuito de PMC: PMC5882194] [PubMed: 29623104]
- Matheson SL, Kariuki M, Green MJ, Dean K, Harris F, Tzoumakis S, TarrenSweeney M, Brinkman S, Chilvers M, Sprague T, Carr VJ, Laurens KR. Efectos del maltrato y los trastornos del espectro de la esquizofrenia de los padres en el funcionamiento socioemocional de la primera infancia: un estudio de vinculación de registros de población. *Epidemiología y Ciencias Psiquiátricas*. 2017; 26 (6):612–623. [Artículo gratuito de PMC: PMC5729847] [PubMed: 27488170]

- Mathews TJ, MacDorman MF. Las estadísticas de mortalidad infantil del período 2004 vincularon el conjunto de datos de nacimiento/muerte infantil. Hyattsville, MD: Centro Nacional de Estadísticas de Salud; Informes Nacionales de Estadísticas Vitales. 2007; 55 (14):1–32. [PubMed: 17569269]
- Mathur A. Costos del cuidado de niños: otra forma más en la que le estamos fallando a los pobres. 2016. [14 de julio de 2019]. <http://www.aei.org/publication/childcare-costs-yet-another-way-were-failing-the-poor>.
- McGowan PO, Matthews SG. Estrés prenatal, glucocorticoides y programación del desarrollo de la respuesta al estrés. *Endocrinología*. 2018; 159 (1):69–82. [PubMed: 29136116]
- Medlin C, McDonald E. Mapear la brecha alimentaria 2018. Un informe sobre la inseguridad alimentaria del condado y del distrito del Congreso y el costo de los alimentos del condado en los Estados Unidos en 2016. Chicago, IL: Feeding American; 2018.
- Mehra R, Boyd LM, Ickovics JR. Segregación residencial racial y resultados de nacimiento adversos: una revisión sistemática y metanálisis. *Ciencias Sociales y Medicina*. 2017; 191 :237–250. [PubMed: 28942206]
- Meijer M, Bloomfield K, Engholm G. Los vecindarios también importan: la asociación entre la posición socioeconómica del vecindario, la densidad de población y la incidencia de cáncer de mama, próstata y pulmón en Dinamarca entre 2004 y 2008. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2013; 67 (1):6–13. [PubMed: 22826293]
- Merrick MT, Ford DC, Puertos KA, Guinn AS. Prevalencia de experiencias infantiles adversas del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo del Comportamiento 2011-2014 en 23 estados. *JAMA Pediatría*. 2018; 172 (11): 1038–1044. [Artículo gratuito de PMC: PMC6248156] [PubMed: 30242348]
- Messer LC, Kaufman JS, Dole N, Herring A, Laraia BA. Clasificación de exposición a delitos violentos y resultados adversos en el nacimiento: un estudio de cohorte definido geográficamente. *Revista internacional de geografía de la salud*. 2006; 5:22. [Artículo gratuito de PMC: PMC1502132] [PubMed: 16707017]
- Meyer BD, Sullivan JX. Cinco décadas de pobreza de consumo y de ingresos. Cambridge, MA: Oficina Nacional de Investigación Económica; 2009. (Documento de trabajo 14827).
- Miao M, Yuan W, He Y, Zhou Z, Wang J, Gao E, Li G, Li DK. Exposición intrauterina a bisfenol-A y distancia anogenital de descendencia masculina. *Investigación de defectos de nacimiento (Parte A)*. 2011; 91 (10):867–872. [PubMed: 21987463]
- Midoro-Horiuti T, Tiwari R, Watson CS, Goldblum RM. La exposición materna al bisfenol A promueve el desarrollo de asma experimental en crías de ratones. *Perspectivas de Salud Ambiental*. 2010; 118 (2):273–277. [Artículo gratuito de PMC: PMC2831929] [PubMed: 20123615]
- Mikati I, Benson AF, Luben TJ, Sacks JD, Richmond-Bryant J. Disparidades en la distribución de las fuentes de emisión de partículas por raza y estado de pobreza. *Revista estadounidense de salud pública*. 2018; 108 (4):480–485. [Artículo gratuito de PMC: PMC5844406] [PubMed: 29470121]
- Miller P. Un análisis crítico de la investigación sobre estudiantes sin hogar. *Revista de Investigación Educativa*. 2011; 81 (3):308–337.
- Miranda ML, Edwards SE, Chang HH, Auten RL. La proximidad a las carreteras y los resultados del embarazo. *Revista de Ciencias de la Exposición y Epidemiología Ambiental*. 2013; 23 (1):32–38. [PubMed: 22805991]
- Moffitt TE, Tanque K-GT. Exposición infantil a la violencia y salud de por vida; la ciencia de la intervención clínica y la investigación en biología del estrés unen sus fuerzas.

- Psicopatología del desarrollo. 2013; 24 :1619–1634. [Artículo gratuito de PMC: PMC3869039] [PubMed: 24342859]
- Monasta L, Batty GD, Cattaneo A, Lutje V, Ronfani L, Van Lenthe FJ, Brug J. Determinantes del sobrepeso y la obesidad en la vida temprana: una revisión de revisiones sistemáticas. *Reseñas de obesidad*. 2010; 11 (10):695–708. [PubMed: 20331509]
- Morenoff J.D. Mecanismos de vecindad y la dinámica espacial del peso al nacer. *Revista americana de sociología*. 2003; 108 (5):976–1017. [PubMed: 14560732]
- Morgan I, Amerikaner A. Un análisis de la equidad de financiación escolar en los EE. UU. y dentro de cada estado. Washington, DC: The Education Trust; 2018.
- Morrison S, Shenassa ED, Mendola P, Wu T, Schoendorf K. La carga alostática puede no estar asociada con el estrés crónico en mujeres embarazadas, NHANES 1999-2006. *Anales de Epidemiología*. 2013; 23 (5):294–297. [Artículo gratuito de PMC: PMC4132932] [PubMed: 23621995]
- Motti-Stefanidi F, García Coll C. Hemos recorrido un largo camino, bebé: "Explicando la adaptación positiva de los jóvenes inmigrantes a través de las culturas". *Diario de la Adolescencia*. 2018; 62 :218–221. [PubMed: 29031372]
- Muller C, Sampson RJ, Winter AS. Desigualdad ambiental: Las causas y consecuencias sociales de la exposición al plomo. *Revista Anual de Sociología*. 2018; 44 :263–282.
- Nakamura K, Itoh K, Dai H, Han L, Wang X, Kato S, Sugimoto T, Fushiki S. La exposición prenatal y de lactancia a dosis bajas de bisfenol A altera el comportamiento de los ratones adultos. *Cerebro y Desarrollo*. 2012; 34 (1):57–63. [PubMed: 21277127]
- NASEM (Academias Nacionales de Ciencias, Ingeniería y Medicina). *Trastornos mentales y discapacidades entre niños de bajos ingresos*. Washington, DC: Prensa de las Academias Nacionales; 2015a. [PubMed: 26632628]
- NASEM. *La integración de los inmigrantes en la sociedad americana*. Washington, DC: Prensa de las Academias Nacionales; 2015b.
- NASEM. *Cuestiones de crianza: Apoyo a los padres de niños de 0 a 8 años*. Washington, DC: Prensa de las Academias Nacionales; 2016a. [PubMed: 27997088]
- NASEM. *Prevención del acoso a través de la ciencia, las políticas y la práctica*. Washington, DC: Prensa de las Academias Nacionales; 2016b. [PubMed: 27748087]
- NASEM. *Comunidades en acción: Caminos hacia la equidad en salud*. Washington, DC: Prensa de las Academias Nacionales; 2017a. [PubMed: 28418632]
- NASEM. *Promoviendo el éxito educativo de niños y jóvenes que aprenden inglés: Futuros prometedores*. Washington, DC: Prensa de las Academias Nacionales; 2017b.
- NASEM. *Transformar la financiación del cuidado y la educación de la primera infancia*. Washington, DC: Prensa de las Academias Nacionales; 2018. [PubMed: 30088880]
- NASEM. *Una hoja de ruta para reducir la pobreza infantil*. Washington, DC: Prensa de las Academias Nacionales; 2019. [PubMed: 31593382]
- Centro Nacional de Estadísticas Educativas. *Tendencias en las tasas de abandono y finalización de la escuela secundaria en los Estados Unidos*. sf [22 de abril de 2019]. https://nces.ed.gov/programs/dropout/ind_05.asp.
- Congreso Nacional de Indios Americanos. *Desagregación de datos. La nación asterisco*. sf [23 de abril de 2019]. <http://www.ncai.org/policy-research-center/research-data/data>.
- Coalición Nacional de Vivienda de Bajos Ingresos. *La brecha: escasez de viviendas de alquiler asequibles*. 2018. [15 de julio de 2019]. <https://informes.nlihc.org/gap>.
- Consejo Científico Nacional sobre el Niño en Desarrollo. *Los niños pequeños se desarrollan en un entorno de relaciones (documento de trabajo 1)*. Cambridge, MA: Universidad de Harvard; 2004.

- Ncube CN, Enquobahrie DA, Albert SM, Herrick AL, Burke JG. Asociación del contexto del vecindario con el riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacer: una revisión sistemática y metanálisis de estudios basados en la población. *Ciencias Sociales y Medicina*. 2016; 153 :156–164. [[Artículo gratuito de PMC: PMC7302006](#)] [[PubMed: 26900890](#)]
- Ness MN, Rosenberg KD, Abrahamson-Richards T, Sandoval AP, Weiser TM, Warren-Mears V. Eventos de vida estresantes y síntomas depresivos posparto autoinformados 13-24 meses después del nacimiento vivo entre madres indias americanas/nativas de Alaska no hispanas en Oregón: Resultados de una encuesta basada en la población. *Investigación sobre la salud mental de los indios americanos y los nativos de Alaska*. 2017; 24 (2):76–98. [[PubMed: 28832889](#)]
- Newman SJ. ¿Importa la vivienda para las familias pobres? Un resumen crítico de la investigación y los problemas aún por resolver. *Revista de análisis y gestión de políticas*. 2008; 27 (4): 895–925.
- Newman SJ, Holupka CS. Asequibilidad de la vivienda e inversiones en los niños. *Revista de Economía de la Vivienda*. 2014; 24 :89–100.
- Newman S, Holupka CS. La asequibilidad de la vivienda y el logro cognitivo de los niños. *Asuntos de Salud*. 2016; 35 (11):2092–2099. [[PubMed: 27834251](#)]
- Nichols EB, Loper AB. Encarcelamiento en el hogar: Resultados académicos de adolescentes con un familiar encarcelado. *Revista de Juventud y Adolescencia*. 2012; 41 (11): 1455–1471. [[PubMed: 22714743](#)]
- NRC y OIM. De las neuronas a los vecindarios: la ciencia del desarrollo de la primera infancia. Washington, DC: Prensa de la Academia Nacional; 2000. [[PubMed: 25077268](#)]
- NRC y OIM. Movilidad estudiantil: Explorando los impactos de los movimientos frecuentes en el rendimiento: Resumen de un taller. Washington, DC: Prensa de las Academias Nacionales; 2010.
- Nyaradi A, Li J, Hickling S, Foster J, Oddy W. El papel de la nutrición en el desarrollo neurocognitivo de los niños, desde el embarazo hasta la niñez. *Fronteras en la Neurociencia Humana*. 2013; 7:97 . [[Artículo gratuito de PMC: PMC3607807](#)] [[PubMed: 23532379](#)]
- Oberg C, Colianni S, King-Schultz L. Disparidades en la salud infantil en el siglo XXI. *Problemas Actuales en la Atención de la Salud Pediátrica y del Adolescente*. 2016; 46 (9):291–312. [[PubMed: 27712646](#)]
- Obradović J, Long JD, Cutuli J, Chan CK, Hinz E, Heistad D, Masten AS. Logro académico de niños sin hogar y con gran movilidad en un distrito escolar urbano: evidencia longitudinal sobre el riesgo, el crecimiento y la resiliencia. *Psicopatología del desarrollo*. 2009; 21 (2):493–518. [[PubMed: 19338695](#)]
- O'Campo P, Burke JG, Culhane J, Elo IT, Eyster J, Holzman C, Messer LC, Kaufman JS, Laraia BA. Privación del vecindario y parto prematuro entre mujeres blancas y negras no hispanas en ocho áreas geográficas de los Estados Unidos. *Revista americana de epidemiología*. 2008; 167 (2): 155–163. [[PubMed: 17989062](#)]
- OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos). La resiliencia del alumnado de origen inmigrante: Factores que configuran el bienestar. París, Francia: Publicaciones de la OCDE; 2018. Políticas y prácticas para apoyar la resiliencia de los estudiantes de origen inmigrante.
- Oficina de Cuidado de Niños. Hecho rápido. sf [22 de abril de 2019]. <https://www.acf.hhs.gov/occ/quick-fact> .
- Oficina de Head Start. Historia de Head Start. 2018a. [22 de abril de 2019]. <https://www.acf.hhs.gov/ohs/about/history-of-head-start> .

- Oficina de Head Start. Datos del programa Head Start. Ejercicio 2017. 2018b. [22 de abril de 2019]. <https://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/about-us/article/head-start-program-facts-fiscal-year-2017>.
- Oh DL, Jerman P, Silverio Marques S, Koita K, Purewal Boparai SK, Burke Harris N, Bucci M. Revisión sistemática de los resultados de salud pediátricos asociados con la adversidad infantil. *BMC Pediatría*. 2018; 18 (1):83. [[Artículo gratuito de PMC: PMC5824569](#)] [[PubMed: 29475430](#)]
- Olivet J, Dones M, Richard M, Wilkey C, Yampolskaya S, Beit-Arie M, Joseph L. Apoyo a las asociaciones para las comunidades antirracistas: resultados del estudio de la fase uno. Needham, MA: Centro para la Innovación Social; 2018.
- Olsen JM. Revisión integradora de los riesgos para la salud del embarazo y los resultados asociados con experiencias infantiles adversas. *Revista de enfermería obstétrica, ginecológica y neonatal*. 2018; 47 (6):783–794. [[PubMed: 30308147](#)]
- Ore CE, Teufel-Shone N, Chico-Jarillo TM. Resiliencia de los indios americanos y los nativos de Alaska a lo largo del curso de la vida y entre generaciones: una revisión de la literatura. *Investigación sobre la salud mental de los indios americanos y los nativos de Alaska*. 2016; 23 (3):134–157. [[Artículo gratuito de PMC: PMC6051698](#)] [[PubMed: 27383090](#)]
- Osofsky JD. Prevalencia de la exposición de los niños a la violencia doméstica y al maltrato infantil: implicaciones para la prevención y la intervención. *Revista de Psicología Clínica Infantil y Familiar*. 2003; 6 (3):161–170. [[PubMed: 14620577](#)]
- Osterman MJK, Martín JA. Momento y adecuación de la atención prenatal en los Estados Unidos, 2016. *Informes Nacionales de Estadísticas Vitales*. 2018; 67 (3):1–14. [[PubMed: 29874159](#)]
- Pac JE, Bartel AP, Ruhm CJ, Waldfogel J. Permiso familiar pagado y lactancia: evidencia de California. Cambridge, MA: Oficina Nacional de Investigación Económica; 2019.
- Paczkowski MM, Galea S. Características sociodemográficas del barrio y síntomas depresivos. *Opinión actual en psiquiatría*. 2010; 23 (4):337–341. [[PubMed: 20520548](#)]
- Padula AM, Humblet O, Mortimer K, Lurmann F, Tager I. Exposición a la contaminación del aire durante el embarazo y crecimiento de la función pulmonar en la cohorte FACES Lite. *Resúmenes de reuniones. Revista estadounidense de medicina respiratoria y de cuidados críticos. Conferencia: Conferencia Internacional de la Sociedad Torácica Americana, ATS*. 2012; 185 (1):A1725.
- Paradies Y, Ben J, Denson N, Elias A, Priest N, Pieterse A, Gupta A, Kelaher M, Gee G. El racismo como determinante de la salud: una revisión sistemática y un metanálisis. *Más uno*. 2015; 10 (9):e0138511. [[Artículo gratuito de PMC: PMC4580597](#)] [[PubMed: 26398658](#)]
- Pearl M, Braveman P, Abrams B. La relación de las características socioeconómicas del vecindario con el peso al nacer entre 5 grupos étnicos en California. *Revista estadounidense de salud pública*. 2001; 91 (11): 1808–1814. [[Artículo gratuito de PMC: PMC1446884](#)] [[PubMed: 11684609](#)]
- Petrosky E, Blair JM, Betz CJ, Fowler KA, Jack SPD, Lyons BH. Diferencias raciales y étnicas en los homicidios de mujeres adultas y el papel de la violencia de pareja—Estados Unidos, 2003–2014. *Informe Semanal de Morbilidad y Mortalidad*. 2017; 66 (28):741–746. [[Artículo gratuito de PMC: PMC5657947](#)] [[PubMed: 28727682](#)]
- Pickett KE, Pearl M. Análisis multinivel del contexto socioeconómico del vecindario y los resultados de salud: una revisión crítica. *Revista de Epidemiología y Salud Comunitaria*. 2001; 55 (2):111–122. [[Artículo gratuito de PMC: PMC1731829](#)] [[PubMed: 11154250](#)]

- Poston L, Harthoorn LF, Van Der Beek EM. Obesidad en el embarazo: Implicaciones para la madre y la salud del niño durante toda la vida. Una declaración de consenso. *Investigación Pediátrica*. 2011; 69 (2):175–180. [PubMed: 21076366]
- Poulton R, Moffitt TE, Silva PA. El estudio multidisciplinario de salud y desarrollo de Dunedin: descripción general de los primeros 40 años, con la mirada puesta en el futuro. *Psiquiatría Social y Epidemiología Psiquiátrica*. 2015; 50 (5):679–693. [Artículo gratuito de PMC: PMC4412685] [PubMed: 25835958]
- Grupo de trabajo del presidente sobre riesgos ambientales para la salud y riesgos de seguridad para los niños. Plan de acción federal para reducir la exposición infantil al plomo. Washington, DC: Agencia de Protección Ambiental de EE. UU.; 2018.
- Priest N, Paradies Y, Trenerry B, Truong M, Karlsen S, Kelly Y. Una revisión sistemática de estudios que examinan la relación entre el racismo denunciado y la salud y el bienestar de niños y jóvenes. *Ciencias Sociales y Medicina*. 2013; 95 :115–127. [PubMed: 23312306]
- Provenzal N, Carpeta EB. Los efectos del estrés de la vida temprana en el epigenoma: desde el útero hasta la edad adulta e incluso antes. *Neurología Experimental*. 2015; 268 :10–20. [PubMed: 25218020]
- Corporación de Gestión de la Salud Pública. Hallazgos de la Encuesta ACE Urbana de Filadelfia. Filadelfia, PA: Grupo de Investigación y Evaluación de Public Health Management Corporation; 2013.
- Racine N, Plamondon A, Madigan S, McDonald S, Tough S. Experiencias infantiles adversas maternas y desarrollo infantil. *Pediatría*. 2018; 141 (4):e20172495. [PubMed: 29559588]
- Raglan G, Lannon S, Jones K, Schulkin J. Disparidades raciales y étnicas en el parto prematuro entre mujeres indias americanas y nativas de Alaska. *Revista de salud maternoinfantil*. 2016; 20 (1): 16–24. [PubMed: 26187576]
- Ramakrishnan U, Grant F, Goldenberg T, Zongrone A, Martorell R. Efecto de la nutrición de la mujer antes y durante el embarazo temprano en los resultados maternos e infantiles: una revisión sistemática. *Epidemiología Pediátrica y Perinatal*. 2012; 26 (Suplemento 1):285–301. [PubMed: 22742616]
- Ramchandani PG, Psychogiou L, Vlachos H, Iles J, Sethna V, Netsi E, Lodder A. Depresión paterna: un examen de sus vínculos con el funcionamiento del padre, el niño y la familia en el período posnatal. *Depresión y ansiedad*. 2011; 28 (6):471–477. [Artículo gratuito de PMC: PMC3128925] [PubMed: 21506206]
- Rauh VA, Landrigan PJ, Claudio L. Vivienda y salud. *Anales de la Academia de Ciencias de Nueva York*. 2008; 1136 (1):276–288. [PubMed: 18579887]
- Ready D, Silander M. Composición racial y étnica escolar y desarrollo cognitivo de los niños pequeños. En: Frankenberg E, Debray-Pelot E, editores. *Integrando las escuelas en una sociedad cambiante: Nuevas políticas y opciones legales para una generación multirracial*. Chapel Hill, NC: Universidad de Carolina del Norte; 2011. págs. 91–113.
- Reardon SF. Estado socioeconómico del distrito escolar, raza y rendimiento académico. Stanford, CA: Centro de Stanford para el Análisis de Políticas Educativas; 2016.
- Reeves RV, Krause E. Los efectos de la depresión materna en el desarrollo de la primera infancia y las implicaciones para la movilidad económica. Washington, DC: La Institución Brookings; 2019.
- Rentner TL, Dixon LD, Lengel L. Criticando las campañas de comunicación sobre la salud del síndrome alcohólico fetal dirigidas a los indios americanos. *Revista de Comunicación en Salud*. 2012; 17 (1):6–21. [PubMed: 22044046]
- Rhodes AE, Boyle MH, Bethell J, Wekerle C, Goodman D, Tonmyr L, Manion I. Maltrato infantil e inicio de presentaciones en el departamento de emergencias por conductas

- relacionadas con el suicidio. Abuso y negligencia infantil. 2012; 36 :542–551. [PubMed: 22749614]
- Rich-Edwards JW, Buka SL, Brennan RT, Earls F. Asociaciones divergentes de edad materna con bajo peso al nacer para madres blancas y negras. *Revista Internacional de Epidemiología*. 2003; 32 (1): 83–90. [PubMed: 12690015]
- Ritsher JE, Warner V, Johnson JG, Dohrenwend BP. Estudio longitudinal intergeneracional de clase social y depresión: una prueba de causalidad social y modelos de selección social. *El Diario Británico de Psiquiatría*. 2001; 40 :S84–S90. [PubMed: 11315232]
- Robinette JW, Charles ST, Mogle JA, Almeida DM. Cohesión vecinal y bienestar cotidiano: Resultados de un estudio diario. *Ciencias Sociales y Medicina*. 2013; 96 :174–182. [Artículo gratuito de PMC: PMC3936882] [PubMed: 24034965]
- Rojas-Flores L, Clements ML, Koo JH, London J. Trauma y angustia psicológica en niños ciudadanos latinos después de la detención y deportación de sus padres. *Trauma psicológico: teoría, investigación, práctica y política*. 2017; 9 (3):352–361. [PubMed: 27504961]
- Rutman S, Taulii M, Ned D, Tetrick C. Salud reproductiva y violencia sexual entre mujeres jóvenes indígenas estadounidenses y nativas de Alaska urbanas: hallazgos seleccionados de la Encuesta Nacional de Crecimiento Familiar (2002). *Revista de salud materno-infantil*. 2012; 16 (Suplemento 2):347–352. [PubMed: 22903302]
- Rutman S, Phillips L, Sparck A. Acceso y uso de la atención médica por parte de los indios americanos urbanos y los nativos de Alaska: hallazgos de la encuesta nacional de entrevistas de salud (2006-09). *Revista de atención médica para los pobres y desatendidos*. 2016; 27 (3): 1521–1536. [PubMed: 27524782]
- Rutter M. Factores protectores en las respuestas de los niños al estrés y la desventaja. Kent WM, Rolf JE, editores. Hanover, NH: University Press de Nueva Inglaterra; *Prevención primaria de la psicopatología*. 1979; 3 :49–74.
- Ryan AS. La lactancia materna y el riesgo de obesidad infantil. *Collegium Antropologicum*. 2007; 31 (1): 19–28. [PubMed: 17598382]
- Ryan JP, Perron BE, Huang H. Bienestar infantil y la transición a la edad adulta: investigación del estado de colocación y arrestos posteriores. *Revista de Juventud y Adolescencia*. 2016; 45 (1): 172–182. [PubMed: 26014611]
- Saelens BE, Sallis JF, Black JB, Chen D. Diferencias en la actividad física basadas en el vecindario: una evaluación a escala ambiental. *Revista estadounidense de salud pública*. 2003a; 93 (9): 1552–1558. [Artículo gratuito de PMC: PMC1448009] [PubMed: 12948979]
- Saelens BE, Sallis JF, Frank LD. Correlatos ambientales de caminar y andar en bicicleta: Hallazgos de las literaturas de transporte, diseño urbano y planificación. *Anales de Medicina del Comportamiento*. 2003b; 25 (2): 80–91. [PubMed: 12704009]
- Sameroff AJ. Factores de riesgo ambientales en la infancia. *Pediatría*. 1998; 102 (suplemento E1): 1287–1292. [PubMed: 9794971]
- Sameroff A, Seifer R, Zax M, Barocas R. Indicadores tempranos de riesgo de desarrollo: estudio longitudinal de Rochester. *Boletín de esquizofrenia*. 1987a; 13 (3):383–394. [PubMed: 3629195]
- Sameroff AJ, Seifer R, Barocas R, Zax M, Greenspan S. Puntuaciones del cociente de inteligencia de niños de 4 años: factores de riesgo socioambientales. *Pediatría*. 1987b; 79 (3):343–350. [PubMed: 3822634]
- Sampson RJ, Invierno AS. La ecología racial del envenenamiento por plomo. *Revista Du Bois*. 2016; 13 (2):261–283.

- Sandel M, Desmond M. Invertir en viviendas para la salud mejora tanto la misión como el margen. *JAMA*. 2017; 318 (23):2291–2292. [PubMed: 29090312]
- Sandel M, Phelan K, Wright R, Hynes HP, Lanphear BP. Los efectos de las intervenciones de vivienda en la salud infantil. *Anales pediátricos*. 2004; 33 (7):474–481. [PubMed: 15298313]
- Sankar MJS, Chowdhury RB, Bhandari RN, Teneja S, Martines J. Prácticas óptimas de lactancia materna y mortalidad de lactantes y niños: una revisión sistemática y un metanálisis. *Acta Pediátrica*. 2015; 104 :3–13. [PubMed: 26249674]
- Santiago CD, Kaltman S, Miranda J. Pobreza y salud mental: ¿Cómo les va en psicoterapia a adultos y niños de bajos ingresos? *Revista de Psicología Clínica*. 2013; 69 (2):115–126. [PubMed: 23280880]
- Schempf A, Strobino D, O'Campo P. Efectos del vecindario sobre el peso al nacer: una exploración de las vías psicosociales y conductuales en Baltimore, 1995-1996. *Ciencias Sociales y Medicina*. 2009; 68 (1): 100–110. [Artículo gratuito de PMC: PMC3524833] [PubMed: 18995941]
- Schmit S, Walker C. Acceso dispar. Datos de Head Start y CCDBG por raza y etnia. Washington, DC: Centro de Derecho y Política Social; 2016.
- Schofield TJ, Lee RD, Merrick MT. Relaciones seguras, estables y enriquecedoras como moderador de la continuidad intergeneracional del maltrato infantil: un metanálisis. *Revista de Salud Adolescente*. 2013; 53 :S32–S38. [Artículo gratuito de PMC: PMC3784834] [PubMed: 24059937]
- Schwartz M, Wilson E. ¿Quién puede permitirse vivir en una casa? Una mirada a los datos de la encuesta de la comunidad estadounidense de 2006. sf [22 de abril de 2019]. <https://www.census.gov/housing/census/publications/who-can-afford.pdf>.
- Schwarzenberg SJ, Georgieff MK. Abogacía para mejorar la nutrición en los primeros 1000 días para apoyar el desarrollo infantil y la salud de los adultos. *Pediatría*. 2018; 141 (2):e20173716. [PubMed: 29358479]
- Sedlak AJ, Mettenburg J, Basena M, Petta I, McPherson K, Greene A, Li S. Cuarto Estudio Nacional de Incidencia de Abuso y Negligencia Infantil (NIS-4): Informe al Congreso. Washington, DC: Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Administración para Niños y Familias; 2010.
- Sharfstein J, Sandel M, Kahn R, Bauchner H. ¿Está en riesgo la salud infantil mientras las familias esperan los vales de vivienda? *Revista estadounidense de salud pública*. 2001; 91 (8):1191–1192. [Artículo gratuito de PMC: PMC1446743] [PubMed: 11499101]
- Sharkey P. El efecto agudo de los homicidios locales en el rendimiento cognitivo de los niños. *Actas de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos de América*. 2010; 107 (26): 11733–11738. [Artículo gratuito de PMC: PMC2900647] [PubMed: 20547862]
- Sharkey PT, Tirado-Strayer N, Papachristos AV, Raver CC. El efecto de la violencia local en la atención y el control de los impulsos de los niños. *Revista estadounidense de salud pública*. 2012; 102 (12):2287–2293. [Artículo gratuito de PMC: PMC3519330] [PubMed: 23078491]
- Sheffield PE, Coulombe RA, Speranza R, Chiu Y-HM, Hsu H-HL, Curtin PC, Renzetti S, Pajak A, Coull B, Schwartz J, Kloog I, Wright RJ. Asociación entre la exposición a la contaminación del aire por partículas durante el embarazo y el funcionamiento psicológico materno posparto. *Más uno*. 2018; 13 (4): e0195267. [Artículo gratuito de PMC: PMC5905884] [PubMed: 29668689]
- Shen H, Magnusson C, Rai D, Lundberg M, Lê-Scherban F, Dalman C, Lee BK. Asociaciones de la depresión de los padres con el rendimiento escolar del niño a la edad de 16 años en

- Suecia. JAMA Psiquiatría. 2016; 7 :239–246. [PubMed: 26842307]
- Shervin A. Disparidades en la salud debido a la disminución del rendimiento entre los estadounidenses negros: soluciones de política pública. Cuestiones sociales y revisión de políticas. 2018; 12 (1): 112–145.
- Shin SH, Edwards E, Heeren T, Amodeo M. Relación entre múltiples formas de maltrato por parte de un padre o tutor y el consumo de alcohol en adolescentes. El Diario Americano sobre Adicciones. 2009; 18 (3):226–234. [PubMed: 19340641]
- Policía de Shinkman. Noticias de EE. UU. e informe mundial. 2018. [23 de abril de 2019]. Comparación de las políticas y prácticas de detención de niños. <https://www.usnews.com/news/best-countries/articles/2018-06-25/cómo-otros-países-tratamiento-de-niños-migrantes-detenido-comparar-con-el-nosotros>
- Shonkoff JP, Garner AS. Comité de Aspectos Psicosociales de la Salud Infantil y Familiar, Comité de Primera Infancia, Adopción y Cuidado de Dependientes, Sección de Pediatría del Desarrollo y Conductual. Los efectos de por vida de la adversidad en la primera infancia y el estrés tóxico. Pediatría. 2012; 129 (1): e232–e246. [PubMed: 22201156]
- Singer A. Trabajadores inmigrantes en la fuerza laboral estadounidense. Washington, DC: La Institución Brookings; 2012.
- Skiba RJ, Arredondo MI, Rausch MK. Disparidades disciplinarias: una colaboración de investigación a práctica. Bloomington, IN: The Equity Project de la Universidad de Indiana, Centro de Evaluación y Política Educativa; 2014.
- Sloven N, Fitzmaurice G, Williams DR, Gilman SE. Pobreza, inseguridad alimentaria y el comportamiento de los trastornos internalizantes y externalizantes infantiles. Revista de la Academia Estadounidense de Psiquiatría Infantil y Adolescente. 2010; 49 (5):444–452. [PubMed: 20431464]
- Smith L, Li V, Dykema S, Hamlet D, Shellman A. “Honrando a alguien que la sociedad no honra”: Terapeutas que trabajan en el contexto de la pobreza. Revista de Psicología Clínica. 2013; 69 (2):138–151. [PubMed: 23280338]
- Smith MV, Gotman N, Yonkers KA. Adversidad en la primera infancia y resultados del embarazo. Revista de salud materno-infantil. 2016; 20 (4):790–798. [Artículo gratuito de PMC: PMC4849279] [PubMed: 26762511]
- Smith S, Stagman S, Blank S, Ong C, McDow K. Creación de sistemas sólidos de apoyo para la salud mental de los niños pequeños: estrategias clave para los estados y una herramienta de planificación. Nueva York: Centro Nacional para Niños en Pobreza, Escuela de Salud Pública Mailman, Universidad de Columbia; 2011.
- CD Solari, Mare RD. Efectos del hacinamiento en la vivienda sobre el bienestar de los niños. Investigación en Ciencias Sociales. 2012; 41 (2):464–476. [Artículo gratuito de PMC: PMC3805127] [PubMed: 23017764]
- Spanier AJ, Kahn RS, Kunselman AR, Hornung R, Xu Y, Calafat AM, Lanphear BP. Exposición prenatal a bisfenol A y sibilancias infantiles desde el nacimiento hasta los 3 años de edad. Perspectivas de Salud Ambiental. 2012; 120 (6):916–920. [Artículo gratuito de PMC: PMC3385426] [PubMed: 22334053]
- Sternthal MJ, Jun HJ, Earls F, Wright RJ. Violencia comunitaria y asma infantil urbana: un análisis multinivel. Revista respiratoria europea. 2010; 36 (6): 1400–1409. [Artículo gratuito de PMC: PMC4811341] [PubMed: 20413538]
- Subramanian SV, Chen JT, Rehkopf DH, Waterman PD, Krieger N. Comparación de medidas socioeconómicas individuales y de área para la vigilancia de las disparidades de salud: un análisis multinivel de nacimientos en Massachusetts, 1989-1991. Revista americana de epidemiología. 2006; 164 (9):823–834. [PubMed: 16968866]

- Sue DW. Asesoramiento a personas culturalmente diversas: Teoría y práctica, 8ª ed. Hoboken, Nueva Jersey: John Wiley & Sons; 2019.
- Sweeney S, MacBeth A. Los efectos de la depresión paterna en los resultados de niños y adolescentes: una revisión sistemática. *Revista de trastornos afectivos*. 2016; 205 : 44–59. [PubMed: 27414953]
- Tabacchi G, Giammanco S, La Guardia M, Giammanco M. Una revisión de la literatura y una nueva clasificación de los determinantes tempranos de la obesidad infantil: desde el embarazo hasta los primeros años de vida. *Investigación de nutrición de NTR*. 2007; 27 (10):587–604.
- Taylor CM, Golding J, Emond AM. Efectos adversos de los niveles maternos de plomo en los resultados del nacimiento en el estudio ALSPAC: un estudio prospectivo de cohortes de nacimiento. *BJOG: una revista internacional de obstetricia y ginecología*. 2015; 122 (3):322–328. [Artículo gratuito de PMC: PMC4322474] [PubMed: 24824048]
- Taylor CM, Golding J, Emond AM. Exposición prenatal moderada a cadmio y resultados de nacimiento adversos: ¿un papel para las diferencias específicas de sexo? *Epidemiología Pediátrica y Perinatal*. 2016; 30 (6):603–611. [Artículo gratuito de PMC: PMC5111596] [PubMed: 27778365]
- La boleta de calificaciones de la nación. Resultados a nivel de logro nacional. 2017. [22 de abril de 2019]. https://www.nationsreportcard.gov/reading_2017/nation/achievement/?grade=4.
- Los fideicomisos benéficos de Pew. Las familias estadounidenses se enfrentan a una carga de alquiler cada vez mayor. Washington, DC: The Pew Charitable Trusts; 2018.
- Theall KP, Shirtcliff EA, Dismukes AR, Wallace M, Drury SS. Asociación entre violencia vecinal y estrés biológico en niños. *JAMA Pediatría*. 2017; 171 (1):53–60. [Artículo gratuito de PMC: PMC5262476] [PubMed: 27842189]
- Thompson R, Lewis T, Neilson EC, English DJ, Litrownik AJ, Margolis B, Dubowitz H. Maltrato infantil y comportamiento sexual de riesgo. *Maltrato infantil*. 2017; 22 :69–78. [Artículo gratuito de PMC: PMC6685066] [PubMed: 27777330]
- Thorne-Lyman AL, Fawzi WW. Vitamina A y carotenoides durante el embarazo y resultados de salud materna, neonatal e infantil: una revisión sistemática y metanálisis. *Epidemiología Pediátrica y Perinatal*. 2012; 26 (Suplemento 1): 36–54. [Artículo gratuito de PMC: PMC3843354] [PubMed: 22742601]
- Trasande L, Attina TM, Trachtman H. La exposición al bisfenol A se asocia con una excreción de albúmina urinaria de bajo grado en niños de los Estados Unidos. *Riñón Internacional*. 2013; 83 (4):741–748. [Artículo gratuito de PMC: PMC3709970] [PubMed: 23302717]
- Tsai SS, Yu HS, Chang CC, Chuang HY, Yang CY. Mayor riesgo de parto prematuro en mujeres que residen cerca de centrales térmicas en Taiwán. *Archivos de Salud Ambiental*. 2004; 59 (9):478–483. [PubMed: 16381490]
- Twardzik E, Cotto-Negron C, MacDonald M. Factores relacionados con la inscripción en la Parte C de intervención temprana: una revisión sistemática. *Revista de Discapacidad y Salud*. 2017; 10 (4):467–474. [PubMed: 28187953]
- Uebelacker LA, Eaton CB, Weisberg R, Sands M, Williams C, Calhoun D, Manson JE, Denburg NL, Taylor T. El apoyo social y la actividad física como moderadores del estrés vital en la predicción de la depresión inicial y el cambio en la depresión a lo largo del tiempo en el Women's Iniciativa de Salud. *Psiquiatría Social y Epidemiología Psiquiátrica*. 2013; 48 (12): 1971–1982. [Artículo gratuito de PMC: PMC3796164] [PubMed: 23644722]

- Ullrich R, Schmitt S, Cosse R. Acceso inequitativo a los subsidios para el cuidado infantil. Washington, DC: Centro de Derecho y Política Social; 2019.
- Oficina del Censo de EE.UU. Encuesta sobre la comunidad estadounidense. 2015. [14 de julio de 2019]. <https://www.census.gov/topics/housing.html>.
- Valdez CR, Padilla B, Moore SM, Magana S. Viabilidad, aceptabilidad y resultados preliminares de la intervención Fortalezas Familiares para familias latinas que enfrentan depresión materna. *Proceso familiar*. 2013; 52 (3):394–410. [Artículo gratuito de PMC: PMC3964849] [PubMed: 24033238]
- Valentino R. ¿El prekínder público realmente cerrará las brechas de rendimiento? Brechas en la calidad del prekínder entre los estudiantes y entre los estados. *Revista de investigación educativa estadounidense*. 2018; 55 (1):79–116.
- van den Bergh BRH, Dahnke R, Mennes M. El estrés prenatal y el cerebro en desarrollo: riesgos de trastornos del neurodesarrollo. *Desarrollo y Psicopatología*. 2018; 30 (3):743–762. [PubMed: 30068407]
- van Lenthe FJ, Schrijvers CT, Droomers M, Joung IM, Louwman MJ, Mackenbach JP. Investigando las explicaciones de las desigualdades socioeconómicas en salud: The Dutch Globe Study. *Revista Europea de Salud Pública*. 2004; 14 (1):63–70. [PubMed: 15080394]
- Van Lieshout RJ, Taylor VH, Boyle MH. Obesidad antes del embarazo y durante el embarazo y resultados del desarrollo neurológico en la descendencia: una revisión sistemática. *Reseñas de obesidad*. 2011; 12 (5): e548–e559. [PubMed: 21414129]
- VanDeMark NR, Russell LA, O'Keefe M, Finkelstein N, Noether CD, Gampel JC. Hijos de madres con antecedentes de abuso de sustancias, enfermedad mental y trauma. *Revista de Psicología Comunitaria*. 2005; 33 (4):445–459.
- Vandenbergh JG. Modelos animales y estudios de los efectos disruptores endocrinos en el útero. *Revista ILAR*. 2004; 45 (4):438–442. [PubMed: 15454682]
- Veena SR, Gale CR, Krishnaveni GV, Kehoe SH, Srinivasan K, Fall CH. Asociación entre el estado nutricional materno en el embarazo y la función cognitiva de los hijos durante la infancia y la adolescencia; una revisión sistemática. *BMC Embarazo Parto*. 2016; 16 :220. [Artículo gratuito de PMC: PMC4982007] [PubMed: 27520466]
- Vinikoor-Imler LC, Messer LC, Evenson KR, Laraia BA. Las condiciones del vecindario están asociadas con los comportamientos de salud materna y los resultados del embarazo. *Ciencias Sociales y Medicina*. 2011; 73 (9): 1302–1311. [Artículo gratuito de PMC: PMC4951203] [PubMed: 21920650]
- Walker C, Matthews H. La participación en CCDBG cae a un mínimo histórico. Washington, DC: Centro de Derecho y Política Social; 2017.
- Wallace M, Harville E, Theall K, Webber L, Chen W, Berenson G. Pobreza del vecindario, carga alostática y resultados de nacimiento en mujeres afroamericanas y blancas: hallazgos del estudio del corazón de Bogalusa. *Salud y Lugar*. 2013; 24 :260–266. [Artículo gratuito de PMC: PMC3921680] [PubMed: 24184350]
- Wang HX, Zhou Y, Tang CX, Wu JG, Chen Y, Jiang QW. Asociación entre la exposición al bisfenol A y el índice de masa corporal en escolares chinos: un estudio transversal. *Salud Ambiental*. 2012; 11:79 . [Artículo gratuito de PMC: PMC3549797] [PubMed: 23083070]
- Wang L, Collins C, Ratliff M, Xie B, Wang Y. La lactancia materna reduce los riesgos de obesidad infantil. *Obesidad infantil*. 2017; 13 (3):197–204. [PubMed: 28398851]
- Warren EJ. Asequibilidad de la vivienda y dificultades materiales: ¿importa la medición de la asequibilidad? *Diario de la pobreza*. 2018; 22 (3):228–247.

- Warren EJ, Font SA. Inseguridad de vivienda, estrés materno y maltrato infantil: una aplicación del modelo de estrés familiar. *Revisión del Servicio Social*. 2015; 89 (1):9–39.
- Wathen CN, Macmillan HL. La exposición de los niños a la violencia de la pareja íntima: impactos e intervenciones. *Pediatría y Salud Infantil*. 2013; 18 (8):419–422. [[Artículo gratuito de PMC: PMC3887080](#)] [[PubMed: 24426794](#)]
- Webb E, Hays J, Dyrszka L, Rodriguez B, Cox C, Huffling K, Bushkin-Bedient S. Peligros potenciales de las emisiones de contaminantes del aire de las operaciones no convencionales de petróleo y gas natural en la salud respiratoria de niños y bebés. *Reseñas sobre Salud Ambiental*. 2016; 31 (2):225–243. [[PubMed: 27171386](#)]
- Weidemann D, Weaver V, Fadrowski J. Exposiciones ambientales tóxicas y salud renal en niños. *Nefrología Pediátrica*. 2016; 31 (11):2043–2054. [[Artículo gratuito de PMC: PMC4829489](#)] [[PubMed: 26458883](#)]
- Wheeler W., Brown MJ. Niveles de plomo en sangre en niños de 1 a 5 años—Estados Unidos, 1999-2010. *Informe Semanal de Morbilidad y Mortalidad*. 2013; 62 (13):245. [[Artículo gratuito de PMC: PMC4605011](#)] [[PubMed: 23552225](#)]
- OMS (Organización Mundial de la Salud). Amamantamiento. nd-a. [22 de abril de 2019]. https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/en.
- OMS. Lactancia materna exclusiva para un crecimiento, desarrollo y salud óptimos de los lactantes. nd-b. [19 de abril de 2019]. https://www.who.int/elena/titles/exclusive_breastfeeding/en.
- Williams DR, Mohammed SA, Leavell J, Collins C. Raza, estado socioeconómico y salud: complejidades, desafíos actuales y oportunidades de investigación. *Anales de la Academia de Ciencias de Nueva York*. 2010; 1186 :69–101. [[Artículo gratuito de PMC: PMC3442603](#)] [[PubMed: 20201869](#)]
- Williams TR. Los impactos de la riqueza del hogar en el desarrollo infantil. St. Louis, MO: Universidad de Washington, Centro para el Desarrollo Social; 2004. (CSD Documento de Trabajo No. 04-07).
- Williams mangos TR. Los impactos de la riqueza del hogar en el desarrollo infantil. *Diario de la pobreza*. 2007; 11 (2):93–116.
- Williamson AA, Knox L, Guerra NG, Williams KR. Un ensayo piloto aleatorizado de capacitación de padres basada en la comunidad para madres latinas inmigrantes. *Revista estadounidense de psicología comunitaria*. 2014; 53 (1-2):47–59. [[PubMed: 24276907](#)]
- Wilson S, Durbin CE. Efectos de la depresión paterna en los comportamientos de crianza de los padres: una revisión metaanalítica. *Revista de Psicología Clínica*. 2010; 30 (2):167–180. [[PubMed: 19926376](#)]
- Invierno AS, Sampson RJ. De la exposición al plomo en la primera infancia a la salud de los adolescentes: una cohorte de nacimiento de Chicago. *Revista estadounidense de salud pública*. 2017; 107 (9): 1496–1501. [[Artículo gratuito de PMC: PMC5551605](#)] [[PubMed: 28727523](#)]
- Wolf S, Magnuson KA, Kimbro RT. Pobreza familiar y pobreza del vecindario: Vínculos con la preparación escolar de los niños antes y después de la Gran Recesión. *Revisión de servicios para niños y jóvenes*. 2017; 79 :368–384. [[Artículo gratuito de PMC: PMC6107082](#)] [[PubMed: 30147212](#)]
- Wolff MS, Engel S, Berkowitz G, Teitelbaum S, Siskind J, Barr DB, Wetmur J. Exposición prenatal a plaguicidas y PCB y resultados del nacimiento. *Investigación Pediátrica*. 2007; 61 (2):243–250. [[PubMed: 17237730](#)]
- Wong C, Gachupin F, Holman R, Macdorman M, Cheek J, Holve S, Singleton R. Mortalidad infantil y pediátrica de indios americanos y nativos de Alaska, Estados Unidos, 1999-2009.

- Revista estadounidense de salud pública. 2014; 104 (Suplemento 3):S320–S328. [[Artículo gratuito de PMC: PMC4035880](#)] [[PubMed: 24754619](#)]
- Woo Baidal JA, Locks LM, Cheng ER, Blake-Lamb TL, Perkins ME, Taveras EM. Factores de riesgo para la obesidad infantil en los primeros 1000 días: una revisión sistemática. *Revista americana de medicina preventiva*. 2016; 50 (6):761–779. [[PubMed: 26916261](#)]
- Woodward N, Finch CE, Morgan TE. La contaminación del aire relacionada con el tráfico y el desarrollo del cerebro. *Objetivos Ciencias Ambientales*. 2015; 2 (2):353–373. [[Artículo gratuito de PMC: PMC4835031](#)] [[PubMed: 27099868](#)]
- Wolf SH, Aron L, LD, Simon SM, Zimmerman E, Luk KX. *¿Cómo se relacionan los ingresos y la riqueza con la salud y la longevidad?* Washington, DC y Richmond, VA: Urban Institute and Center on Society and Health; 2015.
- Wright AW, Austin M, Booth C, Kliewer W. Revisión sistemática: exposición a la violencia comunitaria y resultados de salud física en los jóvenes. *Revista de Psicología Pediátrica*. 2017; 42 (4):364–378. [[PubMed: 27794530](#)]
- Wu F, Takaro TK. Asma infantil e intervenciones ambientales. *Perspectivas de Salud Ambiental*. 2007; 115 (6):971–975. [[Artículo gratuito de PMC: PMC1892116](#)] [[PubMed: 17589609](#)]
- Xue Y, Leventhal T, Brooks-Gunn J, Earls FJ. Residencia en el barrio y problemas de salud mental de niños de 5 a 11 años. *Archivos de Psiquiatría General*. 2005; 62 (5):554–563. [[PubMed: 15867109](#)]
- Yakoob MI, Lo CW. Nutrición (micronutrientes) en el crecimiento y desarrollo infantil: una revisión sistemática de la evidencia actual, recomendaciones y oportunidades para futuras investigaciones. *Revista de Pediatría del Desarrollo y del Comportamiento*. 2017; 38 (8):665–679. [[PubMed: 28746059](#)]
- Yoshikawa H. *Inmigrantes criando ciudadanos: padres indocumentados y sus hijos*. Nueva York: Fundación Russell Sage; 2011.
- Yoshikawa H, Kalil A. Los efectos del estado indocumentado de los padres en los contextos de desarrollo de los niños pequeños en familias inmigrantes. *Perspectivas de desarrollo infantil*. 2011; 5 (4):291–297.
- Zahran HS, Bailey CM, Damon SA, Garbe PL, Breyse PN. Signos vitales: asma en niños: Estados Unidos, 2001-2016. *Informe Semanal de Morbilidad y Mortalidad*. 2018; 67 (5):149. [[Artículo gratuito de PMC: PMC5812476](#)] [[PubMed: 29420459](#)]
- Zamora-Kapoor A, Nelson L, Buchwald D, Walker L, Mueller B. Preeclampsia en indios americanos/nativos de Alaska y blancos: la importancia del índice de masa corporal. *Revista de salud maternoinfantil*. 2016; 20 (11):2233–2238. [[Artículo gratuito de PMC: PMC5106312](#)] [[PubMed: 27461024](#)]
- Zeka A, Melly SJ, Schwartz J. Los efectos del nivel socioeconómico y los índices del entorno físico en la reducción del peso al nacer y los nacimientos prematuros en el este de Massachusetts. *Salud Ambiental*. 2008; 7:60 . [[Artículo gratuito de PMC: PMC2607263](#)] [[PubMed: 19032747](#)]
- Zerfu TA, Ayele HT. Micronutrientes y embarazo; efecto de la suplementación en el embarazo y los resultados del embarazo: una revisión sistemática. *Revista de nutrición*. 2013; 12:20 . [[Artículo gratuito de PMC: PMC3585818](#)] [[PubMed: 23368953](#)]
- Zhan M, Sherraden M. *Activos y pasivos, raza/origen étnico y educación universitaria de los niños: documento de trabajo*. 2010. [18 de abril de 2019]. https://openscholarship.wustl.edu/csd_research/115 .
- Ziol-Guest KM, Duncan GJ, Kalil A. Pobreza en la primera infancia e índice de masa corporal en adultos. *Revista estadounidense de salud pública*. 2009; 99 (3):527–532. [[Artículo](#)

gratuito de PMC: PMC2661458] [PubMed: 19106427]

notas al pie

- 1 Las interacciones de “servir y devolver” ocurren cuando los niños pequeños intentan conectarse de manera innata balbuceando, usando expresiones faciales y gestos (es decir, servir), y los adultos responden con vocalizaciones o gestos similares (es decir, devolver) (Consejo Científico Nacional sobre el Desarrollo) . Niño, 2004).
- 2 42 USC § 5101 nota.
- 3 En el *Cuarto Estudio Nacional de Incidencia de Abuso y Negligencia Infantil (NIS-4): Informe al Congreso* , se definió un hogar de nivel socioeconómico bajo como aquel que tiene un ingreso familiar inferior a \$15,000 por año; nivel de educación de los padres inferior a la escuela secundaria; o cualquier miembro del hogar que reciba beneficios del programa de pobreza (por ejemplo, Asistencia Temporal para Familias Necesitadas, cupones de alimentos, vivienda pública, asistencia energética o comidas escolares subsidiadas) (Sedlak et al., 2010).
- 4 La OMS define la lactancia materna exclusiva como no dar al bebé ningún otro alimento o bebida, incluida el agua, excepto las vitaminas y los medicamentos necesarios (OMS, nd-b). La OMS recomienda que los bebés comiencen a recibir alimentos complementarios a los 6 meses de edad, además de la leche materna (OMS, nd-a).
- 5 La eficacia colectiva se puede definir como el nivel de confianza entre los residentes y su voluntad percibida de participar en acciones colectivas (Sternthal et al., 2010).
- 6 El cuidado y la educación de la primera infancia pueden definirse como el cuidado no parental que ocurre fuera del hogar del niño. Los servicios de ECE se pueden brindar en entornos de centros, escuelas o en el hogar (NASEM, 2018).
- 7 Head Start es un programa del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. que brinda servicios integrales de educación, salud, nutrición y participación de los padres en la primera infancia para niños de bajos ingresos y sus familias. Consulte la siguiente sección y el Cuadro 7-3 para obtener más información sobre Head Start.
- 8 Estos datos reflejan los parámetros de elegibilidad federal para CCDBG (Ullrich et al., 2019).
- 9 Alaska, Arizona, Delaware, Hawái, Indiana, Massachusetts, Minnesota, Mississippi, Misuri, Nevada, Rhode Island y Washington.
- 10 Idaho, Montana, New Hampshire, Dakota del Norte, Dakota del Sur, Utah y Wyoming.
- 11 Este metanálisis definió el racismo informado como el racismo autoinformado experimentado directamente en el contacto interpersonal; racismo dirigido hacia un grupo (p. ej., basado en etnicidad/raza/nacionalidad) del cual la persona es miembro; experiencias vicarias de racismo (p. ej., presenciar el racismo experimentado por familiares o amigos); informes indirectos de racismo (p. ej., las experiencias de racismo de un niño según lo informado por sus padres); y el racismo internalizado (es decir, la incorporación de actitudes y/o creencias racistas dentro de la cosmovisión de un individuo) (Paradies et al., 2015).
- 12 Una herramienta para medir la oportunidad por unidades geográficas es el Índice de Oportunidad Infantil, un recurso de datos que compila indicadores a nivel de vecindario relacionados con la educación, la salud y el medio ambiente, y la oportunidad social y económica (Acevedo-Garcia et al., 2016a) .
- 13 La muestra original del estudio ACE estaba compuesta principalmente por personas blancas, de clase media y educadas (Fettitti et al., 1998).