



APUNTES PARA EL DESARROLLO DE INTERVENCIONES DE PREVENCIÓN DE VIH/ITS PARA JÓVENES EN PUERTO RICO

Patricia L. Noboa-Ortega¹

University of Puerto Rico Cayey, Puerto Rico

David Pérez- Jiménez

University of Puerto Rico Rio Piedras, Puerto Rico

RESUMEN

En este artículo presentamos los resultados de la implantación de tres grupos focales utilizados para adaptar una intervención para la prevención del VIH/ITS en jóvenes. Uno de los grupos fue celebrado con hombres, uno con mujeres, y otro con parejas donde participaron un total de 27 personas. Auscultamos el conocimiento sobre el VIH/ITS, las situaciones que los exponen a riesgo, el formato y contenido que una intervención debía tener. Encontramos que aunque los y las jóvenes tenían un conocimiento básico, también tenían concepciones equivocadas como que el VIH/ITS se transmite por el beso y la saliva, y que la Clamidia se transmite por sentarse en inodoros públicos. Expresaron que una intervención debe abordar las diversas dificultades que los y las jóvenes enfrentan para el uso del condón y que debe utilizar testimonios reales de personas. El uso de grupos focales es una herramienta muy útil para identificar el formato y contenido de intervenciones..

Palabras Clave

VIH/ITS, adaptación de intervenciones, grupos focales, modelo de ADAPT-ITT, jóvenes Latinos

ABSTRACT

In this article we present the results of the implementation of three focus groups used to adapt an intervention for HIV/STI prevention among young people. One group was held with men, one with women and another with couples. There were 27 participants between 18 and 28 years old. We explored their knowledge about HIV/STIs and high-risk situations, and the format and content that a preventive intervention should have. We found that, though young people have basic knowledge, they also had misconceptions, such as believing HIV/STIs is transmitted through kissing and saliva, and Chlamydia is spread by sitting on public toilets. Participants recommend that an intervention address the various difficulties that young people face in using a condom and make use of real testimonies from people, and that facilitators be open-minded and self-confident people. The use of focus groups is a very productive tool to decide upon the content and format of preventive interventions.

Keywords

HIV/STIs, adaptation of interventions, focus groups, ADAPT-ITT model, Latino youth

¹ Corresponding author for this article is Patricia Noboa-Ortega. Her email is patricia.noboa@upr.edu.

NOTES FOR THE DEVELOPMENT OF HIV / STI PREVENTION INTERVENTIONS FOR YOUNG PEOPLE IN PUERTO RICO

Treinta y tres años han transcurrido desde que oficialmente se identificó el primer caso de SIDA en el mundo. Mucho hemos adelantado en cuanto al tratamiento médico y psico-social de esta condición, y en cuanto a la prevención de la misma. No obstante, aún queda mucho camino por recorrer tal y como lo sugieren las estadísticas. A nivel mundial para el año 2012 se reportaron 35.3 millones de personas viviendo con el VIH y 2.3 millones de nuevas infecciones ocurrieron ese mismo año, y de estas el 39% son en personas jóvenes entre 15-24 años (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2013). Durante ese año se estimó que ocurrieron al día 6,300 nuevas infecciones con el VIH en el mundo.

En Puerto Rico las personas jóvenes continúan siendo un grupo muy vulnerable al VIH. Hasta el presente se han identificado 46,960 casos de personas con VIH/SIDA de las cuales el 10% son personas entre 15-24 años y el 35% entre 25-34 años (Puerto Rico Health Department, 2015b). La transmisión sexual del VIH continúa siendo la principal vía de infección para mujeres con el 73% de los casos de VIH identificados (Puerto Rico Health Department, 2015a). Para los hombres la principal vía de infección es el uso de drogas inyectables (35%), seguidos por las relaciones sexuales con otros hombres (34%). Al comparar la isla con los estados de los Estados Unidos y otros territorios encontramos que la misma ocupa la octava posición con una tasa de 21.1 casos por cada 100,000 habitantes (Centers for Disease Control and Prevention, 2014).

Con respecto a otras infecciones de transmisión sexual (ITS) éstas continúan siendo una seria preocupación de salud pública ya que afectan mayoritariamente a personas jóvenes. En Puerto Rico las más comunes son Virus del Papiloma Humano (VPH) y la Clamidia. Conocedores del tema sostienen que el VPH es la ITS más común (Ortiz, 2012). Se estima que el 80% de las personas activas sexualmente estarán infectadas con el VPH en algún momento de sus vidas. La Clamidia es la segunda ITS más común con un total de 4,903 casos reportados en el 2014 (Departamento de Salud de Puerto Rico, 2015). La mayoría de los casos de Clamidia se han reportado en mujeres personas jóvenes entre 20 y 24 años de edad. Cabe destacar que durante el año 2014 se registró un significativo aumento en los casos de otras ITS tales como Gonorrea, la Sífilis, y Herpes Genital.

Múltiples esfuerzos de prevención se han llevado a cabo en Estados Unidos y otras partes de mundo para prevenir el impacto de estas infecciones. Sin embargo, muy pocas se han desarrollado para personas Hispánicas. Un meta-análisis sobre intervenciones implantadas con personas Hispánicas en Estados Unidos y Puerto Rico encontró que de las 20 intervenciones que reunieron los criterios de inclusión, solo once (55%) consistían de estudios hechos con 100% Hispánicas/as (Herbst et al., 2007). De estas 20 intervenciones solo dos de ellas fueron estudios hechos en Puerto Rico y ambos estudios con personas usuarias de drogas.

En Puerto Rico hemos respondido a la epidemia del VIH/ITS, tanto desde los escenarios gubernamentales como comunitarios, con intervenciones preventivas creadas desde nuestra realidad social y cultural o con otras que han sido importadas desde los Estados Unidos u otras partes del mundo. Desafortunadamente nuestra experiencia nos indica que a nivel comunitario no hemos sido muy efectivos en documentar el proceso y producto de estas intervenciones “criollas” lo que ha dificultado que las mismas puedan conocerse y diseminarse. Esto ha obligado a muchas organizaciones a importar y usar intervenciones que no necesariamente toman en cuenta nuestro contexto socio-cultural, pero que son impuestas por las entidades que otorgan los fondos. Personalmente no conocemos de intervenciones desarrolladas en nuestra isla para jóvenes adultos que tomen en consideración nuestra realidad y valores culturales y sociales.

Por otro lado, tenemos un amplio conocimiento sobre qué es lo que funciona en prevención y cuáles deben ser las características de programas preventivos exitosos. Por ejemplo, se ha encontrado que al trabajar con poblaciones Hispánicas las intervenciones deben consistir de cuatro o más sesiones, prestarle atención a las barreras para el uso del condón o debe intentar cambiar las normas sociales, y promover destrezas para el uso del condón y la solución de problemas (Herbst et al., 2007). También se ha encontrado que deben estar basadas en alguna teoría de cambio, ser producto de un proceso de



investigación formativa etnográfica mediante el cual se conocen las necesidades de prevención de la comunidad o población a la cual va a ir dirigida la intervención, y finalmente deben ser culturalmente adaptadas (Crepaz et al., 2007).

Precisamente para responder a la escasez de intervenciones con personas Hispánicas nos dimos a la tarea de crear el proyecto Mujeres y Hombres Unidos por una Sexualidad Saludable (MHUSS@). El objetivo de MHUSS@ fue adaptar, implantar y evaluar la viabilidad y efecto de una intervención para la prevención del VIH/ITS en parejas heterosexuales jóvenes adultas. La intervención iba dirigida a promover la salud sexual, definida como aumentar el uso del condón, disminuir las relaciones sexuales sin protección, y promover hacerse la prueba de VIH/ITS. El modelo de cambio en el que se basó el proyecto fue el de Información-Motivación-Destrezas Conductuales (Fisher, Fisher, & Shuper, 2009). Este modelo propone que para cambiar conductas de riesgo es necesario que la persona posea: (a) información precisa y pertinente sobre la conducta que quiere modificar; (b) la motivación necesaria para cambiar; y (c) las destrezas necesarias para que la nueva conducta se produzca. Seleccionamos este modelo debido a que el mismo es uno de los más usados y probados efectivos (Ybarra, Korchmaros, Prescott, & Birungi, 2015; Zarani, Besharat, Sarami, & Sadeghian, 2012), además de que se le considera uno de los más avanzados ya que incorpora elementos de otros modelos (Fisher, Fisher, & Harman, 2003).

Para que la intervención fuera culturalmente sensible y partiera de las necesidades de prevención de la población a la cual iba dirigida, nos dimos a la tarea de adaptarla. Para llevar a cabo la adaptación utilizamos el modelo de ADAPT-ITT desarrollado por Wingood y DiClemente (2008) el cual propone varias fases las cuales toman en consideración la fase de investigación formativa descrita previamente. Estas son: (1) grupos focales, (2) *theater testing*, (3) piloto, e (4) intervención. Este modelo sugiere que para adaptar alguna intervención para la nueva población, debes conocer las necesidades de prevención de esa población. Esto se alcanza a través de la implementación de grupos focales. Algunos de los asuntos que se sugieren abordar en los grupos focales son: cuáles son los asuntos más apremiantes en esta nueva población, cuáles son sus mayores preocupaciones, qué contenidos debemos tocar en la intervención, cómo facilitar esa intervención. En este artículo nos proponemos presentar los resultados de los tres grupos focales que realizamos con jóvenes para conocer cuáles eran sus necesidades de prevención, y qué implicaciones tenía para ellos y ellas el desarrollo de intervenciones preventivas.

Método

Diseño

Llevamos a cabo un estudio descriptivo de tipo cualitativo mediante el cual realizamos los tres grupos focales. Los grupos focales son una técnica de investigación muy utilizada para estudiar las creencias, opiniones y recomendaciones que tienen los y las participantes en una diversidad de temas incluyendo temas de salud (Jiménez Chávez et al., 2011). Uno de los grupos fue desarrollado con mujeres (N=11), uno con hombres (N=6), y uno con parejas (N=5 parejas). La duración de cada grupo fue de aproximadamente dos horas. El grupo de hombres y parejas lo facilitó el investigador principal del estudio, y el de la mujer lo facilitó la coordinadora del estudio. Ambos facilitadores tienen una amplia experiencia en trabajo de prevención con VIH. El facilitador del grupo de hombres lleva más de 20 años diseñando intervenciones en poblaciones heterosexuales y ha facilitado grupos focales con diversas poblaciones (ej. jóvenes, adultos, proveedores de servicios, investigadores/as) (Pérez-Jiménez, Seal, & Serrano-García, 2009; Pérez-Jiménez, Serrano-García, & Escabi-Montalvo, 2007). La facilitadora del grupo de mujeres lleva sobre dieciocho años trabajando en prevención de VIH en mujeres y ha facilitado grupos focales con mujeres adultas y jóvenes y usuarios/as de drogas (Noboa Ortega & Noboa-Ortega, 2006; Noboa-Ortega, Ortega-Guzman, & Feldman, 2014; Noboa-Ortega, Serrano-García, & Hernández-Cartagena, 2003). Ambos facilitadores seguimos una guía de preguntas que fue desarrollada por el equipo de investigación. Sin embargo, si lo considerábamos meritorio, profundizábamos en aspectos que los y las participantes traían y que no estaba contemplado en la guía. Una de las limitaciones de los grupos

focales es la homogenización del discurso; para evitarlo, problematizábamos sus propios discursos (Agar & MacDonald, 1995; Kamberelis & Dimitriadis, 2011; Kitzinger, 1995).

Para el grupo de hombres y el de parejas hubo un co-facilitador y para el de mujeres una co-facilitadora. Entre las funciones estaba llevar a cabo anotaciones sobre las dinámicas que se generaban entre los y las miembros del grupo, y apoyar en la facilitación y en asuntos administrativos previo y al final de cada sesión. El facilitador y la facilitadora, junto con sus respectivos co-facilitadores, se reunían al final de cada grupo para intercambiar observaciones que acompañaban la transcripción de cada grupo. El periodo de reclutamiento inició en septiembre y culminó en octubre 2009. Los grupos focales se llevaron a cabo entre los meses de octubre y noviembre del 2009.

Participantes

Participaron en este estudio 27 jóvenes quienes se encontraban entre las edades de 18 a 28 años. El 59% fueron mujeres y 41% hombres. El 65% eran solteros. Un 81.5 % había alcanzado el cuarto año de escuela superior. El 59% trabaja asalariadamente y un 44% tenía un ingreso entre dos mil a cuatro mil dólares mensuales. El 70% vivía en la zona metropolitana de San Juan. Finalmente, el 44% se identificó con la religión católica y el 26% con la protestante. Para participar de cualquiera de los grupos los y las jóvenes tenían que cumplir con los siguientes criterios de inclusión: (a) la mujer tener entre 18 a 24 años; (b) el hombre tener 18 años en adelante; (c) identificarse como una persona heterosexual; (d) tener una pareja con la cual lleva compartiendo seis meses o más; (e) haber tenido relaciones sexuales sin protección en los últimos tres meses; y (f) no esperar tener un hijo/a en los próximos doce meses.

Instrumento

Desarrollamos una guía de preguntas la cual abordaba las siguientes temáticas: (1) Información básica de VIH y ITS. Exploramos qué sabían sobre el VIH y las ITS, cómo se transmitía, y cómo se previene. Con esto queríamos saber qué conocían, qué falta por conocer, y los conceptos erróneos que aún prevalecen a treinta años de la epidemia. (2) Las prácticas de riesgo. Conocemos de algunas prácticas de riesgo, pero queríamos conocer más sobre cómo se juega el riesgo en la calle, qué creencias promueven que se configure el riesgo, qué elementos trascienden la voluntariedad de los y las jóvenes. (3) Los facilitadores y las barreras para reducir las prácticas sexuales de riesgo. En otras palabras, ¿qué dificultades los jóvenes enfrentan utilizando el uso del condón? y por el contrario, ¿qué discursos debemos tomar en consideración para promover su uso? (4) El formato y contenido de la intervención. ¿Qué formato debía tener la intervención en términos de duración y tiempo de las sesiones? ¿Qué características debía tener el o la facilitadora? ¿Qué temas les son atractivos y por sus vivencias y cuáles asuntos debíamos tomar en consideración? (5) Finalmente, ¿qué estrategias de reclutamiento y retención debíamos considerar para ser más efectivos en el reclutamiento y en la implementación de la intervención?

Procedimiento

Esta investigación fue aprobada en el año 2009 por el Comité Institucional para la Protección de los Seres Humanos en Investigación (aprobación #0809-147). Para el reclutamiento utilizamos diversas estrategias tales como: (1) Visita a universidades privadas y públicas en el área metropolitana de San Juan. (2) Clasificados Online el cual es una plataforma electrónica para alquilar o vender artículos, propiedades, autos y búsqueda de empleo. Posteamos un anuncio sobre el proyecto. (3) En Facebook abrimos una página del proyecto donde se subían noticias y vídeos relacionados con la sexualidad en jóvenes. (4) Visitamos algunas organizaciones comunitarias que trabajan la salud sexual y reproductiva y prevención de VIH/ITS. Colocamos una mesa con materiales promocionales del proyecto (bolígrafos, llaveros con porta-condones, condones, tarjetas promocionales y banditas para las manos). (5) La Ave. Universidad (calle que da acceso a la avenida principal de la Universidad de Puerto Rico en Río Piedras). Los miércoles y jueves por las noches salíamos a repartir condones y tarjetas del proyecto. (6) Las fiestas de la calle San Sebastián el cual es un festival que se celebra en la ciudad de San Juan a principios de enero de cada año. El equipo de investigación repartimos condones y tarjetas del proyecto. (7) Diversas



tiendas en Plaza Las Américas el cual es el centro comercial más grande en Puerto Rico. Finalmente visitamos barberías y salones de belleza donde dejamos tarjetas del proyecto.

Las personas interesadas que llamaban al proyecto o que participaban de nuestras actividades de alcance les hacíamos una entrevista de cernimiento. Si cumplían se les invitaban a participar de los grupos focales y se les preguntaba en cuál de los grupos querían participar. En el grupo de pareja, el miembro interesado/a auscultaba con su pareja si quería participar y de aceptar se les ofrecía la fecha. Antes de iniciar el grupo focal le leíamos la hoja de consentimiento y aclaramos dudas sobre el proyecto y de la actividad del grupo focal. Luego que los y las participantes accedían a participar se les administraba un cuestionario de datos demográfico que constaba de 10 preguntas que incluían edad, ingreso mensual, lugar de procedencia, grado alcanzado, etc.

Análisis

Llevamos a cabo un análisis de contenido temático (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010). Transcribimos los tres audios en el programa “Digital Voice Editor”. Desarrollamos el libro de códigos que organiza la lista de categorías y sub-categorías con sus definiciones. El libro de código tiene un total de 20 categorías. Se elaboró una hoja de codificación para llevar a cabo el trabajo de codificación. Dos asistentes de investigación codificaron de forma independiente las 3 transcripciones. Para llevar el trabajo de análisis de contenido llevamos a cabo dos adiestramientos al equipo, uno sobre análisis de contenido y otro sobre el manejo del programa Ethnograph (Versión 6). Llevamos a cabo el consenso inter-codificador. Los índices de confiabilidad fueron .78, .95, y .80. El índice de confiabilidad para los tres grupos fue .84, obteniendo un índice adecuado (Krippendorff, 2012). Los acuerdos inter-codificador se pasaron al programa Ethnograph.

Resultados

Conocimiento de VIH/SIDA: Transmisión y Prevención

¿Qué conocen y qué conceptos erróneos prevalecen? Los y las jóvenes participantes mostraron un conocimiento bien básico sobre el VIH y el SIDA, mostrando dificultades explicándolos y diferenciándolos. A 30 años de la epidemia prevalece para el VIH la noción de portador y siendo una condición crónica, los y las jóvenes siguen vinculando el SIDA con la muerte. Ante la pregunta, ¿Qué es el VIH? Los y las jóvenes comentaron:

Virus del SIDA (GH)

Tiene que ver cuando los anticuerpos, las defensas menguan (GH)

Uno de los más peligrosos (GH)

Algunas personas son los portadores y no le hacen efecto como a otras (GM)

No tiene cura (GM)

¿Qué es el SIDA? Respondieron:

Eso es lo que te da muerte como tal (GM)

SIDA cuando la enfermedad te ataca (GH)

No es lo que mata, la mayoría de las veces, ataca directamente el sistema inmunológico entonces cualquier catarro el paciente no va a tener ningún tipo de reacción contra ella (GH)

El portador del virus lo puede transmitir tanto virus como el SIDA, pero el virus uno puede vivir más años que el mismo SIDA (GM).

Ante la pregunta, ¿cómo se transmite el VIH? Los y las jóvenes acertaron en algunas de sus respuestas. Comentaron que el VIH se transmite por intercambio de jeringuilla, sangre infectada, de madre a hijo, sin especificar el medio de infección que es el parto, y por las secreciones de hombre y mujeres durante las relaciones sexuales penetrativas u orales. Sin embargo, prevalecían en sus imaginarios los significantes del beso, la saliva, las úlceras o llagas y la equivalencia del sexo anal a lo homosexual como vías de infección; mostrando conceptos incorrectos sobre cómo se transmite el VIH.

¿Y pa los besos no? Dicen si tienes una herida en la encía se contagia (GM)

No sé si son llagas, pero son como F: (¿úlceras?) P- algo así. F- ¿Qué pasa con esas úlceras? Pues representan ese virus y a través de ese contacto se puede contagiar (GM)

Puede haber relaciones sexuales no siendo homosexual, sino pa' este, femeninos y masculinos. Que le gusta hacerlo pues, por el ano (GM).

Los homosexuales F: ¿Que pasó con los homosexuales? P: Que tienen penetración por el ano (GM).

La saliva ¿no? (GP)

Como sabemos, existe una probabilidad muy remota de que el VIH se transmita a través de los besos profundos con una persona infectada si esta tiene sangrado en sus encías o que se transmita por úlceras. Ante la pregunta, ¿Cómo se transmite las ITS? Sabían que se transmitía por el sexo oral (vaginal y anal), conocían las distintas infecciones y los momentos más críticos para infectarte (ej. cuando el Herpes está activo). Sin embargo, una participante del grupo de mujeres mostró poco conocimiento sobre cómo se puede transmitir la clamidia.

En el baño, le dicen que uno no se siente. Mi prima salió embarazada, y salió con *glamidia*. Ella dijo que solo tenía relaciones sexuales con su pareja. Viste, y dijeron que era porque un familiar del muchacho tenía *glamidia* y ella se sentaba en el baño (GM)

Como podemos inferir, la participante entiende que su prima se infectó con clamidia por sentarse en el inodoro y su compañero sexual no tuvo nada que ver con ese evento. ¿Ante la pregunta cómo se previene? Los y las jóvenes comentaron distintas estrategias inefectivas para prevenir el VIH/ITS.

Estar con tu pareja tranquila. No estar brincando, eso es lo mejor (GH).

Si tu pareja no quiera usar el condón para eso hay también pastillas. (GP)

Donen sangre. (GP) Hacerse la prueba enseguida. (GH)

Otra de las estrategias que sugirieron para prevenir las ITS aludía a la higiene personal.

Lavarte las manos. No vas a ir a un baño público y sentarte en el toilette. Yo lo encuentro como que puerco, porque tú no sabes cuántas veces la tipa limpia el toilette. (GM)

Situaciones de Riesgo

Con situaciones de riesgo nos referimos al efecto de una combinación de factores que tienen mayor o menor probabilidad de ocurrir a partir de determinadas formas de comportamientos (Castel, 1991). En términos de las conductas de riesgo que los y las jóvenes llevan a cabo, muchas están vinculadas a la masculinidad. Ante la pregunta, ¿Qué conductas de riesgo llevan a cabo los y las jóvenes? Muchos de los hombres tenían algo en común, asumir el riesgo.

Si se me olvida hasta mi nombre cuando estoy borracho imagínate si no se me va a olvidar ponerme un condón. (GH)

De la única manera, es que no tengan el polvo al frente. P: Exacto. Si lo tienes al frente te vas a tirar de cabeza. (GH)

Y las mujeres, ¿qué enfrentan? Según ellas, algunas mujeres jóvenes enfrentan la resistencia de su pareja a usar el condón particularmente para el sexo vaginal y no así para el sexo anal.

Usan el condón mayormente para relaciones anales, pero cuando van hacerlo por la vagina, se le olvida: “no, esto no sirve, aquí no va” y uno piensa, *hello* aquí puedes salir embarazada, (GM)

Otras mujeres comentaron que salen con sus amigas sin sus parejas y en sus verbalizaciones expresaron que salen con la intención de gozar y disfrutar. Ahora bien, ¿Qué pasa en ese espacio de disfrute? y ¿Hacia dónde se dirige su discurso de goce?

Yo vivo con mi novio. Yo le digo a mi amiga mira búscame tengo chavos. Uno sale con sus amigas, como un *Disney World*, uno sale y puede hacer todo lo que no pudiste hacer. Esa noche vamos a gozar, vamos a conocer a este a este. Uno sale con el casco ya. Voy a gozar ... vamos a bailar, vamos a beber. (GM)

Nos preguntamos qué significa la metáfora de *Disney World* en este contexto de su salida a la calle y su deseo de gozar y conocer a hombres. *Disney World* nos remite a un mundo de felicidad, de fantasía, de espontaneidad, de no control y límite del deseo de un cuerpo, elementos característicos de lo infantil. Posiblemente, estos elementos pueden dar cuenta de lo que se juega cuando se inicia un posible



encuentro sexual fuera de la relación de pareja. Otra participante abonó a este análisis cuando nos hizo claro hacia dónde dirigir las discusiones en la intervención. Ante la pregunta nuevamente sobre qué conductas llevan a cabo los y las jóvenes que los pone en riesgo del VIH/ITS, esta chica comenta:

La escasez de preocupación. Todas aquí sabemos lo que es el VIH, lo que es el SIDA, qué son las enfermedades de transmisión sexual. Otra cosa es que practiquemos las prevenciones. Al momento nos preocupamos pero cuando estamos *janguinando* (se refiere a salir a la calle a disfrutar) en realidad como que pichamos (se refiere a ignorar) (GM).

Cuando le preguntamos sobre el uso del condón en parejas jóvenes, nos comentaron en los tres grupos que son pocos los que lo utilizan, de usarlo, lo utilizan para el sexo anal, y lo usan al inicio de la relación y luego lo descartan porque constituye una amenaza a la confianza. Veamos.

Hay muchas parejas que usan condón, pero cuando van a tener relaciones anales. (GM)

Lo que pasa es que normalmente se utiliza las primeras veces en lo que disque conociendo y ya después que llevan uno o dos meses acostándose, se acabó (GP)

Si porque está el elemento de confianza y que si lo usas, no confías en mí (GH)

Ante la pregunta ¿Por qué no lo usan? Expresaron distintas razones, muchas de ellas se ha documentado en otras investigaciones como es la alergia al látex por parte de la mujer, son caros, rompe el *mood*, interrumpen el encuentro sexual, disminuyen las sensaciones (Crosby, Milhausen, Yarber, Sanders, & Graham, 2008; Graham, Crosby, Milhausen, Sanders, & Yarber, 2011; Higgins, Tanner, & Janssen, 2009). Muchas de estas situaciones que enfrentan los y las jóvenes que constituyen barreras para la protección son similares a la población de adultos. Sin embargo, hubo unos discursos con mayor nivel de especificidad vinculados directamente al placer en las mujeres que queremos prestar atención.

Nos vayamos a venir los dos y él, ¿me entienden? F: No, no te entiendo. Cuando se van a venir los dos, ¿qué pasa ahí? P: Porque él, pues que tú le dices a él, sácalo, pero él no va a poder sacarlo porque eso es placer para él. A la misma vez, tú no vas a querer que él lo saque. (GM)

¿Qué situaciones de riesgo posiblemente enfrentan exclusivamente las mujeres?

Si nosotros lo sacamos (refiriéndose al condón), pues ellos pueden pensar que somos unas cualquiera, pero si ellos lo sacan, no realmente. (GM)

Formato y Contenido de la Intervención

Los y las participantes identificaron algunos temas que le eran de interés a la población de jóvenes. Identificaron el manejo de conflictos en la relación, la comunicación en la pareja, mejorar relaciones sexuales, placer sexual y protección, y lugares para hacerse las pruebas de VIH. Sobre el manejo de conflictos una de las participantes del grupo de mujeres planteó las formas en que ella maneja su coraje cuando su pareja cuestiona las formas en las que ella se viste cuando sale con sus amigas.

Si, porque tu sabes lo que es estar con una persona to ‘el tiempo.... Hay veces que uno va a salir y el novio empieza “tú vas con esa camisa, y tú vas con eso? Uno va ya, uno sale enfogonao ... condenao (refiriéndose a estar molesta). Pero si uno sale tranquila, uno va con otros cascos “No, yo voy a gozarme la noche porque yo tengo mi novio y tranquila”. Pero si él sale como que presionándome, y uno va con los cascos, el primero pendejo que uno vea por la calle... (GM)

En el grupo de mujeres y en el de pareja identificaron las dificultades que enfrentaban cuando tenían relaciones sexuales. De este modo sugirieron la necesidad de abordar temas relacionados a cómo mejorar las relaciones sexuales.

Hay dos temas, ... de la masturbación de la mujer y también el de la retención del hombre en venirse... (GM)

En el grupo de pareja sugirieron temas más vinculados al placer y la protección de ITS.

Enseñar cómo uno puede hacer el sexo oral con el mismo condón porque dicen que eso se puede. (GP)

También podría ser cómo uno podría sentir placer al utilizar un condón. (GP)

En el grupo de hombres y en el de mujeres identificaron la comunicación en la relación.

Que en estos temas que se tocan de la sexualidad diría yo que también integrar el mecanismo de la comunicación...(GH)

Finalmente, como muchos jóvenes no tenían planes médicos sugirieron compartir los lugares dónde hacerse la prueba de VIH gratis.

Sitios para hacerte la prueba de VIH gratis. .. Yo no tengo plan médico o sea orientarlo porque realmente el gobierno tiene algunos beneficios y uno puede utilizarlos sino tiene el dinero o no tiene plan médico. (GP)

¿Qué características debe tener el o la facilitadora de intervención? Comentaron sobre la edad que debía tener, el género, el conocimiento y cómo debe asumirse frente a la población de jóvenes. Sobre la edad hubo variabilidad.

Debe ser adulta para que obviamente con su cultura pueda proyectar autoridad (GH)

A mi ni me va ni me viene, puede ser de mi edad, y si está parao al frente yo le voy a dar el mismo respeto (GH)

Sobre cómo debe ser el o la facilitador , en el grupo de hombres puntualizaron la importancia de la estética de la mujer y en los otros grupos enfatizaron en otros aspectos.

Cuando las profesoras están en su punto, tú prestas más atención a la clase. Ese es el don. (GH)

Sea abierta (GM). Activa (GM). Proyecte confianza (GM). Que sea una persona dinámica (GM)

Que le interese el tema que se lo viva (GP)

El o la facilitador/a debe dominar varios aspectos.

El conferenciante debe conocer el lenguaje de nosotros los jóvenes, que son las palabras que se utilizan y lo que está pasando en la calle que es donde se bate el cobre.... Demasiado formal y serio para los jóvenes les resulta aburrido (GP)

Que domine lo que esté diciendo (GP). Tener la capacidad de conocer cada pareja y saber hasta dónde puede llegar con cada pareja (GP).

Para las destrezas de facilitación el grupo de pareja le prestó importancia a cómo el o la facilitador/a va a responder a las historias que se revelen en la intervención enfatizando que sus respuestas abrirán o cerraran puertas. Otro elemento es cuán auténtico/a se muestra frente los jóvenes.

Importante las expresiones.. Muchas veces el facilitador.. no te dice nada malo pero la expresión de la cara no esté de acuerdo y tú la sientes y pues eso también cohíbe a uno (GP)

Necesita la conexión y que todo le importe (GP)

Hay que ser bien real, tú no puedes ser *fake* (refiriéndose a no fingir) . Eso se nota fácil (GP)

Que encaje con las parejas (GP)

Finalmente, no hubo consenso si el facilitador debe ser mujer o si lo más apropiado es que sea una pareja que facilite la futura intervención.

Si es mujer es más fácil comunicarse... (GP) Debe haber representación de ambos (GP)

¿Cómo deben ser las sesiones de la intervención? Las sesiones deben ser dinámicas, cortas, e informales. Se debe promover la confidencialidad y abrir el espacio para compartir sus experiencias. Se debe utilizar los recursos de películas, y finalmente, que el facilitador/a identifique las fallas en la relación de pareja.

Yo diría que fueran abiertos y dinámicos (GM)

Como que esa parte de confidencialidad, de que se queda aquí... (GM)

El testimonio de otras parejas que hayan pasado ya estas experiencias, buenas o malas (GP)

Las películas sexuales sería excelente idea (GP) Cortos y al grano (GP)

Súper importante es que haya esa separación. A lo mejor nosotros pensamos que estamos bien y no estamos bien. Cada uno de nosotros debe enterarse de la falla porque de qué sirvió la educación si nunca me enteré de la falla (GP)

¿Cuánto debe durar la sesión? y ¿Qué días se deben llevar a cabo? Comentaron que entre una a tres horas es razonable y llevarlo a cabo los fines de semana en las tardes o noche.

Si el recurso tiene la habilidad de atraer al público y mantener la atracción pues una hora y media. (GH)

Si son más de dos horas pues que den un receso intermedio (GM)



Yo pienso que viernes no. Muchos jóvenes no van a venir porque se van a *janguear* (refiriéndose a salir) (GH)

El sábado por la noche es cómodo para mí (GH)

¿Cómo reclutar a las parejas jóvenes? Pancartas, *flyer* o tarjetas que llamen la atención. Utilizar incentivos y a los propios participantes de los grupos focales.

Yo entiendo que la mejor estrategia es que las mismas personas que estaban en los grupos focales sean promotores (GH)

Si van a poner pancartas que sean llamativas y que a las personas le interese (GM)

En el salón de clase todo el mundo se interesó y estaba atento. Todo el mundo le gustó (GP)

¿Qué estrategias de retención son efectivas? ¿Qué hace que las parejas se mantengan en la intervención? Como es de su suponer si a las parejas les gusta las sesiones van a regresar. Ahora bien, cómo promover que regresen? Además de las características del o la facilitador/a y del formato de las sesiones sugieren diversas alternativas.

Asegurarse que la primera reunión sea buena. (GP)

Esto que estamos teniendo ahora mismo. Todos participamos, hablamos y lo hace divertido. Esto puede hacer que volvamos otra vez (GP)

Un adelanto, pero bien breve, porque si tú le das mucho pues como que a veces mientras más breves sean, interesan más, como: “yo quiero saber lo que va a pasar”. (GP)

Por teléfono y por emails (GH)

Un mensaje de texto el día anterior o el mismo día “contamos contigo” (GP)

Facebook por la noche. Yo siempre me meto a Facebook (GM)

Discusión

Utilizar la técnica del grupo focal nos permitió conocer los contenidos y el formato que eran vitales incorporar a la intervención de mhuss@. Quisiéramos compartir algunos de estos contenidos y el formato utilizado. Referente a los conocimientos que los y las jóvenes tienen sobre el VIH/ITS, tuvimos que prestar atención a los modos de transmisión de las ITS/VIH y los modos de prevención. Como vimos en los resultados prevalece las ideas sobre la noción del portador del VIH, y como medio de prevención de ITS se piensa que la higiene personal y hacerse la prueba de VIH luego del encuentro sexual son estrategias efectivas de prevención.

Referente a la información que las parejas utilizan para tomar decisiones si se protegen o no, diseñamos un ejercicio titulado “Y nuestra relación dónde queda”. Hombres y mujeres en sub-grupos dialogan sobre algunas creencias que promueven el riesgo, reveladas en los grupos focales. Por ejemplo, una aseveración utilizada fue “Debo usar condones si tuviera sexo con otra persona que no es mi pareja”, con dificultad conversaron sobre la posibilidad de tener encuentros sexuales fuera la relación de pareja y las implicaciones que tiene para la pareja si no se protegen. Otra aseveración fue, “Si uno tiene sexo solo con mi pareja no corre el riesgo de infectarse con alguna ITS/VIH”, frente a esta aseveración enfrentaron el mito que estar en pareja los protege del VIH/ITS. A su vez, dialógicamente enfrentan su contraparte, los que no están en parejas, como les llamaban, los que están “*al garete*” son los que enfrentan el riesgo.

Ante la necesidad expresada de vincular el placer con la protección, dato que otras investigaciones han confirmado (Noar, 2008; Philpott, Knerr, & Boydell, 2006; Philpott, Knerr, & Maher, 2006) incorporamos el tema del sexo oral en la sesión de mujeres. En esta actividad las mujeres practicaron cómo seducir a su pareja y cómo colocar el condón con la boca. Con el objetivo de afinar esta estrategia de seducción, le asignamos que le hicieran sexo oral a su pareja. Para abordar la práctica del sexo vaginal, nuevamente vinculando los significantes de diversión y protección diseñamos un tendedero de condones. Las parejas se levantaban de sus asientos e iban a los tendederos y de forma lúdica (hombres y mujeres en sesiones separadas, olían, tocaban, y miraban los condones) de esta forma le presentamos la diversidad de condones que existen. Con esta actividad queríamos provocar recuerdos quizás de su infancia o generarlos de no aplicarles, haciendo el paralelismo entre el tendedero de

condones y el secar la ropa. Nos parecía que jugar con esta idea del tendedero y los condones colgando podía generar una atmosfera de calidez e intimidad.

Ante la revelación de que jóvenes llevan a cabo sexo anal, datos que se han confirmado en otras investigaciones (McBride & Fortenberry, 2010; Roye, Tolman, & Snowden, 2013) decidimos incorporar una sección sobre el sexo anal, enfatizando cómo llevar a cabo la práctica de forma segura y placentera. Como conocíamos los significantes de lo homosexual asociado a la práctica diseñamos un ejercicio de grupo para que tanto hombres y mujeres compartieran aquellos significados asociados a dicha práctica sexual. Este ejercicio se llevó a cabo en sesiones separadas. Elaboramos esta parte de la sesión basándonos en el libro del doctor Jack Morrin (2010) *Anal Pleasure Health: A Guide for Men and Women*.

Sobre la barrera de la inaccesibilidad de las pruebas de VIH llevamos a cabo lo siguiente. Primero, diseñamos un ejercicio para que las parejas hablaran sobre las barreras que enfrentan para hacerse las pruebas de VIH. Segundo, entre las parejas generaron estrategias para manejar dichas barreras. Tercero, el proyecto le proveyó un listado de los distintos lugares para hacerse la prueba de VIH y de ITS con sus respectivos costos (elegimos lugares de bajo costo). Finalmente, le dimos a cada pareja un referido para que se hicieran la prueba de VIH en una organización cercana a nuestras instalaciones y sin costo alguno.

La experiencia vivida con la implementación de la intervención nos indica que haber diseñado la intervención tomando como referencia las necesidades y las recomendaciones de las parejas jóvenes fue una estrategia efectiva. Muchas de las parejas que iniciaron en la intervención se mantuvieron hasta el final. Participaron de la intervención 74 parejas quienes fueron asignadas aleatoriamente a la intervención (n=38 parejas) o a un lista de espera (n=36 parejas). De las parejas asignadas a la intervención, el 71% (n = 27) asistió a alguna sesión y el 53% (n = 20) asistió a 3 sesiones o más. Esta asistencia es similar a la encontrada en otros estudios con parejas (Harvey et al., 2009; Koniak-Griffin, Lesser, Takayanagi, & Cumberland, 2011). Algunas de las razones más comunes que las parejas dieron para no poder asistir incluyeron: (a) el trabajo; (b) haber terminado la relación; (c) no tener tiempo para asistir a todas las sesiones; y (d) la falta de cuidado de niños/as. Por último, la tasa de retención para toda la muestra fue del 89% (n = 66) en la post-prueba y de 86% (n = 64) durante el seguimiento a los 3 meses.

Sobre el formato de la intervención, tuvimos a un facilitador y a una facilitadora. Las sesiones fueron cinco de tres horas de duración. De las 5 sesiones 4 se llevaron a cabo con las parejas y una dividimos a hombres y a mujeres para abordar el tema de género y el encuentro sexual. A partir de los resultados de los grupos focales y por experiencias facilitando intervenciones con parejas heterosexuales entendimos que era más efectivo dividirlos (El-Bassel et al., 2001; Karney et al., 2010). Las evaluaciones de satisfacción fueron muy positivas. Todas las sesiones fueron evaluadas por cada participante mediante una encuesta escrita que incluía preguntas cerradas y abiertas. Las preguntas evaluaban cómo los y las participantes se sintieron durante las sesiones, el contenido de las sesiones, el trabajo realizado por los facilitadores/as, y lo aprendido. La mayoría de los participantes (94.7%) informaron que se sentían cómodos o muy cómodos durante las sesiones y el 95.4% informó que las sesiones fueron buenas o muy buenas. Todos y todas calificaron el trabajo de los facilitadores/as como bueno o muy bueno, y la mayoría (87.5%) informó que aprendieron mucho durante las sesiones.

Al final de la intervención también llevamos a cabo una evaluación cualitativa con el objetivo de examinar aspectos que no contemplamos en las hojas de evaluación. Conociendo de antemano las características que la población de jóvenes valoran del facilitador y la facilitadora, promovimos en la intervención un ambiente de confianza, familiaridad, y apertura. Nosotros sabemos que estos factores son importantes para facilitar cualquier trabajo con grupos, sin embargo, promover que ambos miembros de la relación se sientan seguros y confiados con el facilitador y la facilitadora, lo hace más retante aún. Muchas de las parejas que vinieron a la intervención revelaron dificultades en sus relaciones como la desconfianza, celos, comunicación, resolución de conflictos, asuntos que nos anticiparon los y las participantes de los grupos focales.

Por último, creemos que estos hallazgos tienen importantes implicaciones para la práctica de la psicología de la salud. Primero, no debemos asumir que cuando una epidemia o condición de salud lleva



mucho tiempo, las personas necesariamente tienen la información correcta. En el caso del VIH/ITS vemos cómo aún permean en algunas personas jóvenes creencias equivocadas de cómo se transmiten estas infecciones. Creemos que todo esfuerzo de prevención siempre debe incluir un componente de información básica sobre la condición de tal modo que no queden dudas en las personas de cómo se transmiten y previenen. Como quedó ilustrado anteriormente en el modelo conceptual de este estudio, el componente de información es uno de los elementos necesarios para poder cambiar conductas riesgosas y dañinas a la salud (Fisher et al., 2009). Segundo, nos llamó la atención que algunos jóvenes mencionaron ciertas estrategias para prevenir el VIH/ITS las cuales son inefectivas, pero ellos y ellas creen que si lo son. Por ejemplo, creer que usar pastillas anticonceptivas previene las ITS, mantener higiene personal, y no sentarse en un inodoro público. Hoy día sabemos que estas prácticas no previenen el VIH/ITS. Tercero, el personal de ayuda debe saber cuáles son las razones que motivan a los y las jóvenes a protegerse o no protegerse. De nuestros datos se desprende que una de las razones para protegerse es evitar el embarazo, y algunas de las razones para no protegerse incluyen la confianza en la pareja, la creencia de que el condón disminuye la excitación sexual, y el significado que se hace cuando una mujer lleva un condón donde se le considera a esta como una persona que está buscando sexo. Estos son elementos que los profesionales de la salud deben tener presente y atenderlos en intervenciones preventivas.

En conclusión, al desarrollar o adaptar intervenciones preventivas debemos tomar en consideración las voces de aquellos y aquellas a quienes dichas intervenciones van dirigidas para que las mismas respondan a sus necesidades y preferencias. De este modo, estaremos mejor encaminados en lograr nuestra meta de tener comunidades más saludables física y psicológicamente.

Referencias

- Agar, M., & MacDonald, J. (1995). Focus groups and ethnography. *Human Organization*, 54(1), 78–86.
- Castel, R. (1991). From dangerousness to risk. In G. Burchell, C. Gordon, & P. Miller (Eds.), *The Foucault effect: Studies in governmentality* (pp. 281–298). Chicago, ILL: The University of Chicago Press.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2014). HIV Surveillance Report, 2012. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services. Retrieved from <http://www.cdc.gov>
- Crepaz, N., Horn, A. K., Rama, S. M., Griffin, T., Deluca, J. B., Mullins, M. M., ... the HIV/AIDS Prevention Research Synthesis Team. (2007). The efficacy of behavioral interventions in reducing HIV risk sex behaviors and incident sexually transmitted disease in black and Hispanic sexually transmitted disease clinic patients in the United States: A meta-analytic review. *Sexually Transmitted Diseases*, 34(6), 319–332.
- Crosby, R., Milhausen, R., Yarber, W. L., Sanders, S. A., & Graham, C. A. (2008). Condom “turn offs” among adults: An exploratory study. *Int J STD AIDS*, 19(9), 590–594.
- Departamento de Salud de Puerto Rico. (2015). Enfermedades de transmisión sexual en Puerto Rico, 2005-2014. San Juan, PR: OCASET, División de Prevención de ETS/VIH, Oficina de Vigilancia ETS.
- El-Bassel, N., Witte, S. S., Gilbert, L., Sormanti, M., Moreno, C., Pereira, L., ... Steinglass, P. (2001). HIV prevention for intimate couples: A relationship-based model. *Families, Systems & Health*, 19(4), 379–395.
- Fisher, J. D., Fisher, W. A., & Shuper, P. A. (2009). The information-motivation-behavioral skills model of HIV preventive behavior. In R. J. DiClemente, R. A. Crosby, & M. C. Kegler (Eds.), *Emerging theories in health promotion practice and research* (pp. 21–63). San Francisco: Jossey-Bass.
- Fisher, W. A., Fisher, J. D., & Harman, J. (2003). The information-motivation-behavioral skills model: A general social psychological approach to understanding and promoting health behavior. In J. Suls &

- K. A. Wallston (Eds.), *Social psychological foundations of health and illness* (pp. 82–106). Malden, MA: Blackwell Publishing Ltd.
- Graham, C. A., Crosby, R. A., Milhausen, R. R., Sanders, S. A., & Yarber, W. L. (2011). Incomplete use of condoms: The importance of sexual arousal. *AIDS and Behavior, 15*(7), 1328–1331.
- Harvey, S. M., Kraft, J. M., West, S. G., Taylor, A. B., Pappas-Deluca, K. A., & Beckman, L. J. (2009). Effects of a health behavior change model--based HIV/STI prevention intervention on condom use among heterosexual couples: A randomized trial. *Health Educ Behav, 36*(5), 878–894.
- Herbst, J. H., Kay, L. S., Passin, W. F., Lyles, C. M., Crepaz, N., & Marin, B. V. (2007). A systematic review and meta-analysis of behavioral interventions to reduce HIV risk behaviors of Hispanics in the United States and Puerto Rico. *AIDS Behav, 11*(1), 25–47.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. del P. (2010). *Metodología de la investigación* (5th ed.). Mexico: MacGraw-Hill.
- Higgins, J. A., Tanner, A. E., & Janssen, E. (2009). Arousal loss related to safer sex and risk of pregnancy: Implications for women's and men's sexual health. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 41*(3), 150–157.
- Jiménez Chávez, J., Morales, M., Sala, A., Puig, M., Deliz, L., Castro, E., ... Zorrilla, C. (2011). HIV-related felt stigma among Puerto Ricans living with HIV/AIDS: A focus group study. *Interamerican Journal of Psychology, 45*(3), 331–338.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2013). *Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013*. Geneva, Switzerland: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Retrieved from <http://www.unaids.org>
- Kamberelis, G., & Dimitriadis, G. (2011). Focus groups: Contingent articulations of pedagogy, politics and inquiry. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The Sage Handbook of Qualitative Research-Fourth Edition*. Sage Publications (4th ed., pp. 545–563). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc.
- Karney, B. R., Hops, H., Redding, C. A., Reis, H. T., Rothman, A. J., & Simpson, J. A. (2010). A framework for incorporating dyads in models of HIV-prevention. *AIDS and Behavior, 14*(2), 189–203.
- Kitzinger, J. (1995). Qualitative research. Introducing focus groups. *BMJ: British Medical Journal, 311*(7000), 299. Retrieved from www.ncbi.nlm.nih.gov
- Koniak-Griffin, D., Lesser, J., Takayanagi, S., & Cumberland, W. G. (2011). Couple-focused human immunodeficiency virus prevention for young Latino parents: Randomized clinical trial of efficacy and sustainability. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 165*(4), 306–312.
- Krippendorff, K. (2012). *Content analysis: An introduction to its methodology*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- McBride, K. R., & Fortenberry, J. D. (2010). Heterosexual anal sexuality and anal sex behaviors: A review. *Journal of Sex Research, 47*(2-3), 123–136.
- Morin, J. (2010). *Anal pleasure & health: A guide for men, women, and couples*. Burlingame, CA: Down There Press.
- Noar, S. (2008). Behavioral interventions to reduce HIV-related sexual risk behavior: review and synthesis of meta-analytic evidence. *AIDS and Behavior, 12*(3), 335–353.
- Noboa Ortega, P., & Noboa-Ortega, P. (2006). Subjetividad femenina: El discurso de la virginidad utilizado como acto de resistencia durante los primeros encuentros sexuales .. a qué responde? . *Revista Glossa, 1*(1), 35–53.
- Noboa-Ortega, P., Ortega-Guzman, J., & Feldman, A. (2014). Art integration in a HIV/STI prevention intervention and its scope in prevention work. ONUSIDA.
- Noboa-Ortega, P., Serrano-García, I., & Hernández-Cartagena, M. (2003). Desarrollo de la escala de autoeficacia en la negociación sexual. *Psicología Iberoamericana, 11*(2), 93–104.
- Ortiz, A. P. (2012). El virus del papiloma humano: Prevención e investigación en Puerto Rico. *Galenus, 34*(6), 62.



- Pérez-Jiménez, D., Seal, D. W., & Serrano-García, I. (2009). Barriers and facilitators of HIV prevention with heterosexual Latino couples: Beliefs of four stakeholder groups. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology, 15*(1), 11–17.
- Pérez-Jiménez, D., Serrano-García, I., & Escabi-Montalvo, A. (2007). Men's role in HIV/AIDS prevention for women: Exploring different views. *Puerto Rico Health Sciences Journal, 26*(1), 13–22.
- Philpott, A., Knerr, W., & Boydell, V. (2006). Pleasure and prevention: when good sex is safer sex. *Reproductive Health Matters, 14*(28), 23–31.
- Philpott, A., Knerr, W., & Maher, D. (2006). Promoting protection and pleasure: amplifying the effectiveness of barriers against sexually transmitted infections and pregnancy. *The Lancet, 368*(9551), 2028–2031.
- Puerto Rico Health Department. (2015a). *Puerto Rico HIV (not AIDS) surveillance summary: Cumulative HIV (not AIDS) cases diagnosed as of May 31, 2015*. San Juan, PR: HIV/AIDS Surveillance Program, Office of Epidemiology and Research.
- Puerto Rico Health Department. (2015b). *Puerto Rico HIV/AIDS surveillance summary: Cumulative HIV/AIDS cases diagnosed as of May 31, 2015*. San Juan: HIV/AIDS Surveillance Program, Office of Epidemiology and Research.
- Roye, C. F., Tolman, D. L., & Snowden, F. (2013). Heterosexual anal intercourse among Black and Latino adolescents and young adults: a poorly understood high-risk behavior. *Journal of Sex Research, 50*(7), 715–22.
- Wingood, G. M., & DiClemente, R. J. (2008). The ADAPT-ITT model: A novel method of adapting evidence-based HIV Interventions. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 47 Suppl 1*, S40–6.
- Ybarra, M., Korchmaros, J. D., Prescott, T. L., & Birungi, R. (2015). A randomized controlled trial to increase HIV preventive Information, Motivation, and Behavioral skills in Ugandan adolescents. *Annals of Behavioral Medicine, 49*(3), 473–485.
- Zarani, F., Besharat, M. A., Sarami, G., & Sadeghian, S. (2012). An information-motivation-behavioral skills (IMB) model-based intervention for CABG patients. *International Journal of Behavioral Medicine, 19*(4), 543–9.

Received: 07/10/2016
Accepted: 05/04/2017