

Reduciendo las desigualdades en salud por consumo de drogas y VIH de los jóvenes hispanos en EEUU: El Programa de Investigación “Familias Unidas”

Guillermo Prado. University of Miami, USA

Hilda Pantin. University of Miami, USA

Ésta es una versión traducida al español del original en inglés Reducing Substance Use and HIV Health Disparities among Hispanic Youth in the USA: The *Familias Unidas* Program of Research.

Para referenciar, citar el original como: Prado, G. & Pantin, H. (2011). Reducing Substance Use and HIV Health Disparities among Hispanic Youth in the USA: The *Familias Unidas* Program of Research. *Psychosocial Intervention*, 20, 63-73. DOI: 10.5093/in2011v20n1a7

Resumen. Prevenir/reducir el uso de drogas y la incidencia de VIH entre los jóvenes hispanos es imprescindible para eliminar las desigualdades existentes en materia de salud entre los hispanos y otros sectores de la población. El objetivo de este artículo es describir el programa de investigación Familias Unidas (un programa de intervención diseñado específicamente para hispanos y que se centra en el papel de los padres). El programa pretende reducir el consumo de drogas y minimizar las disparidades relativas al VIH entre los jóvenes hispanos. El artículo se centra en las bases teóricas de la intervención, en la investigación empírica que respalda este modelo teórico, en el modelo mismo, en los resultados obtenidos por el programa de investigación, y en su puesta en práctica en la comunidad.

Palabras clave: desigualdad de salud, drogas, familia, fumar, hispano, VIH.

El consumo de drogas (incluyendo el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales) y el VIH representan graves problemas de salud pública a los que debe enfrentarse la juventud de los Estados Unidos (Centers for Disease Control and Prevention, 2010; Johnston, O'Malley, Bachman y Schulenberg, 2009). El consumo de drogas a edades tempranas y las conductas sexuales de riesgo, junto a los problemas asociados a estos comportamientos, tales como el abuso y adicción a las drogas (Gil, Wagner y Tubman, 2004) y el VIH (Centers for Disease Control and Prevention, 2010; Prado, Schwartz, Pattatucci-Aragon et al., 2006), no incide de igual manera en los distintos grupos étnicos. De hecho, tanto el consumo de drogas como el VIH contribuyen en gran medida a las desigualdades en salud que existen entre los hispanos y otros sectores de la población. Por lo tanto, la prevención/reducción del consumo de drogas y del VIH entre la juventud hispana es esencial para eliminar las desigualdades en salud existentes entre los hispanos y otros sectores de la población. A pesar de estas desigualdades en salud por el consumo de drogas y el VIH en esta población, hay una escasez de programas de intervención empíricos para la prevención de las conductas de riesgo que derivan en el consumo de drogas o el VIH entre los jóvenes hispanos. Hasta donde sabemos, Familias Unidas es el único programa de intervención con demostrada eficacia tanto para prevenir el consumo de drogas como las conductas sexuales de riesgo de esta población. Familias Unidas es, además, la única intervención publicada destinada a jóvenes hispanos y evaluada en más de un diseño clínico con asignación aleatoria (O'Connell, Boat y Warner, 2009). El objetivo de este artículo es describir un programa de investigación que incluye la intervención de Familias Unidas, una intervención centrada en el sector hispano y en las familias y que probó ser eficaz para la reducción de las desigualdades en salud por comportamientos de riesgo de drogadicción y VIH entre los jóvenes hispanos. Este artículo se centrará en los fundamentos teóricos de la intervención, la investigación empírica que avala el modelo teórico, el modelo de intervención en sí, los resultados del programa de investigación y la aplicación de esta intervención a la práctica comunitaria. Antes de presentar la intervención, es importante entender la epidemiología del consumo de drogas y el VIH entre la juventud hispana. En la siguiente sección se describe la prevalencia de las conductas de riesgo de consumo de drogas y del VIH entre los jóvenes hispanos.

Prevalencia de las conductas de riesgo de consumo de drogas y del VIH entre los jóvenes hispanos.

Los adolescentes forman un importante sector de la población expuesto al riesgo de consumo de drogas (incluyendo el consumo de drogas ilegales, así como de tabaco y alcohol). Aunque el consumo representa un problema de salud público de primer orden que afecta a toda la juventud americana, la juventud hispana presenta un consumo desproporcionado de drogas ilegales, alcohol y tabaco. Los resultados de un reciente estudio de *Monitoring the Future* realizado en colegios (Johnston et al., 2009) indican que los adolescentes de octavo grado presentan un consumo a lo largo de sus vidas y en el momento de la intervención en todas las categorías de drogas (con excepción de las anfetaminas) más alto que tanto los blancos no hispanos como los afroamericanos. Por ejemplo, el 23.9% de los alumnos hispanos de octavo grado afirman haber consumido algún tipo de droga ilegal, frente al 19.4% de afroamericanos y el 17.5% de blancos no hispanos (Johnston et al., 2009).

Con relación al consumo de tabaco, los estudiantes hispanos de octavo y décimo grado también presentaron mayores niveles de consumo de tabaco que sus compañeros blancos no hispanos y afroamericanos. Por ejemplo, un 24.1% de los estudiantes hispanos de octavo grado afirmaron haber fumado cigarrillos a lo largo de su vida, frente al 20.8% de afroamericanos y el 20.4% de blancos no hispanos de octavo grado (Johnston et al., 2009). De igual manera, el 36.1% de los estudiantes de décimo grado afirman haber fumado cigarrillos a lo largo de su vida, frente al 27.9% de afroamericanos, y el 33.7% de blancos no hispanos (Johnston et al., 2009). Finalmente, los alumnos de octavo y décimo grados hispanos también presentaron mayor consumo de alcohol que sus compañeros blancos no hispanos y afroamericanos. Por ejemplo, el 47.1% de los alumnos hispanos de octavo grado afirman haber bebido alcohol a lo largo de su vida, frente al 37.1% de afroamericanos y el 36.8% de blancos no hispanos estudiantes de octavo grado (Johnston et al., 2008).

Aunque los estudiantes hispanos de décimo grado presentan mayores niveles de consumo de drogas ilegales, alcohol y tabaco que los blancos no hispanos y los afroamericanos, entre los estudiantes de duodécimo grado la juventud hispana presenta menores niveles de consumo que los blancos no hispanos (aunque aún mayores que los afroamericanos).

Se han propuesto varias explicaciones para explicar este cambio entre los cursos del décimo y duodécimo grado. Una posible explicación es que hay un mayor nivel de abandono escolar entre los adolescentes hispanos que entre los afroamericanos o los blancos no hispanos. Así pues, en comparación tanto con los blancos no hispanos como con los afroamericanos, un gran porcentaje del grupo de hispanos con tendencia al consumo de drogas abandona el sistema educativo antes del duodécimo grado (Greene y Forster, 2003). Sin embargo, resultados obtenidos en estudios no específicamente centrados en colegios podrían contradecir la hipótesis de alto abandono escolar. Concretamente, la Encuesta Nacional de Hogares sobre Consumo de Drogas y Salud (Substance Abuse and Mental Health Service Administration, 2005) ha confirmado que durante la adolescencia tardía y la madurez temprana, los blancos no hispanos presentan los mayores niveles de consumo de drogas, seguidos de los hispanos. Otra explicación alternativa es que los hispanos tienden a iniciarse en el consumo de drogas más tempranamente y que los blancos no-hispanos se inician más tarde y sobrepasan los niveles de consumo de los hispanos en el duodécimo grado.

Además de los riesgos del consumo de drogas ilegales, alcohol y tabaco, los adolescentes están más expuestos al riesgo de prácticas sexuales no seguras. Los resultados del Informe de Supervisión de Conductas de Riesgo de los Jóvenes realizado por el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, 2010), indican que el 46% de los estudiantes de secundaria afirmaron haber mantenido relaciones sexuales y el 13.8% afirmaron haber tenido cuatro o más parejas sexuales a lo largo de sus vidas. Además, de aquellos adolescentes que afirmaron haber tenido relaciones sexuales en los tres meses anteriores al estudio, sólo el 61.1% afirmaron haber usado condón en la última relación sexual. El consumo de drogas ilegales es también un factor de riesgo de conductas sexuales no seguras y por lo tanto del VIH (Guo, Chung, Hill et al., 2002; Prado et al., 2006). Según el Informe de Supervisión de Conductas de Riesgo de Jóvenes del Centro de Control y Prevención de Enfermedades, de aquellos adolescentes que afirmaron haber mantenido relaciones sexuales los tres meses anteriores a la realización del estudio, el 21.6% afirmó haber bebido alcohol o consumido drogas ilegales antes de su última relación sexual. No debe sorprender entonces que el grupo de adolescentes de entre 13 a 19 años sea el segmento en el que más rápidamente han aumentado los casos de VIH (Eaton, Kann, Kinchen et al., 2006).

Estos niveles son incluso más alarmantes entre los adolescentes hispanos. Por ejemplo, la proporción de adolescentes hispanos que afirmaron usar condón en su última relación sexual es menor (54.9%) que la de los adolescentes afroamericanos (62.4%). Aunque los resultados más recientes del Informe de Supervisión de Conductas de Riesgo de los Jóvenes muestra que la proporción de blancos no hispanos (63.3%) que afirman usar condón es mayor que la de los hispanos, éstos presentan un menor uso de condón que los blancos no hispanos desde el inicio de este informe en 1991 (Centers for Disease Control and Prevention, 2007). El hecho de que los hispanos presenten niveles menores de utilización de condón es preocupante porque el sexo sin protección en la última relación sexual es uno de los principales factores de riesgo de transmisión del VIH (Eaton et al., 2006). Sin embargo, es importante hacer notar que los hispanos no son el grupo de mayor riesgo en todos los indicadores de riesgo sexual. Por ejemplo, se ha obtenido una proporción menor (14.2%) de jóvenes hispanos que afirmen haber mantenido relaciones sexuales con cuatro o más personas a lo largo de su vida, en comparación a los afroamericanos (28.6%).

En resumen, aunque las estadísticas nacionales son alarmantes para toda la juventud en su conjunto, lo que podría resultar incluso más preocupante es que la juventud de la población hispana, grupo minoritario más amplio y que crece a mayor velocidad en los Estados Unidos (Ramirez y de la Cruz, 2003), parece estar expuesto a un mayor riesgo de iniciarse en el consumo de drogas, tabaco y alcohol, y en prácticas sexuales no seguras. Teniendo en cuenta (a) la disparidad de niveles de estas conductas, así como la desproporcionada prevalencia del VIH en adolescentes hispanos (es decir, la juventud hispana representa el 18% de todos los nuevos casos de VIH; Center of Disease Control, 2005), (b) la juventud de la población hispana en los Estados Unidos (aproximadamente un tercio de todos los hispanos tienen menos de 18 años; Marotta y Garcia, 2003) y (c) los niveles de expansión de la población hispana (los hispanos fueron responsables de casi la mitad (1.4 millones) del crecimiento de población nacional de 2.9 millones entre el 1 de julio del 2005 y el 1 de julio del 2006 (U.S. Census Bureau, 2008), el desarrollo, evaluación y difusión de programas de intervención empírica para la población hispana es una cuestión urgente de salud pública y esencial para reducir las desigualdades en salud por consumo de drogas y el VIH que existen entre los jóvenes hispanos y el resto de sectores de la población.

La mayor parte de este artículo se centra en un programa de investigación denominado “Familias Unidas” [*United Families*]. El programa de investigación Familias Unidas ha sido diseñado para reducir las desigualdades en salud por consumo de drogas y el VIH entre la juventud hispana. Mediante la reducción del consumo de drogas ilícitas, tabaco y alcohol y de las conductas sexuales no seguras de la juventud hispana, podemos mejorar enormemente la salud de esta población (Mokdad, Marks, Stroup y Gerberding, 2004). En las próximas secciones, describimos la base teórica de la intervención de Familias Unidas, la investigación empírica que fundamenta dicho modelo teórico, el propio modelo de intervención, los resultados del programa de investigación y, finalmente, la aplicación de esta intervención a la práctica comunitaria.

Etiología de las conductas de riesgo del consumo de drogas y el VIH: Procesos de riesgo y prevención

Para comenzar a entender los fundamentos teóricos de *Familias Unidas* se tiene que comprender primero la etiología (procesos de riesgo y prevención) asociada a las conductas de riesgo de consumo de drogas y del VIH entre la juventud hispana. En la literatura sobre la salud de los adolescentes, el riesgo de iniciarse en el consumo de drogas y de conductas sexuales no seguras ha sido conceptualizado como un proceso multidimensional con “múltiples vías” que conducen a estos problemas en el desarrollo (Bry, McKeon y Pandina, 1982). Distintas investigaciones han documentado que las dificultades en varias facetas funcionales interactúan incrementando las probabilidades del consumo de drogas y de conductas sexuales no seguras (Hovell, Sipan, Blumberg et al., 1994; Hawkins, Catalano y Miller, 1992). Aunque los factores de riesgo individuales normalmente se estudian como elementos independientes o adicionales en un modelo de riesgo, es más correcto expresarlos como elementos de un proceso integrado evolutivo de riesgo. (Szapocznik y Coatsworth, 1999).

Debido a la presencia de factores de riesgo de consumo de drogas y del VIH (por ejemplo, conductas sexuales sin protección) en múltiples niveles del entorno social y también debido al potencial de estos factores de combinarse incrementado sus efectos, se precisa de un enfoque multidimensional del riesgo y preven-

ción frente al consumo de drogas de los adolescentes (Dishion, Capaldi y Yoerger, 1999) y las conductas sexuales no seguras (Kotchick, Shaffer, Forehand y Miller, 2001). Los modelos sociales ecológicos pueden ayudar a explicar los múltiples efectos e interrelación entre el consumo de drogas y las conductas de riesgo de transmisión del VIH entre los adolescentes. Los modelos basados en la teoría ecoevolutiva (Prado et al., 2010; Szapocznik y Coatsworth, 1999) son ejemplos de tales modelos socio-ecológicos. La intervención Familias Unidas está basada en las teorías ecoevolutivas (Pantin et al., 2004; Prado et al., 2010).

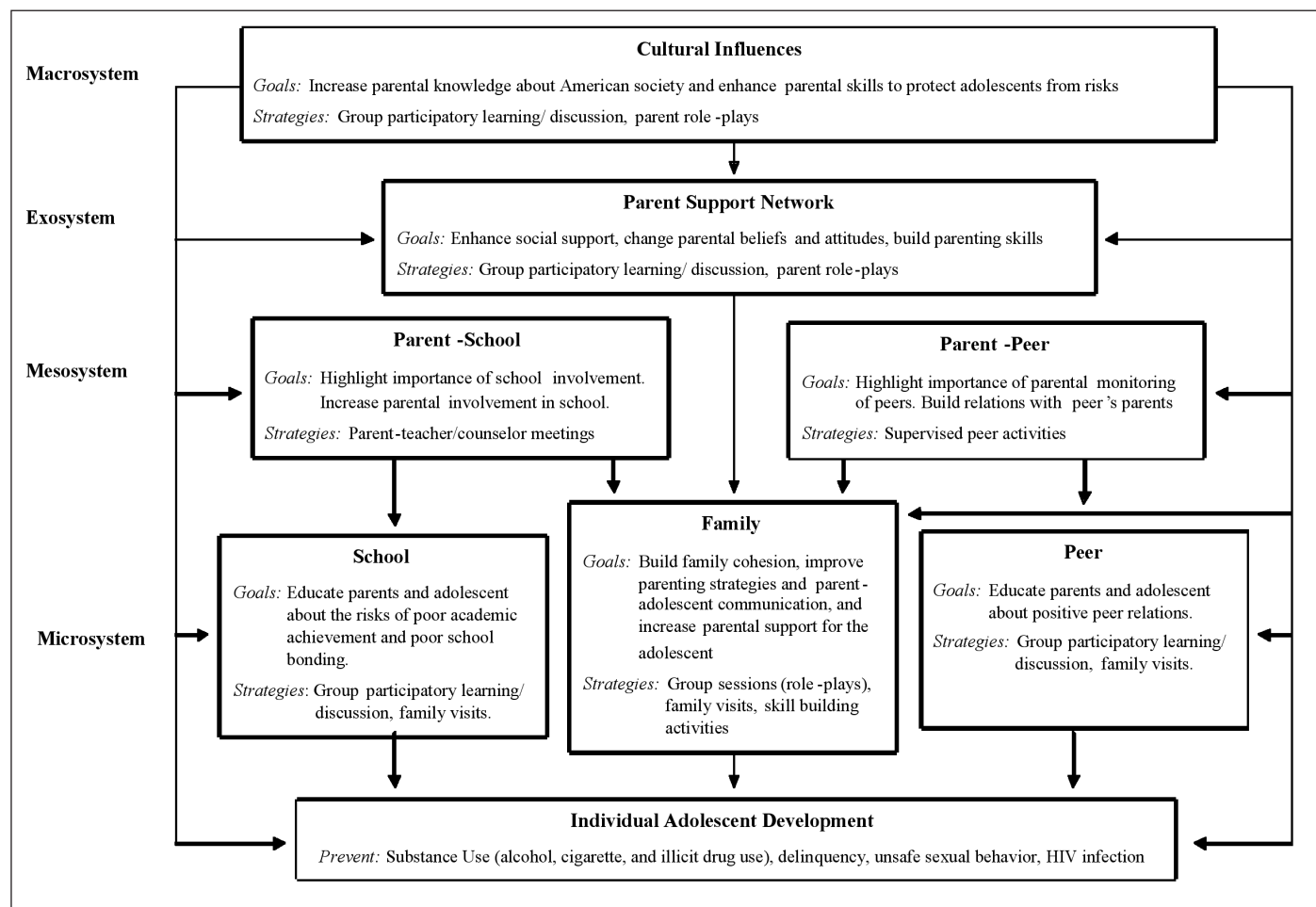
La teoría ecoevolutiva (Pantin, Coatsworth, Feaster et al., 2004; Szapocznik y Coatsworth, 1999) incorpora tres elementos primarios integrados: (a) teoría socio-ecológica, (b) teoría evolutiva y (c) un énfasis en las interacciones sociales. El primer elemento de la teoría ecoevolutiva se obtiene del trabajo de Bronfenbrenner sobre la ecología social del desarrollo humano (Bronfenbrenner, 1979, 1986). Bronfenbrenner ha organizado las múltiples influencias en el desarrollo de los adolescentes según su proximidad al adolescente, y se presentan a continuación desde la más alejada hasta la más cercana: macrosistemas (los ideales sociales y filosóficos generales que caracterizan a una cultura particular, por ejemplo, los valores culturales); exosistemas (contextos en los que el adolescente no participa directamente pero que poseen un impacto en el funcionamiento de miembros importantes en la vida del adolescente, tales como los sistemas de apoyo parentales); mesosistemas (contextos que incluyen las interacciones entre miembros importantes de los distintos contextos en los que el adolescente participa directamente, por ejemplo, control parental de los pares) y microsistemas (contextos en los que el adolescente participa directamente, por ejemplo, la familia).

El segundo elemento de la teoría ecoevolutiva es la perspectiva evolutiva que enfatiza la naturaleza cambiante de los jóvenes a lo largo del tiempo como una función no sólo del contexto social actual del adolescente, sino también de las condiciones cambiantes del contexto social a lo largo de la vida del niño. Así pues, se aplica una perspectiva evolutiva al joven y a su contexto social, en la que tanto la persona como el contexto evolucionan y cambian a lo largo de la vida. Por ejemplo, el consumo de drogas en la adolescencia, que sirve de pronóstico de conductas sexuales no seguras (Bailey, Pollock, Martin y Lynch, 1999; Boyer, Tschann y Shafer, 1999), se halla influenciado no sólo por el contexto social actual del joven, como se manifiesta por el control parental de los pares del adolescente (Bogenschneider, Wu, Raffaelli y Tsay, 1998) durante la adolescencia, sino también por los niveles previos de participación parental y comunicación familiar (Barnes, Farrell y Banerjee, 1994).

El tercer elemento de la teoría ecoevolutiva son las interacciones sociales. Hemos desarrollado la hipótesis de que el riesgo y la prevención se hallan expresados en los patrones de relaciones y transacciones directas entre individuos dentro y entre distintos niveles contextuales (Garbarino y Abramowitz, 1992; Szapocznik y Coatsworth, 1999). Por ejemplo, el grado de apoyo social experimentado por los padres sirve para pronosticar directamente la dureza o apoyo de sus prácticas parentales (Swick y Broadway, 1997), las cuales, a su vez, podrían influenciar las probabilidades del consumo de drogas y la práctica de conductas sexuales no seguras por parte del adolescente (Miller, Levin, Whitaker y Xu, 1998; Perkins y Luster, 1999; Whitbeck, Conger y Kao, 1993). Así pues, la teoría ecoevolutiva (Pantin et al., 2004) apunta a que los fenómenos macrosistémicos, tales como las disparidades entre la cultura de origen de la familia y la cultura de acogida, producen un efecto de “goteo” al contribuir a la aparición de problemas exosistémicos tales como el aislamiento parental, que a su vez priva a los padres de las redes de los pares de sus hijos adolescentes (es decir, problemas mesosistémicos) (Pantin et al., 2003; Pantin, Schwartz, Sullivan et al., 2004). Por ejemplo la literatura clínica apunta a que cuando los padres inmigrantes desconocen la cultura de su país de acogida, tienden a permanecer aislados y no llegan a beneficiarse del apoyo social (Leon y Dziegielewski, 2000). La carencia de apoyo social, a su vez, podría impedir las prácticas parentales de apoyo y participación (Simons, Lorenz, Conger y Wu, 1992). La ausencia de participación parental en la vida del adolescente (problema microsistémico) y en los contextos cotidianos de los pares (problema mesosistémico) incrementa la probabilidad de problemas de conducta, incluyendo el consumo de drogas (Pabon, 1998) y prácticas sexuales no seguras (Boyer et al., 1999; Luster y Small, 1994). Estos efectos ecoevolutivos podrían ser particularmente importantes en las vidas de los adolescentes y las familias inmigrantes hispanas, teniendo en cuenta que, para los hispanos, las experiencias relacionadas con la inmigración y la aculturación son factores pronosticadores del consumo de drogas (Martínez, 2006) y prácticas sexuales no seguras (Ford y

Norris,1993). La intervención de *Familias Unidas* aborda estos procesos ecoevolutivos específicos de las familias inmigrantes hispanas (Figura 1).

Figura 1. Procesos ecoevolutivos dirigidos por Familias Unidas



Objetivos de la intervención de Familias Unidas

Los principios básicos ecoevolutivos se han aplicado con éxito en las intervenciones preventivas de consumo de drogas y del VIH entre los adolescentes. Un corpus considerable de investigación ha demostrado que las intervenciones preventivas dirigidas al contexto familiar han conseguido reducir el riesgo de consumo de drogas y prácticas sexuales no seguras por parte de los adolescentes (Dishion et al., 1999; Ialongo, Werthamer, Kellam, et al., 1999; Kumpfer, Molgaard y Spoth, 1996; Pentz, 1995; Pentz, Dwyer, MacKinnon et al., 1989; Prado, Pantin, Briones et al., 2007; Szapocznik, Scopetta y King, 1978; Tobler, Roona, Ochshorn, et al. 2000). Las intervenciones preventivas dirigidas a los contextos de la comunidad y las escuelas (Dishion, Kavanagh, Schneiger et al., 2002; Hawkins et al., 1992; Kulis, Marsiglia, Elek et al., 2005; Pentz, 1995; Pentz, et al., 1989; Storr, Ialongo, Kellam y Anthony, 2002) también han probado ser eficaces en la prevención de consumo de drogas y prácticas sexuales no seguras de los adolescentes. En una revisión reciente de la literatura sobre el tema, Szapocznik et al. (2007) hallaron que sólo cuatro tipos de intervenciones han demostrado ser eficaces a la hora de prevenir el consumo de drogas ilegales entre los adolescentes hispanos. Los criterios utilizados para seleccionar los estudios del informe de Szapocznik et al. fueron: (a) diseños con grupos control y asignación aleatoria (b) adolescentes entre 12 y 17 años de edad y (c) la utilización de una muestra de sujetos primariamente hispanos (es decir, el 70% de la muestra o más) o que ofrezcan resultados separados para los hispanos. Usando los mismos criterios, sólo dos intervenciones han demostrado ser eficaces para la prevención de conductas sexuales no seguras de adolescentes hispanos (Prado et al., 2007; Villaruel, Jemmott y Jemmott, 2006) y sólo una intervención (Familias Unidas) ha probado ser eficaz a la hora de prevenir tanto el consumo de drogas como las conductas sexuales no seguras entre adolescentes hispanos (Prado et al., 2007).

Familias Unidas (Pantin et al., 2003; Pantin et al., 2009; Prado et al., 2006; Prado et al., 2007) es una intervención preventiva centrada en las familias y específicamente dirigida a la población hispana para reducir los riesgos e incrementar la prevención de consumo de drogas y conductas sexuales sin protección entre los adolescentes hispanos. Como se ha afirmado anteriormente, Familias Unidas está basada en la teoría eco-evolutiva (Szapocznik y Coatsworth, 1999) e influenciada por modelos culturalmente específicos para la población hispana de los Estados Unidos (Szapocznik y Kurtines, 1993; Szapocznik y Williams, 2000). Siguiendo la teoría ecoevolutiva, Familias Unidas tiene por objetivo prevenir el consumo de drogas y conductas sexuales sin protección incrementando las prácticas parentales positivas, el apoyo familiar del adolescente y la participación parental, así como mejorando la comunicación general entre los padres y adolescentes y la comunicación entre padres y adolescentes específicamente sobre el consumo de drogas, las prácticas sexuales no seguras y el VIH (Pantin, et al, 2004). Como se puede observar en la Figura 1, los procesos microsistémicos familiares están influenciados por procesos exosistémicos (por ejemplo, la red de apoyo de los padres) y mesosistémicos (por ejemplo, relaciones de los padres con la escuela y con los pares). Los procesos exosistémicos están influenciados por los procesos macrosistémicos (por ejemplo, las influencias culturales).

La intervención *Familias Unidas* fue desarrollada a través de un modelo de investigación participativo centrado en la comunidad. Por ejemplo, en el proceso de preparación de *Familias Unidas*, los representantes de la comunidad identificaron las conductas sexuales de riesgo y el consumo de drogas como motivos específicos de preocupación de los padres locales (Coatsworth, Pantin, y Szapocznik, 2002) y consecuentemente, la intervención fue desarrollada para abordar específicamente estos problemas. Además, durante los grupos de discusión para el desarrollo de la intervención *Familias Unidas*, los padres resaltaron el papel de la asimilación de la cultura norteamericana como una razón importante de que la juventud desarrolle conductas problemáticas. Por ello, *Familias Unidas* fue desarrollada para abordar procesos de riesgo y prevención bien definidos, tales como los factores estresantes de la aculturación.

Familias Unidas se desarrolla a través de grupos multi-parentales, que sitúan a los padres en un papel activo como agentes de cambio, y a través de visitas a los hogares familiares. Los grupos de padres son la actividad principal de la intervención, ya que reúne a los padres con el fin de determinar la implicación parental, aumentando así el apoyo parental y proporcionando un contexto para la participación del padre en un proceso compartido de aprendizaje de habilidades. El procedimiento más importante para conseguir estos objetivos es el “aprendizaje participativo”, basado en el método de planteamiento de problemas iniciado por Paolo Freire para poblaciones marginales. Con el aprendizaje participativo, los padres aprenden a través del diálogo, y no de órdenes. Las actividades en grupo consisten en role-plays y otras formas de prácticas conductuales para la adquisición de habilidades. A través de las sesiones en grupo, los padres construyen su percepción de responsabilidad y control (es decir, seguridad en sí mismos).

Las visitas a los hogares familiares proporcionan el primer contacto entre el facilitador y las familias, pero sobre todo, su objetivo es proporcionar al asistente la oportunidad de reestructurar los procesos familiares, escolares y con los pares. Las visitas también proporcionan oportunidades para que el facilitador mantenga la motivación familiar, fomente la práctica y aplique las habilidades que el padre o madre han aprendido en las sesiones en grupo. Las visitas familiares posibilitan que los padres transfieran las competencias adquiridas en las sesiones de grupo a su hijo adolescente, promueven unas relaciones de mayor apoyo y cariño e incrementan la comunicación entre padres e hijos, todo ello en el contexto familiar.

Trabajar con cada familia permite al facilitador involucrar a otros miembros de la familia en la intervención, fortaleciendo así al conjunto familiar. El facilitador puede también explorar las dificultades percibidas para la asistencia y el trabajo de la intervención con la familia, y resolver temas claves que permitan acceso a la intervención de Familias Unidas. Nuestros altos índices de participación (Prado et al., 2006) de más del 90% en las sesiones de la intervención se puede atribuir al contenido y el proceso de la primera visita familiar, que incluye la exploración y detección de las áreas problemáticas en la familia, el contacto con la familia y la descripción a los sujetos de la intervención Familias Unidas.

Las visitas familiares también permiten a la familia y al facilitador sintetizar lo que se ha adquirido en las sesiones de los grupos de padres y aplicarlo específicamente a aquellos aspectos y problemas que tienen lugar en ese momento en la familia. Las visitas familiares están concretamente centradas en los procesos que ocu-

ren en el seno de una familia específica y cómo estas interacciones preparan el terreno para poder aplicar las habilidades adquiridas en las sesiones grupales en sus vidas cotidianas.

Familias Unidas: Resultados de tres informes de eficacia

Familias Unidas ha sido evaluado y ha probado ser eficaz para prevenir y reducir el consumo de drogas (incluyendo el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales) y las conductas sexuales sin protección en tres ensayos clínicos aleatorios (Pantin et al., 2003; Pantin et al., 2009; Prado et al., 2007). Según el informe más reciente del Medical Institute (O'Connell et al., 2009) sobre la *Prevención de salud mental, emocional y desórdenes de conducta entre los jóvenes*, Familias Unidas es una de las dos únicas intervenciones que han probado ser eficaces para la prevención de riesgos de transmisión del VIH en varios ensayos. Es la única intervención que se ha desarrollado específicamente para jóvenes hispanos. Esta sección resume los resultados de los tres informes de eficacia.

Primer Informe de Eficacia de Familias Unidas. En este primer estudio de eficacia de Familias Unidas, y en comparación a una condición control de prevención habitual, Pantin et al. (2003) evaluaron la eficacia de Familias Unidas en la mejora del funcionamiento familiar y la reducción de problemas conductuales, siendo éstos el precedente del consumo de drogas, de conductas sexuales no seguras y problemas de salud relacionados tales como el VIH (Prado et al., 2006). Los participantes en el estudio fueron 102 chicos y 65 chicas (edad media = 12.4, $SD = .80$) y sus respectivos cuidadores principales. El ingreso familiar anual medio era entre \$15,000 y \$20,000. El cuarenta y nueve por ciento de los adolescentes habían nacido en los Estados Unidos. Los adolescentes inmigrantes procedían de Cuba (39%), Centroamérica (29%), Sudamérica (17%), Puerto Rico (5%) y otros países hispanos (10%). De los adolescentes nacidos en el extranjero, más de un cuarto (26.3%) habían estado residiendo en los Estados Unidos menos de cinco años. Los padres de los adolescentes nacidos en los EE.UU. habían nacido principalmente en Cuba (33%), Nicaragua (29%) y Honduras (11%).

En este estudio se empleó un diseño con grupo control y asignación aleatoria de 2 (Condición) x 4 (Tiempo). Los participantes fueron evaluados al inicio del estudio, asignados de forma aleatoria y reevaluados a los 3, 6, 9 y 12 meses del inicio del estudio. En el estudio se empleó un diseño del tipo 'intención de seguir el tratamiento', de manera que los participantes continuaron siendo evaluados en cada uno de los puntos en el tiempo, hubieran o no completado la intervención. Familias Unidas resultó mejorar de forma significativa el funcionamiento familiar en comparación a la prevención habitual alcanzada en la condición de control, $F(4, 577) = 2.68, p < .04$ y logró reducir los problemas de conducta del adolescente $F(3, 424) = 4.25, p < .006$. Los resultados también indican que los cambios en el funcionamiento familiar coincidían con cambios posteriores en los problemas de conducta del adolescente. El estudio demostró que una intervención podía incrementar los procesos familiares asociados a la prevención de consumo de drogas y los problemas de salud relacionados. Sin embargo, una limitación del estudio fue que no hubo un seguimiento a largo plazo del impacto de la intervención en los niveles de consumo de drogas de los adolescentes. La tasa base de consumo de drogas era demasiado baja para revelar los efectos de la intervención en el seguimiento un año después del inicio de la intervención, cuando la edad media de los adolescentes era de 13.4 años. Además, no se recogieron datos sobre las conductas sexuales.

Segundo estudio de eficacia de Familias Unidas. En esta segunda revisión de Familias Unidas, Prado et al. (2007) evaluaron la eficacia de Familias Unidas en la prevención del consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales entre los adolescentes, así como de conductas sexuales no seguras, en comparación con una intervención preventiva de VIH y una intervención preventiva cardiovascular. Los participantes del estudio fueron 128 chicos y 138 chicas (edad media = 13.4, $SD = .68$) y sus respectivos cuidadores principales. Sólo el 18.6% de las familias declararon tener ingresos familiares superiores a los \$30,000 al año. El cuarenta por ciento de los adolescentes habían nacido en los Estados Unidos. Los inmigrantes adolescentes ($n = 159$) habían nacido en Cuba (40%), Nicaragua (25%), Honduras (9%), Colombia (4%) y otros países hispanos (22%). De los adolescentes nacidos en el extranjero, exactamente la mitad habían estado viviendo en los Estados Unidos durante menos de tres años, mientras que el resto había vivido en los Estados Unidos entre 3-10 años ($n = 54, 34\%$).

o más de diez años ($n = 25$, 16%). Los padres de los adolescentes nacidos en los EE.UU. habían nacido principalmente en Nicaragua (33%), Cuba (20%) y Honduras (12%).

En este estudio se empleó un diseño con grupo control y asignación aleatoria 3 (Condición) x 5 (Tiempo). Los participantes fueron evaluados al inicio del estudio, asignados de forma aleatoria y reevaluados a los 6, 12, 24 y 36 meses del inicio del estudio. Como en el caso del primer estudio de eficacia, en este estudio también se empleó un diseño del tipo 'intención de seguir el tratamiento'. Este segundo estudio de eficacia evaluó la eficacia de Familias Unidas en combinación con *Parent Adolescent Training about HIV* (PATH), un programa de intervención preventiva del VIH con un enfoque parental en comparación a (a) PATH en combinación con *English for Speakers of Other Languages* (ESOL) y (b) ESOL en combinación con HEART, programa de intervención para fomentar la salud cardiovascular. La condición control ESOL + PATH se centró específicamente en incrementar la comunicación entre padres y adolescentes sobre el sexo y los riesgos de transmisión del VIH (Krauss, Godfrey, Yee et al., 2000). Sin embargo, a diferencia de Familias Unidas + PATH, la condición de control ESOL + PATH no abordaba las prácticas parentales positivas ni las habilidades generales comunicativas, lo cual podría ser un prerrequisito para iniciar las discusiones entre padres y adolescentes sobre sexualidad y el VIH (cf. Rodgers, 1999). De forma similar, la condición de control ESOL + HEART se centró específicamente en incrementar la comunicación entre padres y adolescentes sobre los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular (incluyendo el consumo de tabaco).

Los resultados del estudio mostraron que: (a) Familias Unidas + PATH probó ser eficaz en prevenir y reducir el consumo de tabaco en comparación a ambas condiciones de control ($z = 3.25$, $p < .002$, $d = .54$, $z = 2.66$, $p < .008$, $d = .80$ para ESOL + PATH y ESOL + HEART, respectivamente); (b) Familias Unidas + PATH probó ser eficaz, en comparación a ESOL + HEART, en la reducción del consumo de drogas ilegales ($z = 2.02$, $p < .05$, $d = .58$) y (c) Familias Unidas + PATH probó ser eficaz, en comparación a ESOL + PATH, en la reducción de las conductas sexuales no seguras (19.2% vs. 44.4%, $\chi^2(1) = 3.87$, $p < .05$, $w = .27$). El efecto que obtuvimos de mayor tamaño se produjo con el consumo de tabaco. Según se afirma en el artículo que describe los resultados primarios del estudio, la proporción de adolescentes que afirmaron consumir tabaco en Familias Unidas + PATH se redujo de 3.3% al 1.4%, mientras que aumentó tanto en ESOL + PATH (de 1.2% a 10%) y ESOL + HEART + H (de 3.3% a 14.3%).

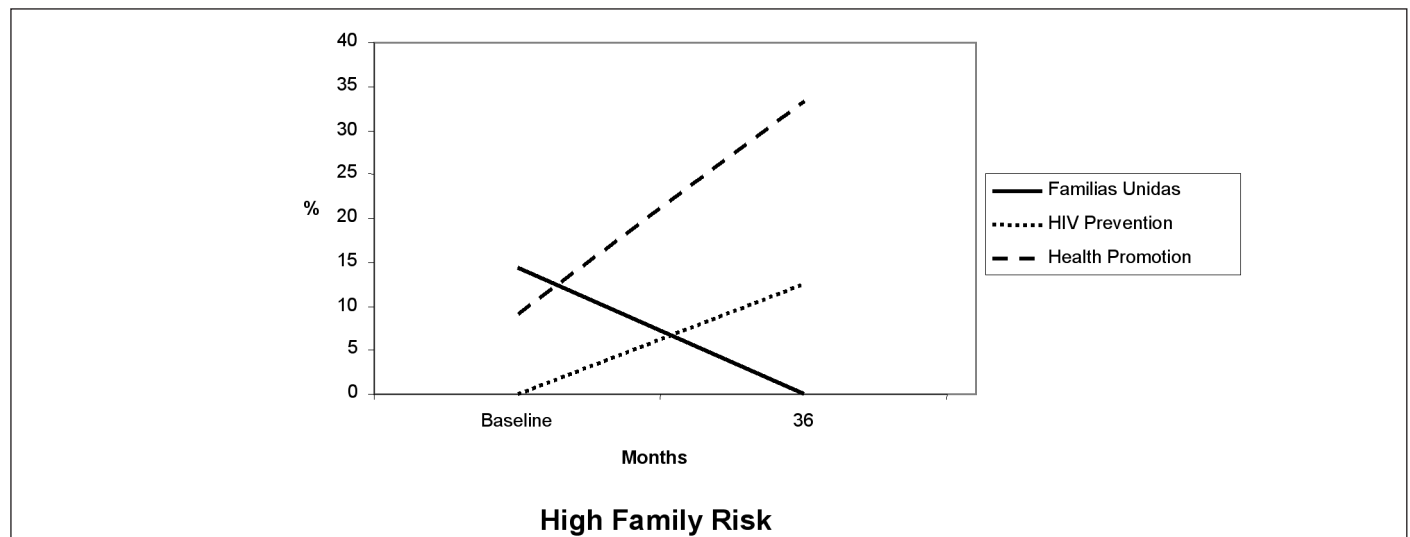
Lo más interesante de estos resultados (aparte de demostrar la eficacia de Familias Unidas + PATH) es que la condición de la intervención centrada específicamente en la comunicación de los padres con sus hijos sobre factores de riesgo de enfermedad cardiovascular (incluyendo el consumo de tabaco) fue la condición que peores resultados obtuvo con relación a este problema. A la luz de estos resultados, nuestro equipo de investigación comparó las trayectorias del consumo de tabaco en varios subgrupos de adolescentes. Los subgrupos fueron derivados empíricamente en base a las respuestas de los adolescentes acerca de la participación parental, prácticas parentales positivas, cohesión familiar, comunicación entre padre y adolescente, y apoyo familiar (Prado, Schwartz, Maldonado-Molina, et al., 2009). Aunque en el estudio de Prado et al. (2009) se derivaron empíricamente cuatro subgrupos (dos con Bajo Riesgo Familiar, un tercero con Bajo a Moderado Riesgo Familiar y un cuarto con Alto Riesgo Familiar), para el presente estudio combinamos los subgrupos con Bajo Riesgo Familiar y con Bajo a Moderado Riesgo Familiar en uno solo. Así pues, comparamos las trayectorias del consumo actual de tabaco en cada condición de control de dos subgrupos de riesgo: con Bajo a Moderado Riesgo Familiar y con Alto Riesgo Familiar. Como puede verse en la Figura 2, aproximadamente el 33% de los adolescentes que presentaron un alto riesgo familiar y que fueron asignados de forma aleatoria a ESOL + HEART seguían consumiendo tabaco en el momento de la evaluación a los 36 meses del inicio de la intervención. Por otro lado, el 9.4% de los adolescentes que presentaron un bajo riesgo familiar y fueron asignados de forma aleatoria a ESOL + HEART seguían consumiendo tabaco en el momento de la evaluación a los 36 meses del inicio de la intervención (Figura 3). Así pues, parece que la condición de la intervención que fomentó de forma específica que los padres se comunicaran con sus hijos sobre los riesgos de las enfermedades cardiovasculares (incluyendo el consumo de tabaco) fue iatrogénica para los adolescentes que presentaron una pobre comunicación con sus padres, baja participación y apoyo parental, y carencia de cohesión familiar. Sin embargo, es importante señalar que este estudio no tenía una condición de control de no intervención y por lo tanto es imposible determinar con certeza si la intervención preventiva cardiovascular fue realmente iatrogénica (Szapocznik y Prado, 2007). Sin embargo, estos resultados señalan que centrarse en conductas de

salud, tales como el consumo de tabaco, podría ser contraproducente, especialmente para los jóvenes vulnerables con factores de alto riesgo familiar, tales como una escasa comunicación entre padre y adolescente.

Además de demostrarse un efecto en el consumo actual de tabaco o drogas, o en las conductas sexuales sin protección en la última relación, Familias Unidas + PATH también probó ser eficaz en la prevención de la iniciación al consumo de tabaco (10.8% en Familias Unidas + PATH, 24.3% en ESOL + PATH y 27.1% en ESOL + HEART, $\chi^2(2) = 6.79$, $p < .04$, $w = .18$) y en prevenir la incidencia de las enfermedades de transmisión sexual (0% en Familias Unidas + PATH, 1.2% en ESOL + PATH y 5.9% en ESOL + HEART, valor- p Exacto de Fisher = .05). Una limitación del estudio es que los datos recopilados sobre las enfermedades de transmisión sexual procedían de los propios adolescentes.

Tercer Estudio de Eficacia de Familias Unidas. En este tercer estudio de Familias Unidas, Pantin et al. (2009) evaluaron la eficacia de Familias Unidas en la prevención del consumo de drogas, así como de conductas sexuales no seguras, en comparación con una condición de control de prevención habitual. A diferencia de los dos primeros estudios de eficacia, este tercer estudio de eficacia consistió en una muestra determinada de jóvenes hispanos seleccionados porque presentaban niveles clínicos de problemas de conducta. Los participantes en este estudio fueron 136 chicos y 77 chicas (edad media = 14.3, $SD = 0.7$) y sus respectivos cuidadores principales.

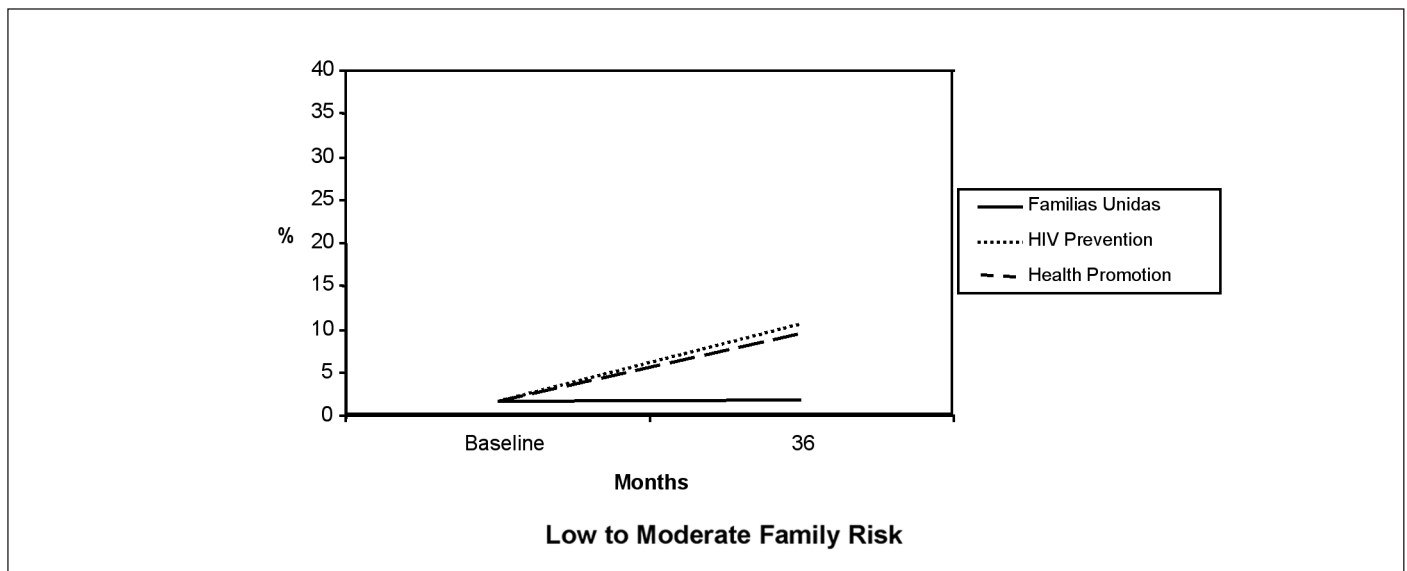
Figura 2. Informe de porcentajes del consumo de tabaco después de 90 días para la condición de Alto Riesgo Familiar



De acuerdo con las características demográficas de nuestros otros dos estudios de eficacia, sólo el 13.1% de las familias presentaron ingresos familiares mayores a \$30,000 al año, y más de la mitad (56.1%) de los adolescentes habían nacido en los Estados Unidos. De los adolescentes nacidos en el extranjero, 36.6% ($n = 34$) habían vivido en los Estados Unidos durante menos de tres años, mientras que el resto o bien habían vivido en los Estados Unidos entre 3-10 años ($n = 42$, 45.2%) o más de 10 años ($n = 17$, 18.3%). Al inicio de la intervención, la mayoría (74.2%) de los adolescentes participantes afirmaron haber sufrido algún trastorno psiquiátrico utilizando las escalas de diagnóstico del Programa de Entrevistas de Diagnóstico para Niños (Diagnostic Interview Schedule for Children, DISC-DPS: Lucas et al., 2001). Del 74.2% de los adolescentes que afirmaron sufrir un trastorno, 78.1% afirmaron padecer al menos otro trastorno. El trastorno más comúnmente reconocido es el trastorno de hiperactividad y déficit de Atención (33%), seguido del trastorno de pánico (29.2%) y trastorno obsesivo-compulsivo (29.2%).

En este tercer estudio se empleó un diseño con grupo control y asignación aleatoria 2 (Condición) x 4 (Tiempo). Los participantes fueron evaluados al inicio de la intervención, asignados de forma aleatoria y reevaluados a los 6, 18 y 30 meses del inicio de la intervención. En este tercer estudio también se empleó un diseño del tipo 'intención de seguir el tratamiento'. Como en el caso de los dos estudios de eficacia previos, Familias Unidas demostró mejorar el funcionamiento familiar en comparación a la condición de control, $F(1, 211) = 17.5$, $p < .001$. Los resultados también probaron que Familias Unidas resultaba eficaz, en comparación a la prevención habitual, en la reducción de consumo de drogas ($b = 0.53$, $z = 2.42$, $p < .02$, $d = 0.25$), así como en reducir la frecuencia de conductas sexuales sin protección ($b = -0.32$, $z = -2.3$, $p < .03$, $d = 0.25$).

Figura 3. Informe de porcentajes del consumo de tabaco después de 90 días para la condición de Bajo a Moderado Riesgo Familiar.



Los análisis mostraron que el funcionamiento familiar mediaba los efectos de condición de consumo de drogas. Finalmente, los resultados de este tercer estudio de eficacia, probó que Familias Unidas era eficaz en prevenir la incidencia de la externalización del adolescente de conductas problemáticas.

En resumen, Familias Unidas, una intervención específicamente centrada en los hispanos y basada en los padres, ha probado ser eficaz en la reducción del consumo de drogas y las conductas de riesgo de transmisión del VIH entre la juventud hispana. Para poseer un mayor impacto, sin embargo, Familias Unidas debería ser evaluada en un escenario del “mundo real” de manera que se pueda determinar su efectividad y, consecuentemente, se pueda trasladar la intervención a las prácticas sanitarias públicas de la comunidad. La próxima sección describe un estudio de Nivel III financiado por los Institutos Nacionales de Salud sobre Familias Unidas que comprobará la efectividad de Familias Unidas en el Condado de Miami-Dade.

Trasladando Familias Unidas de la investigación a la práctica

Ahora que la eficacia de Familias Unidas ha sido probada, nuestro equipo evalúa la efectividad de la intervención en la prevención de consumo de drogas y conductas sexuales sin protección sobre una muestra representativa de población de jóvenes hispanos en el Condado de Miami-Dade. En este estudio, adoptamos la perspectiva de que la evaluación de efectividad debe examinar una intervención definida (en este caso, Familias Unidas) que sea impartida por agentes de intervención dentro de los escenarios de la comunidad, de manera que pudiera, a la larga, ser implementada y difundida a gran escala. También presuponemos que las evaluaciones de efectividad se deberían llevar a cabo con diseños sólidos de asignación aleatoria, expertos clínicos entrenados y manuales de intervención (Brown, Wang, Kellam et al., 2008; Flay, 1986).

En este estudio de efectividad se emplea un diseño con grupo control y asignación aleatoria 2 (Condición) x 4 (Tiempo). Los participantes fueron evaluados al inicio de la intervención, asignados de forma aleatoria y reevaluados 6, 18 y 30 meses después del inicio de la intervención. Un total de 31 jóvenes y sus respectivos cuidadores principales de 24 colegios componen la muestra del estudio. A diferencia de nuestro estudio de eficacia, donde los facilitadores eran especialistas clínicos altamente especializados que trabajaban para el equipo de investigación, en este estudio de efectividad los facilitadores son técnicos del centro y trabajadores sociales de cada una de las escuelas de secundaria que participan. Los colegios públicos de Miami-Dade colaboran con nosotros por subcontrato en este estudio de efectividad y el director de los Servicios de Gestión de Crisis y Salud Mental de los Colegios Públicos del Condado de Miami-Dade colabora en la investigación del estudio supervisando a los Orientadores del Centro y los trabajadores sociales que facilitarán la intervención. Al emplear orientadores del centro y trabajadores sociales para llevar a cabo la intervención se comprueba si la intervención resulta efectiva cuando es realizada por personal del sistema público de educación, como ocu-

riría en el caso de implementación y difusión a gran escala, y maximiza las probabilidades de que esta intervención, si resulta efectiva, sea ampliamente difundida y empleada en la práctica comunitaria. Finalmente, trasladar las intervenciones, como la de Familias Unidas, de la eficacia a la efectividad y a su aplicación y difusión general, es esencial para poder reducir las desigualdades en salud que existen entre los hispanos y otros sectores de la población.

Conclusiones

Prevenir/reducir el consumo de drogas y el VIH entre los jóvenes hispanos es esencial para eliminar las desigualdades en salud que existen entre los hispanos y otros sectores de la población. Familias Unidas es una intervención conductual que probó ser eficaz en la prevención tanto de consumo de drogas como de las conductas sexuales sin protección entre los jóvenes hispanos. La intervención se desarrolló mediante un modelo de investigación participativo y basado en la comunidad y ha probado ser eficaz en tres evaluaciones con asignación aleatoria siendo actualmente trasladada a la práctica comunitaria. Trasladar las intervenciones, tales como Familias Unidas, de los estudios de desarrollo y viabilidad a la eficacia, a la implementación, a la práctica comunitaria y amplia difusión es importante si pretendemos reducir las desigualdades en salud e incidir de forma significativa en la salud de la población hispana.

Agradecimientos

Este artículo fue financiado con las becas NIDA #1R01DA025192-01A1 y 1R01DA025894-01, así como la beca NIDA y NIAAA #3R01DA02519201A1S1, concedidas a Guillermo Prado. Nos gustaría expresar nuestro agradecimiento a nuestro equipo de investigación (incluyendo a nuestros facilitadores, asesores y analistas de datos), a los centros escolares públicos del condado de Miami-Dade, y las familias que han participado en este programa de investigación durante años.

Referencias

- Bailey, S. L., Pollock, N. K., Martin, C. S., & Lynch, K. G. (1999). Risky sexual behaviors among adolescents with alcohol use disorders. *The Journal of Adolescent Health, 25*, 179-181.
- Barnes, G. M., Farrell, M. P., & Banerjee, S. (1994). Family influences on alcohol abuse and other problem behaviors among Black and White adolescents in a general population sample. *Journal of Research on Adolescence, 4*, 183-201.
- Bogensneider, K., Wu, M. Y., Raffaelli, M., & Tsay, J. C. (1998). Parent influences on adolescent peer orientation and substance use: The interface of parenting practices and values. *Child Development, 69*, 1672-1688.
- Boyer, C. B., Tschann, J. M., & Shafer, M. A. (1999). Predictors of risk for sexually transmitted diseases in ninth grade urban high school students. *Journal of Adolescent Research, 14*, 448-465.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development. *The American Psychologist, 32*, 513-531.
- Brown, C. H., Wang, W., Kellman, S. G., Muthen, B. O., Petras, H., Toyinbo, P. et al. (2008). Methods for testing theory and evaluating impact in randomized field trials: Intent-to-treat analyses for integrating the perspectives of person, place, and time. *Drug and Alcohol Dependence, 95S*, S74-S104.
- Brown, C. H., Wang, W., Kellam, S. G., Muthen, B. O., Petras, H., Toyinbo, P., et al. (in press). Methods for testing theory and evaluating impact in randomized field trials: intent-to-treat analysis for integrating the perspectives of person, place and time. *Journal of Drug and Alcohol Dependence*.
- Bry, B. H., McKeon, P., & Pandina, R. J. (1982). Extent of drug use as a function of number of risk factors. *Journal of*

- Centers for Disease Control and Prevention (2010). *HIV Surveillance Report 2008*; vol. 20. <http://www.cdc.gov/hiv/topics/surveillance/resources/reports/>. Published June 2010. Accessed January 13, 2011.
- Coatsworth, J. D., Pantin, H., & Szapocznik, J. (2002). Familias Unidas: A family-centered ecodevelopmental intervention to reduce risk for problem behavior among Hispanic adolescents. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5, 113-132.
- Dishion, T. J., Capaldi, D. M., & Yoerger, K. (1999). Middle childhood antecedents to progressions in male adolescent substance use: An ecological analysis of risk and protection. *Journal of Adolescent Research*, 14, 175-205.
- Dishion, T. J., Kavanagh, K., Schneiger, A., Nelson, S., & Kaufman, N. K. (2002). Preventing early adolescent substance use: A family-centered strategy for the public middle school. *Prevention Science*, 3, 191-201.
- Eaton, D. K., Kann, L., Kinchen, S., Ross, J., Hawkins, J., Harris, W. A., ... Wechsler, H. (2006). Youth Risk Behavior Surveillance-United States 2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report. Surveillance Summary*, 55, 1-108.
- Flay, B. R. (1986). Efficacy and effectiveness trials (and other phases of research) in the development of health promotion programs. *Preventive Medicine*, 15, 451-474.
- Ford, K. & Norris, A. E. (1993). Knowledge of AIDS transmission, risk behavior and perceptions of risk among urban, low-income, African-American and Hispanic youth. *American Journal of Preventive Medicine*, 9, 297-306.
- Friedman, L. M., Furberg, C. D. & DeMets, D. L. (1998). *Fundamentals of clinical trials 3rd Edition*. New York: Springer-Verlag.
- Garbarino, J. & Abramowitz, R. H. (1992). The ecology of human development. *Children and Families in the Social Environment*, 2, 11-33.
- Gil, A. G., Wagner, E. F., & Tubman, J. G. (2004). Culturally sensitive substance abuse intervention for Hispanic and African American adolescents: Empirical examples from the Alcohol Treatment Targeting Adolescents in Need (ATTAIN) Project. *Addiction*, 99, 140-150.
- Greene, J. P. & Forster, G. (2003). *Public high school graduation and college readiness rates in the United States*. Manhattan Institute, September 2003.
- Guo, J., Chung, I. J., Hill, K. G., Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Abbott, R. D. (2002). Developmental relationships between adolescent substance use and risky sexual behavior in young adulthood. *The Journal of Adolescent Health*, 31, 354-362.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105.
- Hovell, M., Sipan, C., Blumberg, E., Atkins, C., Hofstetter, C. R., & Kreitner S. (1994). Family influences on Latino and Anglo adolescents' sexual behavior. *Journal of Marriage and the Family*, 56, 973-986.
- Ialongo, N. S., Werthamer, L., Kellam, S. G., Brown, C. H., Wang, S., & Lin Y. (1999). Proximal impact of two first-grade preventive interventions on the early risk behaviors for later substance abuse, depression and antisocial behavior. *American Journal of Community Psychology*, 27, 599-641.
- Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Bachman, J. G., & Schulenberg, J. E. (2009). *Monitoring the future national results on adolescent drug use: Overview of key findings, 2008* (NIH Publication No. 08-6418) (pp. 70). Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Kotchick, B. A., Shaffer, A., Forehand, R., & Miller, K. S. (2001). Adolescent sexual risk behavior: A multi-system perspective. *Clinical Psychology Review*, 21, 493-519.
- Krauss, B. J., Godfrey, C., Yee, D., Goldsamt, L., Tiffany, J., Almeyda, L., et al. (2000). Saving our children from a silent epidemic: The PATH program for parents and preadolescents. In W. Pequegnat & J. Szapocznik (Eds.), *Working with families in the era of HIV/AIDS* (pp. 89-112). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Kulis, S., Marsiglia, F. F., Elek, E., Dustman, P., Wagstaff, D. A., & Hecht, M. L. (2005). Mexican/Mexican American adolescents and Keepin' it REAL: An evidence-based substance abuse prevention program. *Children & Schools*, 27, 133-145.
- Kumpfer, K. L., Molgaard, V., & Spoth, R. (1996). The Strengthening Families Program for the prevention of delinquency and drug use. In R. D. Peters, & R. J. McMahon (Eds.), *Preventing childhood problems, substance abuse and delinquency* (pp. 241-267). Thousand Oaks, CA: Sage.

- Leon, A. M., & Dziegielewska, S. F. (2000). Engaging Hispanic immigrant mothers: Revisiting the time-limited psycho-educational group model. *Crisis Intervention*, 6, 13-27.
- Luster, T. & Small, S. A. (1994). Factors associated with sexual risk-taking behaviors among adolescents. *Journal of Marriage and the Family*, 56, 622-632.
- Marotta, S. A. & Garcia, J. G. (2003). Latinos in the United States in 2000. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 25, 13-34.
- Martinez, C. R. (2006). Effects of differential family acculturation on Latino adolescent substance use. *Family Relation*, 55, 306-317.
- Miller, K. S., Levin, M. L., Whitaker, D. J., & Xu, X. (1998). Patterns of condom use among adolescents: the impact of mother-adolescent communication. *American Journal Of Public Health*, 88, 1542-1544.
- Mokdad, A. H., Marks, J. S., Stroup, D. F., & Gerberding, J. L. (2004). Actual causes of death in the United States, 2000. *The Journal of the American Medical Association*, 291, 1238-1245.
- O'Connell, M. E., Boat, T., & Warner, K. E. (Eds). (2009). *Preventing mental, emotional and behavioral disorders among young people*. Progress and possibilities. Committee on Prevention of Mental Disorders and Substance Abuse among Children, Youth and Young Adults: Research Advances and Promising Interventions. Washington, DC: The National Academies Press.
- Pabon, E. (1998). Hispanic adolescent delinquency and the family: A discussion of sociocultural influences. *Adolescence*, 33, 941-955.
- Pantin, H., Coatsworth, J. D., Feaster, D. J., Newman, F. L., Briones, E., Prado, G., ... Szapocznik, J., (2003). Familias Unidas: The efficacy of an intervention to promote parental investment in Hispanic immigrant families. *Prevention Science*, 4, 189-201.
- Pantin, H., Prado, G., Huang, S., López, B., Tapia, M. Sabi-llon, E., ... Branchini, J. (2009). A randomized controlled trial of Familias Unidas for Hispanic behavior-problem adolescents. *Psychosomatic Medicine*, 71, 987-995.
- Pantin, H., Schwartz, S. J., Sullivan, S., Prado, G., & Szapocznik, J. (2004). Ecodevelopmental HIV prevention programs for Hispanic adolescents. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 74, 545-558.
- Pentz, M. A. (1995). Prevention research in multiethnic communities: Developing community support and collaboration and adapting research methods. In G. J. Botvin, S. Schink, M. A. Orlandi (Eds), *Drug abuse prevention in multiethnic youth* (pp. 193-214). Thousand Oaks: Sage.
- Pentz, M. A., Dwyer, J. H., MacKinnon, D. P., Flay, B. R., Hansen, W. B., Wang, E. Y., Johnson & C. A. (1989). A multicomunity trial for primary prevention of adolescent drug abuse. Effects on drug use prevalence. *Journal of the American Medical Association*, 261, 3259-3266.
- Perkins, D. F. & Luster, T. (1999). The relationship between sexual abuse and purging: Findings from community-wide surveys of female adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 23, 371-382.
- Prado, G. Huang, S., Maldonado-Molina, M., Bandiera, F., Schwartz, S. J., de la Vega, P., ... Pantin, H. (2010). An empirical test of ecodevelopmental theory in predicting HIV risk behaviors among Hispanic youth. *Health Education and Behavior*, 37, 97-114.
- Prado, G., Pantin, H., Briones, E., Schwartz, S. J., Feaster, D., Huang, S., ... Szapocznik, J. (2007). A randomized controlled trial of a parent-centered intervention in preventing substance use and HIV risk behaviors in Hispanic adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 914-926.
- Prado, G. J., Schwartz, S. J., Maldonado-Molina, M., Huang, S., Pantin, H. M., Lopez, B., & Szapocznik, J. (2009). Ecodevelopmental x intrapersonal risk: Substance use and sexual behavior in Hispanic adolescents. *Health Education & Behavior*, 36, 45-61.
- Prado, G., Schwartz, S. J., Pattatucci-Aragon, A., Clatts, M., Pantin, H., Fernandez, M. I., ... Szapocznik, J. (2006). The prevention of HIV transmission in Hispanic adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 84, S43-53.
- Ramirez, R. R., & de la Cruz, G. P. (2003). *The Hispanic population in the United States: March 2002: Population characteristics*. Current Population Reports (pp. 20-545). Washington, D.C: US Census Bureau.
- Simons, R. L., Lorenz, F. O., Conger, R. D., & Wu, C. I. (1992). Support from spouse as mediator and moderator of the disruptive influence of economic strain on parenting. *Child Development*, 63, 1282-1301.
- Storr, C. L., Ialongo, N. S., Kellam, S. G., & Anthony, J. C. (2002). A randomized controlled trial of two primary school intervention strategies to prevent early onset tobacco smoking. *Drug and Alcohol Dependence*, 66, 51-60.
- Swick, K. J. & Broadway, F. (1997). Parental efficacy and successful parent involvement. *Journal of Instructional*

- Szapocznik, J. & Coatsworth, J. D. (1999). An ecodevelopmental framework for organizing the influences on drug abuse: A developmental model of risk and protection. In M. D. Glantz, & C. R. Hartel (Eds.), *Drug abuse: Origins & interventions* (pp. 331-66). Washington, DC: American Psychological Association.
- Szapocznik, J. & Kurtines, W. M. (1993). Family psychology and cultural diversity: Opportunities for theory, research and application. *American Psychologist*, 48, 400-407.
- Szapocznik, J. & Prado, G. (2007). Negative effects on family functioning from psychosocial treatments: A recommendation for expanded safety monitoring. *Journal of Family Psychology*, 21, 468-478.
- Szapocznik, J., Prado, G., Burlew, A. 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.
- Szapocznik, J., Scopetta, M. A., & King, O. E. (1978). Theory and practice in matching treatment to the special characteristics and problems of Cuban immigrants. *Journal of Community Psychology*, 6, 112-122.
- Szapocznik, J. & Williams, R. A. (2000). Brief Strategic Family Therapy: Twenty-five years of interplay among theory, research and practice in adolescent behavior problems and drug abuse. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3, 117-134.
- Tobler, N. S., Roona, M. A., Ochshorn, P., Marshall, D. G., Streke, A.V., & Stackpole, K. M. (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention*, 20, 275-335.
- U. S. Census Bureau. (2008). U. S. Hispanic population surpasses 45 million now 15 percent of total. Retrieved March 9, 2009, from <http://www.census.gov/Press-Release/www/releases/archives/population/011910.html>
- Villaruel, A. M., Jemmott, J. B., & Jemmott, L. S. (2006). A randomized controlled trial testing an HIV prevention intervention for Latino youth. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 160, 772-777.
- Whitbeck, L. E., Conger, R. D., & Kao, M. Y. (1993). The influence of parental support, depressed affect and peers on the sexual behaviors of adolescent girls, *Journal of Family Issues*, 14, 261-278.