

## Adaptación de Programas de Prevención Basados en la Evidencia para Adolescentes Hispanos: El Programa Familia Adelante – Revisión

Richard C. Cervantes y Jeremy T. Goldbach, Behavioral Assessment, Inc

Ésta es una versión traducida al español del original en inglés *Adapting Evidence-Based Prevention Approaches for Latino Adolescents: The Familia Adelante Program – Revised*.

Para referenciar, citar el original como: Richard C. Cervantes y Jeremy T. Goldbach (2012). *Adapting Evidence-Based Prevention Approaches for Latino Adolescents: The Familia Adelante Program – Revised*. *Psychosocial Intervention*, 21, 281-290. <http://dx.doi.org/10.5093/in2012a25>

**Resumen.** Este estudio analizó la relación entre la conducta agresiva y el autoconcepto en una muestra de 2.022 estudiantes españoles (51,09% varones) de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) de 12 a 16 años. La conducta agresiva fue evaluada con el *Teenage Inventory of Social Skills* (TISS) y el autoconcepto mediante el *Self-Description Questionnaire II* (SDQ-II). Los análisis de regresión logística mostraron que los adolescentes con comportamientos agresivos presentaron mayor probabilidad de percibir las relaciones con sus padres como negativas, mostrarse poco interesados por las tareas verbales, ser menos sinceros y tener una autoestima más baja. Asimismo, pese a que los modelos variaron en función del sexo y el curso, en la mayoría de los casos los estudiantes con alta conducta agresiva también presentaron una mayor probabilidad de percibir de forma negativa sus relaciones con los compañeros del mismo sexo, estar menos interesados por las materias escolares y ser emocionalmente más inestables que sus compañeros no agresivos. Se obtuvieron resultados inesperados en cuanto a las relaciones con los compañeros del sexo opuesto y a la percepción de atractivo físico. Los resultados son analizados atendiendo a sus implicaciones prácticas.

*Palabras clave:* adolescencia, autoconcepto, conducta agresiva, educación secundaria.

La población de hispanos conformará un cuarto (25%) de la población total de los Estados Unidos (alrededor de 97 millones) en el año 2050, un tercio de la cual está formada en la actualidad por jóvenes menores de edad (Census, 2010). En las poblaciones hispanas se han detectado un número de particularidades sanitarias. Un informe reciente llevado a cabo por los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) revelaba que los hispanos presentan peores resultados en los controles de presión arterial, viven en áreas más contaminadas de los EEUU, y conforman 1/3 de todos los ciudadanos sin seguro médico (MMWR, 2011). Otras peculiaridades de esta población, tales como un mayor riesgo de padecer diabetes y problemas cardiovasculares, siguen teniendo un impacto en los hispanos. El mismo informe también reveló que los portorriqueños presentaban los niveles más altos de casos de asma (18.4 por ciento), es decir, más del doble que los blancos no hispanos (8.2 por ciento). Además de las peculiaridades en cuanto al estado de salud física, las investigaciones indican peculiaridades en salud comportamental, tales como mayores riesgos de contagio del VIH (CDC, 2007), de consumo de sustancias y de alcoholismo (NSDUH, 2007), así como de suicidio (Prado, Schwartz, Pattatucci-Aragón, Clatts, Pantin y Fernandez, 2006; Zayas, Hausman-Stabile y Pilat, 2010).

**VIH y consumo de sustancias entre los jóvenes hispanos.** Aunque los hispanos representan tan sólo el 15% de la población total de los EEUU, suponen el 19% de todos los casos de contagio del VIH y presentan tres veces más probabilidades de contagio que los blancos no hispanos (CDC, 2007). En 2004, el VIH fue la 6ª causa de mortandad entre los hombres hispanos y la 5ª causa de mortandad de mujeres hispanas en edades comprendidas entre los 25 y 44 años (CDC, 2004). Además, mientras que el sexo sin protección es la principal ruta de transmisión del VIH en relaciones heterosexuales, los adolescentes hispanos son los que con menor frecuencia admiten el uso del preservativo (CDC, 2008).

La exposición a estresores del entorno tales como la migración o la barrera lingüística contribuyen al riesgo de contagio del VIH entre los hispanos (Shedlin, Decena y Oliver-Velez, 2005), así como a las deficien-

cias en el acceso a los servicios de prevención (Latino Issues Survey, 2010). Los factores socioeconómicos y culturales tales como la pobreza, el desempleo, la precariedad laboral, la falta de preparación académica, el estatus de inmigrante, la dislocación familiar debido a deportaciones, la inadecuada cobertura sanitaria, y el acceso limitado al sistema de salud, poseen un impacto en la prevención del VIH en poblaciones hispanas (CDC, 2010; DeNavas-Walt, 2005; Smedley, Stith y Nelson, 2002). Además, algunos hispanos podrían intentar evitar las pruebas médicas, el asesoramiento preventivo o el tratamiento por miedo a sufrir discriminación y quedar estigmatizados en su propio contexto cultural (CDC, 2007; Morales, Lara, Kington, Valdez y Escarce, 2002).

Los hispanos también presentan unos niveles diferenciados en cuanto al consumo de sustancias (CDC, 2004; 2007). Por ejemplo, Pemberton et al. (2011) hallaron que un cuarto (25.7%) de los adolescentes hispanos habían consumido alcohol en los últimos 30 días. Los adolescentes hispanos también presentaron los niveles más altos de consumo de crack, heroína y cristal de metanfetamina en comparación al resto de grupos étnicos (Monitoring the Future, 2008). En un estudio de julio de 2009, el Informe Nacional de Consumo de Drogas y Salud reveló que un 9.4% de los hispanos de 12 años en adelante, precisaban de tratamiento por abuso de alcohol u otra droga ilegal. Además, los hispanos nacidos en los EEUU tenían una probabilidad de precisar tratamiento un 6.4% mayor que sus iguales nacidos en el extranjero.

**Intervenciones para abordar el riesgo de VIH y de consumo de drogas.** Se han realizado avances recientes en el desarrollo de un currículo basado en programas de salud comportamental para adolescentes. El National Registry of Effective Programs and Practices (NREPP), por ejemplo, enumera más de 200 programas de intervención para la prevención del abuso de sustancias dirigidos a distintas poblaciones y contextos. El registro Diffusion of Effective Behavioral Interventions (DEBI) de los CDC's incluye más de 29 programas de intervención contra el VIH. Sin embargo, los programas de intervención para hispanos siguen necesitando un mayor desarrollo. Por ejemplo, el registro DEBI incluye algunos estudios enfocados a las comunidades hispanas, como '¡Cuídate!' (Villarruel, Jemmott III y Jemmott, 2006) y 'Modelo de Intervención Psicomedial' (MIP; Robles, Pastor y Manjon, 2004), pero no abordan la prevención temprana del consumo de sustancias. Un estudio reciente llevado a cabo por Szapocznik et al. (2007) identificó sólo cuatro modelos de prevención de abuso de drogas que, (a) empleasen evaluaciones comparativas al azar, (b) fueran destinados a jóvenes hispanos de entre 12-17 años, e (c) incluyeran una muestra con un 70% o más de hispanos.

Los programas de intervención enfocados tanto a la prevención del VIH como al abuso de sustancias en la población adolescente son escasos (véase Hershberger, Wood y Fisher, 2003; Rotheram-Borus et al., 1997), o no están diseñados para la juventud hispana. Por ejemplo, *Familia Unida* es un modelo de prevención de abuso de sustancias que incorpora educación sobre el VIH. Basándose en una teoría eco-evolutiva, los participantes son seleccionados en base a factores de riesgo macro-sistémicos (por ejemplo, pobreza, estatus de inmigrante). El modelo refuerza la comunidad meta a través de inversión parental, control de conducta y autorregulación del adolescente y una conexión con la escuela del adolescente (Castro, Barrera y Holleran Steiker, 2006). Otro modelo, *Storytelling for Empowerment* (Nelson y Arthur, 2004) ayuda a los adolescentes en riesgo de consumo de sustancias, VIH y otros problemas de salud comportamental derivados de un bajo estatus socioeconómico, una vida comunitaria violenta y una precaria salud física. El programa se centra en factores de riesgo a través de relatos en los que se comparten valores culturales y formación de identidad en una sesión positiva con un grupo de iguales. Por la información con la que cuenta el equipo de investigación, estos son los dos programas principales existentes dirigidos tanto a prevenir el VIH como el consumo de sustancias entre jóvenes hispanos y sus familias. La fuerte conexión entre el VIH y el abuso de sustancias precisa de una programación preventiva más integrada y completa, particularmente dirigida a jóvenes hispanos (Cervantes, Goldbach y Santos, 2011).

## **Adaptación de los currículos existentes**

En los últimos años, los investigadores han comenzado a explorar la eficacia de realizar adaptaciones de currículos ya existentes (por ejemplo, Hecht, et al., 2003; Kumpfer, Alvarado, Smith y Bellamy, 2002). Por ejemplo, la investigación realizada en el campo de la prevención de la drogadicción revela que las versiones

adaptadas de programas de intervención pueden ofrecer mejores resultados, especialmente en captación y retención de sujetos (Hecht et al., 2003; Kumpfer et al., 2002; Holleran et al., 2005; Holleran y Hopson, 2012). Sin embargo, debido a que una implementación inapropiada puede llegar a producir una pérdida de eficacia del programa (Dusenbury, Brannigan, Falco, y Hansen, 2003), las adaptaciones deben ser realizadas desde el rigor empírico.

Este estudio cualitativo tenía como objetivo adaptar un programa eficaz de prevención de drogas y reducción de estrés dirigido a jóvenes hispanos y sus familias. Concretamente, los investigadores emplearon un diseño en 3-fases de participación basada en la comunidad para adaptar el programa 'Familia Adelante' a un contexto de prevención del VIH con jóvenes y padres hispanos. Se consultó a las partes implicadas de la comunidad, tanto jóvenes como expertos, con el fin de obtener algunas recomendaciones desde un enfoque cultural.

## Método

**Base del currículo.** El actual estudio adaptó 'Familia Adelante' (Cervantes, 1993; Cervantes y Pratt Peña, 1998; Cervantes, Kappos, Duenas y Arellano, 2005; Cervantes, Goldbach, y Santos, 2012), programa basado en un currículo de 12 sesiones de prevención psicopedagógica e intervención temprana con jóvenes hispanos de edades comprendidas entre los 11-14 años. Familia Adelante (FA) fue originalmente desarrollado para ampliar la disponibilidad de un programa de promoción de salud comportamental e intervención temprana adaptándolo culturalmente a jóvenes hispanos y sus familias. 'Familia Adelante' fue desarrollado con un marcado enfoque cultural en una serie de estudios cualitativos similares al estudio actual, con el fin de mejorar los niveles generales de la salud comportamental de familias hispanas a través de una reducción del estrés de aculturación (Cervantes, 1993). Se desarrolló un exhaustivo currículo de 12 sesiones de intervención preventiva para padres y jóvenes que cubrían los temas identificados en la investigación sobre estrés del autor principal y colaboradores (p.ej., Cervantes, Padilla, y Salgado de Snyder, 1991). El currículo original incluía: (a) Conceptos de estrés familiar y afrontamiento, (b) Conocimientos acerca del consumo de drogas, (c) Problemas y estrategias en las prácticas parentales, (d) Temas relacionados con la aculturación y las estrategias de afrontamiento de los jóvenes, (e) Estrés y prácticas de resistencia entre iguales, (f) Detección temprana de problemas de conducta, (g) Estrés y cultura escolar, (h) Estrés de la inmigración y afrontamiento, y (i) Estrés económico familiar y afrontamiento.

El currículo fue evaluado en múltiples estudios y probó ser eficaz en la reducción del estrés familiar, la reducción de problemas de conducta de los jóvenes, el aumento del logro académico y el afrontamiento psicosocial, y la reducción de hábitos de consumo de sustancias entre jóvenes hispanos (véase Cervantes, 1993; Cervantes y Pratt Peña, 1998; Cervantes, Goldbach, y Santos, 2012).

**Diseño.** El diseño del estudio fue principalmente cualitativo, y resultó de una adaptación del método empleado para desarrollar el currículo original (Cervantes, 1993; Cervantes et al., 2005). El estudio adoptó un enfoque de investigación de acción participativa basada en la comunidad (CBPR; Minkler y Wallerstein, 2008). En este enfoque, a los investigadores se les unen miembros de la comunidad, identificados como "expertos". Debido a que el actual estudio pretendía desarrollar un programa que integrase la salud comportamental y la prevención del VIH para jóvenes hispanos y sus familias, se incorporaron miembros de la comunidad de esta población meta, así como reconocidos científicos expertos en este campo, que conformaron el panel de expertos. Además, el estudio se basó en el desarrollo del programa y métodos de adaptación establecidos en investigaciones previas (por ejemplo, Holleran Steiker y Hopson, 2012). La adaptación en tres fases es descrita más adelante.

**Muestra del Panel de expertos.** El investigador principal de este estudio es miembro fundador de la Red Nacional de Ciencias Hispánicas del National Institute on Drug Abuse (NIDA). De dicha red, se seleccionaron dos expertos en investigación clínica con poblaciones hispanas para formar parte del panel de expertos. Además, un experto clínico en VIH y abuso de sustancias fue seleccionado para participar en el panel. Entre los criterios de selección para el panel de expertos se incluía tener experiencia específica en salud mental, abuso de sustancias y prácticas adecuadas e investigación sobre el VIH en poblaciones hispanas. Los exper-

tos seleccionados han publicado en prestigiosas revistas del campo de la salud mental en el ámbito hispano (véase por ejemplo De La Rosa, Rugh, y Rojas, 2005; Guilamo-Ramos y Gallego, 2012). Además, todos los expertos poseen un prestigio reconocido como líderes en el desarrollo e implementación de investigación y servicios para la lucha contra el VIH y el abuso de sustancias.

**Muestra de Participantes de la comunidad.** En los tres emplazamientos del estudio (Los Angeles, Las Cruces y Miami) se establecieron ocho grupos de discusión (cuatro con jóvenes y cuatro con progenitores) para un total de 24 grupos. Con el fin de identificar participantes potenciales, contactamos con varias organizaciones locales en cada una de las ciudades, lo cual permitió establecer nexos de unión entre la comunidad y el personal de investigación y/o panel de expertos. También dedicamos esfuerzos en seleccionar emplazamientos en comunidades con muestras étnicamente diversas (por ejemplo, con cubanos, mejicanos, portorriqueños), para obtener un conjunto variado de información procedente de grupos culturalmente diversos y así garantizar que el producto final fuera relevante para un mayor número de comunidades.

La muestra de participantes fue estratificada para incluir factores de riesgo singulares que debían ser tratados por el programa ‘Familia Adelante-Revisado’ (FA-R). En cada uno de los tres emplazamientos comunitarios uno de los grupos incluía adolescentes consumidores activos o recientemente activos de sustancias, y se formó un grupo de discusión separado con sus padres. Se esperaba que estos jóvenes, debido a su experiencia previa con el consumo de sustancias, resultasen especialmente útiles a la hora de proporcionar recomendaciones en relación a sus iguales no consumidores. Este método de comprobación de la adecuación cultural en una adaptación del currículo de prevención de consumo de sustancias ha demostrado ser eficaz en anteriores estudios (Holleran, 2008). El resto de la muestra incluía adolescentes sexualmente activos o recientemente activos y sus familias. Se esperaba que estos jóvenes, debido a sus experiencias sexuales, pudieran proporcionar una visión única sobre la prevención de prácticas sexuales de riesgo entre sus iguales abstinentes.

Al igual que para aquellos jóvenes y familias que iban a participar en el programa, los criterios de inclusión del estudio fueron: 1) Identidad étnica hispana (incluyendo caribeños, portorriqueños, cubanos, dominicanos, centroamericanos y mejicanos), 2) disponibilidad de participación de un progenitor e hijo, 3) el joven debía poseer un historial de consumo de alcohol/tabaco/u otras drogas o bien ser sexualmente activo, y 4) todos los participantes debían proporcionar su consentimiento. En la muestra era preciso incluir tanto participantes blancos-hispanos como negros-hispanos. El único criterio de participación parental era el deseo de participar del progenitor con un hijo que cumpliera con los criterios de selección.

En la situación actual, existe toda una constelación de barreras sociodemográficas y sociopolíticas que impiden a los hispanos acceder y utilizar los servicios de salud mental. Estas mismas barreras, además de otras (por ejemplo, el transporte, el cuidado de los niños), podrían potencialmente impedir a los participantes asistir a los grupos de discusión. Por lo tanto, se reclutó un 25% más (Morgan, 1997). Se proporciona una visión general del muestreo de los grupos de discusión en la Tabla 1, abajo.

**Fase 1 – Revisión de ‘Familia Adelante’ por el panel de expertos.** La primera fase del proceso de adaptación del currículo contó con la colaboración de un panel de expertos en investigación sobre salud mental y VIH en poblaciones hispanas. A los expertos se les pidió: 1) revisar el paquete de material relacionado con el programa FA-R que se les remitió por correo, y 2) participar en una serie de entrevistas telefónicas cualitativas. El propósito de estas entrevistas era facilitar a los expertos las revisiones del currículo original de

Tabla 1. Programa de Muestreo

	LOS ANGELES		MIAMI		LAS CRUCES	
	<i>Padres</i>	<i>Jóvenes</i>	<i>Padres</i>	<i>Jóvenes</i>	<i>Padres</i>	<i>Jóvenes</i>
Familias que viven en comunidades cercanas a los puntos de recolección	2 grupos (n = 6)	2 grupos (n = 5) (n = 7)	4 grupos (n = 10) (n = 8) (n = 6) (n = 6)	4 grupos (n = 12) (n = 12) (n = 6) (n = 6)	2 grupos (n = 9) (n = 9)	2 grupos (n = 12) (n = 8)
<b>Subjetos (Total = 129)</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>30</b>	<b>36</b>	<b>18</b>	<b>20</b>



‘Familia Adelante’ y obtener de ellos sugerencias en cuanto a modificaciones de componentes del currículo existente. Además, las entrevistas sirvieron para identificar los constructos centrales relacionados con la prevención del VIH que deben ser incluidos en el currículo adaptado.

Antes de realizar las entrevistas, se le hizo llegar al panel de expertos una paquete informativo que incluía una copia del currículo de ‘Familia Adelante’. Además, se hizo llegar a cada miembro del panel una serie de artículos de investigación sobre el VIH y el abuso de sustancias en familias hispanas. Se proporcionaron a los expertos los Principios de Prevención del NIDA como líneas generales para la adaptación (NIDA, 2011), y artículos que describen algunos enfoques basados en la evidencia para la prevención del VIH en adolescentes (Ingram, Flannery, Elkavich y Rotheram-Borus, 2008), prevención en el debut sexual, mediadores familiares de la conducta sexual (Guilamo-Ramos, Bouris, Jaccard, Lesesne y Ballan, 2009), la comunicación parental y la conducta sexual (Allen, et al., 2008), y los factores culturales de la prevención del VIH con jóvenes latinos en el ámbito familiar (Lescano, Brown, Raffaelli y Lima, 2009). En base a estos artículos y otros trabajos empíricos conocidos por el experto, se seleccionaron las estrategias a seguir para la inclusión de contenido.

Se pidió a todos los expertos que revisaran los materiales, y también se les suministraron unas hojas de valoración para cada uno de los doce módulos de ‘Familia Adelante’. Las hojas de valoración incluían seis cuestiones relacionadas con el currículo existente (por ejemplo, puntos fuertes y puntos débiles del modelo existente, cambios culturales necesarios, enfoque que se debe adoptar para su administración) y tres preguntas relacionadas con las adaptaciones recomendadas para incorporar la prevención del VIH al programa (por ejemplo, qué principios empíricos pueden ser integrados en este módulo, administración recomendada, conducta meta). Este enfoque permitió al equipo investigador identificar claramente el contenido de investigación que no se basaba únicamente en observaciones clínicas. Las hojas de valoración fueron recopiladas por un miembro del equipo de investigación. Basándose en las aportaciones del panel se incluyó entonces nuevo contenido de prevención del VIH en cada uno de los doce módulos. Todos los cambios fueron realizados directamente tanto en el currículo para los jóvenes como para el de los padres usando el seguimiento de cambios, de forma que el nuevo contenido pudiera ser fácilmente rastreado a través de todo el proceso. La revisión final y la aprobación de todos los cambios de contenido fueron llevadas a cabo por el implementador/desarrollador del programa.

**Fase 2 – Revisión de los grupos de discusión comunitarios del programa ‘Familia Adelante’.** Tras la incorporación de las recomendaciones del panel de expertos, en una segunda fase del proceso de adaptación se emplearon métodos de entrevista en grupos de discusión con familias hispanas similares a las familias de alto riesgo que previamente habían participado en el programa FA. Los grupos de discusión fueron también realizados con grupos de familias hispanas que se ajustaban a las características de los individuos que con probabilidad pudieran beneficiarse del programa de intervención FA-R. La inclusión de los grupos de discusión resultó sumamente apropiada, porque dicha metodología propiciaba una forma controlada de interacción grupal con mayores probabilidades de revelar las distintas esferas latentes de experiencias relacionadas con la aculturación (Morgan, 1997; Stewart, Shamdsani, y Rook, 2007). La metodología de grupo de discusión también permitió al equipo investigador saber lo que los participantes hispanos pensaban y cómo percibían acontecimientos vitales, sus valoraciones y mecanismos de afrontamiento interactuando con otros individuos que probablemente habían compartido experiencias similares en un contexto grupal. Los grupos de discusión permitieron a los participantes reflexionar sobre la importancia del currículo con sus iguales, fomentando así un intercambio de impresiones honesto.

El equipo de investigación seleccionó tres emplazamientos singulares en los Estados Unidos (Los Angeles, Miami y Las Cruces) para organizar los grupos de discusión basados en la comunidad. En cada grupo de discusión, padres e hijos fueron asignados a grupos distintos. Esto fue así por dos razones. En primer lugar, los padres y los jóvenes podrían sentirse incómodos hablando abiertamente sobre el contenido del currículo en presencia de familiares. En segundo lugar, el currículo fue diseñado con manuales separados para padres y jóvenes, y por ello las oportunidades de recibir aportaciones fueron diseñadas con vistas al currículo correspondiente. En los grupos de discusión, los participantes cumplieron un formulario de consentimiento y se les proporcionaron hojas de valoración relacionadas con los objetivos centrales de cada módulo del currículo. Se le dio la oportunidad a los participantes de discutir sus reacciones ante el contenido de los módulos,

proporcionar sus comentarios sobre posibles mejoras, e identificar cualquier reacción negativa ante el material (por ejemplo, el contenido es ofensivo). Todos los grupos de discusión fueron grabados y revisados durante el análisis.

Los miembros del equipo investigador presentaron a los participantes de los grupos de discusión todas las sesiones del FA-R empleando para ello un proyector de LCD y pantalla grande. Dependiendo del idioma de preferencia de los miembros del grupo estas presentaciones se realizaron en inglés o en español. Tras la presentación de cada uno de los 12 módulos de sesiones FA, se realizó un protocolo de entrevista que incluía un número determinado de preguntas estándar (por ejemplo, ¿Qué le ha gustado/disgustado de este módulo? ¿Qué cambios le gustaría sugerir?). Las cuestiones señaladas por los grupos de discusión se referían principalmente a mejorar la claridad, la comprensibilidad y la adecuación cultural. Los cambios recomendados por los grupos de discusión fueron marcados en el currículo original usando el seguimiento de cambios, y quedaron anotados como recomendaciones a nivel comunitario.

**Fase 3.** Tomando como base las aportaciones del panel de expertos y de la comunidad participante, el equipo de investigación desarrolló un borrador del currículo FA-R. En la fase final del proceso de adaptación, se proporcionó al panel de expertos una versión del currículo con seguimiento de cambios que incluía las recomendaciones de los tres expertos del panel junto a los cambios recomendados por los participantes de la comunidad. A partir de este punto, se programaron entrevistas adicionales con los panelistas expertos para aclarar comentarios y desacuerdos puntuales sobre los cambios en el currículo.

## Resultados

**Características demográficas.** Para la muestra comunitaria, se recogió información demográfica de participantes jóvenes (n=60) y adultos (n=59). La mayoría de los participantes adultos fueron mujeres (65%). El 25% de progenitores tenían 3 hijos, seguidos del 20% con cuatro, y con cinco (9.8%). El 87% de progenitores participantes no habían nacido en los EEUU, lo cual quedó constatado por las respuestas de los jóvenes (86% de padres y el 93% de madres). La mayoría de progenitores (80%) se identificaron como mejicano-estadounidenses, y el 81% de progenitores informaron que hablaban principalmente en español en el hogar, mientras que casi la mitad (48%) de jóvenes informaban que hablaban tanto inglés como español en sus hogares, y el 50% informaron hablar en ambas lenguas también con sus amigos. Los jóvenes en muy pocas ocasiones informaron de hablar sólo en español con amigos (6.7%).

**Recomendaciones del panel de expertos.** Los expertos panelistas identificaron un número de cambios en el currículo central dirigidos tanto a dar un mayor énfasis al enfoque ya existente como a incorporar los contenidos relacionados con el VIH. Como se ha comentado más arriba, se pidió a los expertos que identificaran tanto el nuevo contenido, como la justificación empírica para el cambio. La Tabla 3 abajo describe los cambios sustanciales e incluye los estudios empíricos citados por los participantes del panel de expertos.

En general, las recomendaciones del panel para el currículo de los padres se centraban en educar a estos sobre el VIH en general, poniendo énfasis en enfoques culturales de comunicación progenitor-hijo, y ayudando a los padres a entender cómo las fases de desarrollo pueden afectar las discusiones con sus hijos. Además, se añadieron un número de actividades para ayudar a los padres a establecer unas expectativas con sus hijos sobre el sexo, y enseñar auto-eficacia y asertividad a sus hijos. Por ejemplo, nuestro experto clínico enfatizó “la necesidad de aliarse con miembros de la comunidad, entender su desconfianza, sus miedos y el estigma asociado al VIH” para que podamos “ser conscientes de que la cultura [del país de origen] no tiene por qué ser *mala* o *buena*, sino simplemente *diferente* a la cultura norteamericana”. Finalmente, un experto panelista afirmó que debemos “asegurarnos de emplear múltiples estrategias, incluyendo vídeos, juegos, discusión grupal y tareas en el hogar para garantizar que los padres se sienten cómodos siguiendo las recomendaciones del programa”.

Las adaptaciones de programas para jóvenes también incluyen una educación básica sobre el VIH, junto a actividades de apoyo a los jóvenes en la toma de decisiones sexuales saludables. Estas estrategias fueron diseñadas para ayudar a los jóvenes a: a) entender el papel del estrés y la toma de decisiones sexuales, b) entender y combatir la presión de los iguales, c) crear un equilibrio en la toma de decisiones sexuales, y d)

Table 2. Resumen de adaptaciones relacionadas con el VIH al currículo de Familia Adelante

Sesión	TEMAS PROGENITORES	ADAPTACIÓN VIH	TEMAS JÓVENES	ADAPTACIÓN VIH
1	Introducción y Evaluación	<b>Introducción a las disparidades de incidencia del VIH en poblaciones hispanas</b> ('Introduction to HIV disparities in Latino's',	Introducción y evaluación	<b>Introducción a las disparidades en la incidencia del VIH en poblaciones hispanas</b> ('Introduction to HIV disparities in Latino's', Lescano, et al., 2009)
2	Construcción de conceptos	<b>Educación Básica sobre el VIH</b> ('Basic HIV Education', CDC, 2011)	Construcción de conceptos	<b>Educación Básica sobre el VIH</b> ('Basic HIV Education', CDC, 2011)
3	Sentimientos	<b>Habilidades de comunicación</b> ('Communication Skills', Whitaker & Miller, 2000)	Sentimientos	<b>Toma de decisiones sexuales saludables, autoeficacia</b> ('Making healthy sexual decisions, self-efficacy'; Ingram, et al., 2008)
4	Visión general del estrés	<b>Desarrollo y comunicación infantil</b> ('Child Development and communication', Friedman, et al., 1998; Ingram, et al., 2008)	Visión general del estrés	<b>Estrés y toma de decisiones sexuales</b> ('Stress and sexual decision-making', AAP, 2002)
5	Estrés de Aculturación	<b>Prácticas parentales tradicionales frente a las estadounidenses</b> ('Traditional vs U.S. parenting practices', Cervantes, et al., 2012)	Estrés de aculturación	<b>Habilidades de comunicación</b> ('Communication Skills', Whitaker & Miller, 2000)
6	Estrés económico/laboral	<b>Asertividad en las relaciones entre jóvenes</b> ('Assertiveness in young relationships', Ingram, et al., 2008)	Estrés escolar	<b>Habilidades de comunicación</b> ('Communication Skills', Whitaker & Miller, 2000)
7	Estrés Parental, Part I	<b>Planificación sexual</b>	Presión Negativa de iguales	<b>Presión entre iguales y</b> (Nahom et al., 2001)
8	Estrés Familiar, Parte I	<b>Estableciendo las expectativas con un hijo sobre el sexo</b> ('Setting expectations with child about sex', Whitaker & Miller, 2000)	Estrés Familiar, Parte I	<b>Razones por las que tener o no tener sexo</b> ('Reasons to have or not have sex', AAP, 2002)
9	Estrés Familiar, Parte II		Estrés Familiar, Parte II	
10	Prevención de callejeras	<b>No Disponible</b>	Prevención de bandas callejeras	<b>No Disponible</b>
11	Educación sobre el abuso de sustancias	<b>Papel del consumo de sustancias en el riesgo de contagio de VIH</b>	Educación sobre el abuso de sustancias	<b>Papel del consumo de sustancias en el riesgo de contagio de VIH</b>
12	Evaluación y celebración	<b>No Disponible</b>	Evaluación y celebración	<b>No Disponible</b>

comunicarse de manera efectiva con sus padres sobre las relaciones íntimas y el sexo. También se añadió contenido para abordar con los jóvenes las diferencias entre las percepciones del sexo más tradicionales de sus países de origen, y de qué forma estas percepciones difieren de las percepciones del sexo en los Estados Unidos. Según se sugiere en la literatura existente (AAP, 2002), una recomendación general fue crear contenido neutral que no ahuyentase necesariamente al joven del sexo, al tiempo que ilustrase algunos de los peligros que podían tener lugar como resultado (por ejemplo, riesgo de contagio de VIH, embarazo no deseado). Como afirmó uno de los expertos, "para la mayoría de estos chicos, no es la primera vez que escuchan esta información, así que es necesario presentarla de forma interesante y sin afán de adoctrinar si se pretende ser efectivo".

**Recomendaciones del Grupo de Discusión.** Durante el grupo de discusión, se pidió a los participantes que reflexionaran sobre dos preguntas: 1) Qué os agrada y qué os desagrada de este módulo; y 2) En sus vidas actuales, cómo gestionan este tipo de estrés. Sus respuestas fueron registradas en el Formulario de

Tabla 3. Sinopsis de las conclusiones de los grupos de discusión

	Padres	Jóvenes
<b>Módulo 1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Preocupación de que algunos padres/madres se mostraran demasiado reservados, por lo que se solicitó una actividad extra además del juego de roles.</li> <li>b. Piden ayuda para aprender a hablar sobre el sexo... por ejemplo, cómo deberían hablar a sus hijos cuando les preguntan “¿cómo te colocas preservativo?”.</li> </ul>	
<b>Módulo 2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Identificar los factores que causan estrés en las vidas de sus hijos.</li> </ul>	
<b>Módulo 3</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Obtener los mapas familiares.</li> <li>b. Llevar un experto/ponente invitado; podría resultar difícil hacer el mapeo familiar, difícil hablar sobre las cosas malas en la familia.</li> </ul>
<b>Módulo 4</b>		
<b>Módulo 5</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Trasladar la actividades sobre bandas al módulo 10.</li> <li>b. El grupo tuvo problemas para entender el significado de aculturación.</li> </ul>
<b>Módulo 6</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Quieren mayor información y solicitan ayuda para enfrentarse a la discriminación en el trabajo, y en la escuela.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. No les gusta el “Contrato Escolar”.</li> <li>b. Hablar más sobre la discriminación de los profesores.</li> <li>c. Como grupo: compartir experiencias sobre el estrés en la escuela y ofrecer c. consejos.</li> </ul>
<b>Módulo 7</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Se solicita que se eliminen las partes a. sobre “bandas” ya que ya hay toda una a. sesión dedicada a ellas.</li> </ul>
<b>Módulo 8</b>		
<b>Módulo 9</b>		
<b>Módulo 10</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Añadir un ponente invitado.</li> </ul>
<b>Módulo 11</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Más información sobre los peligros de la marihuana, ya que se reciben mensajes a. cruzados sobre su uso. Por ejemplo, a. actualmente se emplea con fines terapéuticos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Añadir más material sobre educación acerca del VIH.</li> </ul>
<b>Módulo 12</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Una madre comentó que los estudiantes y las de casa y si participasen en este programa tendrían que ir del colegio al centro, lo que significaría incluso más tiempo encerrados. A la madre le gustaría que este módulo se realizara fuera, quizás en un parque, donde los niños puedan estar al aire libre.</li> </ul>	

Codificación Cualitativa de Grupos de Discusión. En total, los padres participantes señalaron seis cambios importantes en el currículo, mientras que los jóvenes participantes recomendaron diez cambios sustanciales, como se muestra abajo.

Como se muestra, los comentarios realizados por los participantes en los grupos de discusión van desde solicitar que el currículo incluya más información sobre cómo hablar a los hijos sobre sexo y drogas hasta invitar a ponentes e incluir actividades/tareas de carácter práctico. Por ejemplo, algunos padres pidieron que se eliminasen los juegos de rol, mientras que los estudiantes querían que se eliminase el contrato escolar del currículo revisado de FA. Como expuso uno de los participantes (traducido del español), “Sé que no me sentiría cómodo poniéndome delante de un grupo y representando un papel... algunas personas son más reservadas y no se les debería forzar a participar”. Como el juego de rol del que hablaba este participante tenía lugar



en la segunda sesión, esta adaptación menor del enfoque pudo incrementar la confianza de los participantes en los primeros estadios de implementación del programa. Según expresó otro participante, “sabemos que nuestros chicos hablan sobre el sexo, que toman drogas... pero nos resulta difícil hablar con ellos y necesitamos aprender cómo hacerlo”. Basándose en recomendaciones como esta, se añadieron tareas caseras para los padres participantes que debían ser revisadas a lo largo de las semanas siguientes e identificar los puntos fuertes y las barreras para la incorporación de estrategias en sus prácticas familiares.

Tras ser incorporadas al programa las recomendaciones de los participantes comunitarios, en la fase 3 se solicitó una revisión final del borrador del currículo FA-R por parte de nuestro panel de expertos. Tras llegar a un consenso entre el panel de expertos y el equipo investigador, y después de que cada experto panelista hubiera mostrado su acuerdo con los cambios, el currículo, Familia Adelante-Revisión, fue completado.

## Discusión

En el actual estudio se pretendía aplicar un enfoque de adaptación estructurada al desarrollo de un currículo mejorado de prevención para jóvenes hispanos y sus familias, enfoque ya empleado en otros estudios (por ejemplo, Holleran Steiker, y Hopson, 2012). Tanto los expertos como los participantes de la comunidad se involucraron en el estudio, en el cual se reclutó con éxito una variada muestra de padres y jóvenes hispanos para ahondar en las medidas preventivas contra el abuso de sustancias y las conductas sexuales de riesgo. Confirmando la hipótesis planteada inicialmente por los investigadores, el estudio reveló que existen nuevos factores salientes que juegan un papel crucial en la exposición de los jóvenes a las sustancias y las conductas sexuales de riesgo.

Se realizó un número significativo de cambios en el currículo relacionados con la prevención del VIH y corroborados por la investigación existente. Por ejemplo, la literatura establece una fuerte conexión entre la comunicación padre-adolescente y los riesgos del VIH y las conductas sexuales (por ejemplo, Whitaker y Miller, 2000). Nuestros resultados reflejan que un gran número de cambios del currículo se centran en mejorar y dar un mayor énfasis a la comunicación padre/madre-hijo sobre temas sexualmente relevantes. Además, se añadió al currículo existente nuevo contenido relevante sobre: auto-eficacia y asertividad (Ingram, et al., 2008), manejo de la presión de iguales (Nahom, et al., 2001), e información sobre los pros y los contras de las relaciones sexuales (AAP, 2002).

Tras las ediciones y cambios del currículo basados en los comentarios de los expertos, se pudieron además elaborar mensajes culturalmente apropiados durante los grupos de discusión de padres y jóvenes. En algunos grupos de padres tuvo especial relevancia el debate sobre la ansiedad que les producía hablar a sus hijos sobre conductas sexuales. Teniendo en cuenta esta ansiedad, se identificaron algunas estrategias para mejorar la implementación de contenido (es decir, tareas para casa que incluían un simple cambio de impresiones sobre la actividad de la semana) que facilitaron a los padres y jóvenes completar el tema. Por lo tanto, mientras que el panel de expertos podía identificar fácilmente los contenidos basados en la evidencia, en muchos casos fueron los grupos de discusión comunitarios los que ayudaron a seleccionar el mecanismo de implementación más apropiado.

Gracias al grupo de expertos con el que contábamos con experiencia y conocimientos específicos sobre salud mental de poblaciones hispanas, abuso de sustancias y la mejor praxis e investigación sobre el VIH, pudimos ampliar nuestra investigación a otras áreas vitales, tales como la salud y los temas relacionados con el abuso de sustancias y el VIH. Además, los jóvenes participantes identificaron nuevo contenido ausente en el currículo original de Familia Adelante que, de alguna forma, no estaba relacionado con el consumo de sustancias o el riesgo del VIH. Por ejemplo, varios jóvenes participantes recomendaron que se añadiera al currículo más información sobre la imagen física, los trastornos alimenticios y una nutrición saludable. Así pues, dado que múltiples participantes consideraron este contenido relevante, el equipo de investigación consideró que era importante añadir contenido relacionado con estas áreas.

A continuación mencionamos algunas de las limitaciones del presente estudio. En primer lugar, aunque se incluyeron grupos de discusión con jóvenes y familias de ascendencia mejicana, cubana, portorriqueña y dominicana, la mayoría de los participantes eran de ascendencia mejicana. Así pues, las adaptaciones pudie-

ran no adecuarse totalmente a las comunidades de las otras minorías étnicas. En segundo lugar, el diseño del presente estudio incluyó tres emplazamientos singulares en EEUU: una gran ciudad del oeste, una pequeña ciudad del suroeste, y una gran ciudad costera del sureste. Aunque este enfoque garantizaba el acceso a una variedad de perspectivas hispanas, quizás hayan quedado fuera algunas aportaciones singulares que no pudimos recibir de, por ejemplo, familias hispanas del noreste o el medio oeste. Así pues, la eficacia del currículo revisado debería ser testada mediante un diseño con grupo de control y asignación aleatoria con diversas familias hispanas de distintos puntos de los Estados Unidos.

## Referencias

- Allen, E., Rhoades, G., Stanley, S., Markman, H., Williams, T., Melton, J., & Clements, M. (2008). Premarital precursors of marital infidelity. *Family Process, 47*, 243-259.
- [AAP] American Academy of Pediatrics. (2002). *Reducing the risk*. Retrieved from <http://www.californiasids.com/universal/mainpage.cfm?p=20>
- Castro, F. G., Barrera, M., & Holleran Steiker, L. (2006). Issues and Challenges in the Design of Culturally Adapted Evidence-Based Interventions. *Annual Review of Clinical Psychology, 6*, 213-219.
- [CDC] Center for Disease Control & Prevention. (2004). Morbidity and mortality weekly report. *Morbidity and Mortality Weekly Report, 53*, 145-147.
- [CDC] Centers for Disease Control and Prevention. (2007). *Teen birth rates rise for first time in 15 years*. Retrieved from <http://www.cdc.gov/nchs/pressroom/07newsreleases/teenbirth.htm>.
- [CDC] Center for Disease Control and Prevention. (2008). *Youth Risk Behavior Surveillance -Selected Steps Communities, United States, 2007*. Retrieved from <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss5712a1.htm>
- [CDC] Centers for Disease Control and Prevention. (2010). *HIV and AIDS among Gay and Bisexual Men*. Accessed from <http://www.cdc.gov/nchhstp/newsroom/docs/Fast Facts-MSM-FINAL508COMP>.
- [CDC] Centers for Disease Control and Prevention. (2011). *HIV/AIDS*. Retrieved from <http://www.cdc.gov/hiv/topics/surveillance/basic.htm>
- Cervantes, R. C., Padilla, A. M., & Salgado de Snyder, N. (1991). The Hispanic stress inventory: A culturally relevant approach to psychosocial assessment. *Psychological Assessment, 3*, 438-447.
- Cervantes, R. C. (1993). The Hispanic Family Intervention Program: An empirical approach toward substance abuse prevention. In B. Kail, R. Mayers & T. Watt (Eds.) *Hispanic Substance Abuse*. Sage Publication, Newbury Park, CA.
- Cervantes, R. C., & Pratt Peña, C. (1998). Evaluating Hispanic/Latino programs: ensuring cultural competency. *Alcoholism Treatment Quarterly, 16*, 109-131.
- Cervantes, R. C., Kappos, B., Duenas, N., & Arellano, D. (2005). Culturally focused HIV prevention and substance abuse treatment for Hispanic women. *Addictive Disorders and Their Treatment, 2*, 69-77.
- Cervantes, R., Goldbach, J., & Santos, S. (2011). Familia Adelante: A Multi-Risk Prevention Intervention for Latino Youth. *Journal of Primary Prevention, 32*, 225-234.
- Cervantes, R. C., Goldbach, J., Yeung, A., & Rey, A. (2012). Development of the Environmental Strategies Instrument to Measure Adolescent Alcohol Prevention-Related Outcomes in Community Settings. *The American Journal of Evaluation, 33*, 99-111.
- De La Rosa, M., Rugh, D. & Rojas, P. (2005). Substance abuse among Puerto Rican and Dominican gang members in a small city setting. *Journal of Social Work Practice in the Addictions, 5*, 23-43.
- DeNavas-Walt, C. (2005). *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2004*. Retrieved from <http://www.census.gov/prod/2005pubs/p60-229.pdf>
- [DHHS] Department of Health and Human Services. (2011). *Mental Health: Culture, Race and Ethnicity – A Supplement to Mental Health: A report to the Surgeon General*. Rockville, MD. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- Dusenbury, L., Branningan, R., Falco, M., & Hansen, W. B. (2003). A review of research on fidelity of implementation: Implications for drug abuse prevention in school settings. *Health Education Research, 18*, 237-256.
- Friedman, S. B., Fisher, M., Schonberg, S. K., & Alderman, E. M. (1998). *Comprehensive Adolescent Health Care*. (2nd ed.). (pp. 676-679). St. Louis: Mosby.

- Gilliam, A., Davis, D., Barrington, T., Lacson, R., & Phoenix, U. (2002). The value of engaging stakeholders in planning and implementing evaluations. *AIDS Education and Prevention, 14* (3,Suppl.1), 5-17.
- Guilamo-Ramos, V., Bouris, A., Jaccard, J., Lesesne, C., & Ballan, M. (2009). Family mediators of acculturation and adolescent sexual behavior among Latino youth. *Journal of Primary Prevention, 30*, 395-419.
- Guilamo-Ramos, V., Bouris, A., & Gallego, S. (2012). Latinos and HIV: A framework to develop evidence-based strategies. In C. C. Poindexter (Ed.), *Social services and social action in the HIV pandemic: Principles, method, and populations*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Hecht, M. L., Marsiglia, F. F., Elek, E., Wagstaff, D. A., Kulis, S., Dustman, P. L., & Miller-Day, M. (2003). Culturally-grounded substance use prevention: an evaluation of the keepin' it R.E.A.L. curriculum. *Prevention Science, 4*, 233-248.
- Hershberger, S., Wood, M., & Fisher, D. (2003). A cognitive-behavioral intervention to reduce HIV risk behaviors in crack and injection drug users. *AIDS and Behavior, 7*, 229-243.
- Holleran, L. K., Castro, F., Coard, S., Kumpfer, K., Nyborg, V., & Stephenson, H. (2005). *Moving Towards State of the Art, Culturally Relevant Prevention Interventions for Minority Youth*. Society for Prevention Research Annual Meeting, May 27.
- Holleran, L. K. (2008). Making drug and alcohol prevention relevant: Adapting evidence-based curricula to unique adolescent cultures. *Family & Community Health, 57*(S), S52-S60.
- Holleran, L. K., & Hopson, L. M. (2012). Methodology for evaluating an adaptation of evidence-based drug abuse prevention in alternative schools. *Children in Schools, 30* 116-127.
- Ingram, B. L., Flannery, D., Elkavich, A., & Rotheram-Borus, M. J. (2008). Common processes in evidence-based adolescent HIV prevention programs. *AIDS and Behavior, 12*, 374-383.
- Kumpfer, K. L., Alvarado, R., Smith, P., & Bellamy, N. (2002). Cultural sensitivity and adaptation in family based prevention interventions. *Prevention Science, 3*, 241-246.
- Florida Department of Health, Bureau of HIV/AIDS. (2010). *Latino Issues Survey*. Retrieved from <http://www.wemakethechange.com/wpcontent/uploads/latinosummitfacts.pdf>
- Lescano, C. M., Brown, L. K., Raffaelli, M., & Lima, L. (2009). Cultural factors and family-based HIV prevention intervention for Latino youth. *Journal of Pediatric Psychology, 34*, 1041.
- Minkler, M., & Wallerstein, N. (Eds.). (2003). *Community Based Participatory Research for Health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Monitoring the Future. (2008). *Monitoring the Future National Survey Results on Drug Use, 1975-2008 Volume II*. Retrieved from [http://monitoringthefuture.org/pubs/monographs/vol2\\_2008.pdf](http://monitoringthefuture.org/pubs/monographs/vol2_2008.pdf)
- Morales, L. S., Lara, M., Kington, R. S., Valdez, R. O., & Escarce, J. J. (2002). Socioeconomic, cultural, and behavioral factors affecting Hispanic health outcomes. *Journal of Health for the Poor and Underserved, 13*, 477-503.
- Morgan, D. L. (1997). *Focus groups as qualitative research*. (2nd ed). Newbury Park, CA: Sage.
- [MMWR] Morbidity and Mortality Weekly Report. (2011). Mental Illness Surveillance Among Adults in the United States. Atlanta, GA: Centers for Disease Control.
- Nahom, D., Wells, E., Gillmore, M., Hoppe, M., Morrison, D., & Archibald, M. (2001). Differences by gender and sexual experience in adolescent sexual behavior. *Journal of School Health, 71*, 153-158.
- [NIDA] National Institute on Drug Abuse. (2011). Preventing *Drug Abuse among Children and Adolescents*. Retrieved from <http://drugabuse.gov/prevention/index.html>
- [NSDUH] National Survey on Drug Use and Health. (2007). *Results from the 2007 National Survey on Drug Use and Health: National findings*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Retrieved from <http://www.samhsa.gov/data/NSDUH/2k10NSDUH/2k10Results.htm>
- Nelson, A., & Arthur, B. (2004). Storytelling for Empowerment: Decreasing at-risk youth's alcohol and marijuana use. *Journal of Primary Prevention, 24*, 169-180.
- Pemberton, M., Colliver, D., Robbins, T., & Gfroerer, J. (2011). *Underage Alcohol Use: Findings from the 2002-2006 National Survey on Drug Use and Health*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Retrieved from <http://www.oas.samhsa.gov/underage2k8/toc.htm>
- Prado, G., Schwartz, S., Pattatucci-Aragón, A., Clatts, M., Pantin, H., & Fernandez, M. I. (2006). The prevention of HIV transmission in Hispanic adolescents. *Drug and Alcohol Dependence, 84*(S), S43-S53.
- Robles, N. R., Pastor, L., & Manjon, M. (2004). Lercanidipine in diabetic patients with renal failure. *Nefrologia, 24*, 338-43.

- Rotheram-Borus, M. J., Murphy, D. A., Coleman, C. L., Kennedy, M., Reid, H. M., & Cline, T. (1997). Risk acts, health care, and medical adherence among HIV+ youths in care overtime. *AIDS Behavior, 1*, 43-52.
- Szapocznik, J., Prado, G., Burlew, K., Williams, R. A., & Santisteban, D. A. (2007). Drug abuse in African American and Hispanic adolescents: Culture, development and behavior. *Annual Review of Clinical Psychology, 3*, 77-105.
- Shedlin, M. G., Decena, C. U., & Oliver-Velez, D. (2005). Initial acculturation and HIV risk among new Hispanic immigrants to New York. *Journal of the National Medical Association, 97*(7), 32S-36S.
- Smedley, B.D., Stith, A.Y., & Nelson, A. R. (2002). *Unequal treatment: Confronting racial and ethnic disparities in health care. Institute of Medicine Report*. Washington, D.C.: National Academy Press. Retrieved from <http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=030908265X>
- Stewart, D. W., Shamdasani, P. N., & Rook, D. W. (2007). *Focus Groups: Theory and Practice* (2<sup>nd</sup> ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Villaruel, A. M., Jemmott III, J. B., & Jemmott, L. S. (2006). A Randomized Controlled Trial Testing an HIV Prevention Intervention for Latino Youth. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 160*, 772-777.
- Whitaker, D. J., & Miller, K. S. (2000). Parent-adolescent discussions about sex and condoms: Impact on peer influences of sexual risk behavior. *Journal of Adolescent Research, 15*, 251-272.
- Zayas, L. H., Hausmann-Stabile, C., & Pilat, A. M. (2009). Recruiting urban Latina adolescents and their families: Challenges and lessons learned in suicide attempts research. *Youth & Society, 40*, 591-602.