

## **Expanding PrEP in Communities of Color (EPICC+)**

### **Attachment 4m Aim 2a Cohort Exit Interview Guide Spanish**

La carga pública de notificación para esta recolección de información se calcula que promedia los 60 minutos por respuesta, lo que incluye el tiempo que se toma en dar las instrucciones, hacer búsquedas en fuentes de datos, recolectar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Una agencia no puede llevar a cabo ni patrocinar un estudio de recopilación de información y las personas no están obligadas a responder, a menos que se presente un número de control de OMB válido y vigente. Envíe comentarios sobre este cálculo de tiempo o sobre cualquier otro aspecto de esta recolección de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, a CDC/ATSDR Reports Clearance Officer, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: OMB-PRA (0920-Nuevo).

## **Guía de la entrevista en profundidad de salida del EPICC+**

Las preguntas se centrarán en entender los factores que influyeron en la decisión del participante de elegir un régimen PrEP dado, y en cambios o interrupciones, así como en su opinión sobre la asesoría que recibió de los proveedores al inicio de la PrEP y durante el seguimiento, el recibo de materiales o herramientas que pudieron influir en su decisión y en la viabilidad y aceptación de la aplicación EPICC+.

### **Introducción**

*Leer:* Me llamo ---. Mis pronombres son ---. Gracias de nuevo por participar en esta encuesta. El objetivo de esta conversación es entender mejor su decisión sobre el uso de la PrEP, lo que piensa sobre la asesoría que recibió de su proveedor de PrEP y conocer su opinión sobre la aplicación EPICC+.

- Hoy me gustaría saber cómo fue su experiencia y lo que piensa en sus propias palabras. Es su historia y usted es el experto. Quiero aprender de usted. No hay respuestas correctas o incorrectas. Sus opiniones e ideas nos ayudarán a mejorar la aplicación. Y no se preocupe de decir cosas que me puedan ofender; diga lo que piensa de verdad.
- Le recuerdo que su participación es voluntaria. Si prefiere no contestar a alguna de las preguntas, dígamelo y pasaré a la siguiente.
- La información que me dé se considerará confidencial. Las respuestas de todas las personas con las que yo hable se comunicarán de forma global como grupo. Las citas directas que se usen como ejemplo no incluirán su nombre ni ningún otro detalle que le pueda identificar.
- Quiero que sepa que responder francamente a mis preguntas no afectará el tratamiento que recibe en la clínica. El personal de [insertar nombre de la clínica] quiere mejorar las experiencias de sus pacientes. Esta conversación nos dará información muy útil que servirá para mejorar la atención que reciben los clientes.
- Para proteger su privacidad, es importante que esté a solas en una habitación, para que nadie le oiga lo que dice ni sepa que ha participado en el estudio. ¿Puede quedarse solo ahora? [SI LA RESPUESTA ES SÍ, PROSIGA, SI ES NO, DETÉNGASE Y HAGA OTRA CITA]
- Nos gustaría grabar la entrevista de hoy. Esta grabación servirá para asegurar que nuestras notas de la conversación sean completas y exactas. Al final del estudio, la destruiremos.
- Si necesita ir al baño o salir de la habitación un momento, dígamelo. Podemos detener la entrevista y continuar cuando regrese.
- ¿Tiene alguna pregunta? Si no tiene ninguna, vamos a empezar. Voy a comenzar a grabar. ENCIENDA LA GRABADORA Y DIGA: Ahora que tengo la grabadora encendida, ¿me da permiso para grabar la entrevista?

### **Antecedentes de la PrEP y elección de PrEP**

Sería muy útil si me hablara de su experiencia con la PrEP, para empezar...

1. ¿Sigue tomando la PrEP?  
**Si la respuesta es "sí":**

- a. ¿Qué tipo de PrEP está tomando? Oral diaria, 2-1-1 o bajo demanda, o PrEP inyectable (CAB-LA)
- b. ¿Por qué empezó a tomar (insertar tipo de PrEP aquí)?
- c. Hay muchas cosas en las que pensar cuando se empieza a tomar un medicamento nuevo. A algunas personas les gusta hablarlo con su pareja, sus amigos, su familia o su médico. ¿Habló de tomar [insertar tipo de PrEP] con alguien?
  - i. **Si la respuesta es "sí"**: ¿Le dijeron o hicieron algo que le ayudó a tomar la decisión?
- d. ¿Qué factores influyeron en su decisión? (algunos ejemplos son costo, efectos secundarios, disponibilidad, horario de dosis, etc.)
- e. Algunas veces puede ser difícil empezar a tomar y continuar tomando medicamentos nuevos. Puede ser un problema acordarse de tomar la medicina, o puede tener efectos secundarios, costar demasiado, ser complicado hacer citas o encontrar tiempo para ver al médico o puede haber problemas para renovar el medicamento. Dígame algunos de los problemas que tuvo con la PrEP que toma, como por ejemplo costo, efectos secundarios, disponibilidad, horario de dosis, etc.
  - i. Si menciona problemas: ¿Qué hizo para resolver esos problemas?
- f. ¿Ha tomado algún otro tipo de PrEP?

**Si la respuesta es "sí"**: haga las preguntas anteriores empezando por el tipo de PrEP que estaba tomando.

- g. ¿Por qué decidió cambiar el tipo de PrEP que tomaba?

**Si no toma ninguna PrEP en la actualidad:**

2. ¿Alguna vez ha tomado PrEP en el pasado? Oral diaria, 2-1-1 o bajo demanda, o PrEP inyectable (CAB-LA)

**Si la respuesta es "sí"**:

- a. ¿Qué tipo de PrEP tomaba?
  - b. ¿Cuándo empezó a tomar (insertar tipo de PrEP aquí)?
  - c. ¿Qué hizo que empezara a tomar (insertar tipo de PrEP aquí)?
  - d. Hay muchas cosas en las que pensar cuando se empieza a tomar un medicamento nuevo. Algunas personas lo hablan con su pareja, sus amigos, su familia o su médico.  
¿Habló de tomar [insertar tipo de PrEP] con alguien?
    - i. Si la respuesta es "sí": ¿Le dijeron o hicieron algo que le ayudó a tomar la decisión?
  - e. ¿Qué factores influyeron en su decisión? (algunos ejemplos son costo, efectos secundarios, disponibilidad, horario de dosis, etc.)
  - f. Algunas veces puede ser difícil empezar a tomar y continuar tomando medicamentos nuevos. Puede ser un problema acordarse de tomar la medicina, o puede tener efectos secundarios, costar demasiado, ser complicado hacer citas o encontrar tiempo para ver al médico o puede haber problemas para renovar el medicamento. Dígame algunos de los problemas que tuvo con la PrEP que **tomaba** antes, como por ejemplo costo, efectos secundarios, disponibilidad, horario de dosis, etc.
    - i. **Si menciona problemas**: ¿Qué hizo para resolver esos problemas?
  - g. ¿Por qué decidió dejar de tomar (insertar tipo aquí)?
3. ¿Qué piensa de (insertar opción de PrEP que el paciente no ha tomado)?

Si el paciente no ha oído hablar de la PrEP inyectable: "La PrEP inyectable es otro tipo de estrategia de dosificación; en vez de tomar una píldora por la boca se pone una inyección cada dos meses".

Si el paciente no ha oído hablar de la PrEP bajo demanda: "La PrEP bajo demanda, o intermitente u ocasional, es otra estrategia de dosificación de la PrEP; en lugar de tomarse una píldora diaria, se toma cuatro píldoras solo si piensa tener relaciones sexuales. Se conoce como el programa 2-1-1 y requiere que la persona se tome dos píldoras 24 horas antes de tener relaciones sexuales, 1 píldora 24 horas después de la primera dosis y otra 24 horas después de la segunda dosis".

### **Relación con el proveedor de PrEP**

Ahora que sabemos un poco más sobre su experiencia con la PrEP, me gustaría que habláramos sobre su relación con el proveedor de PrEP.

4. ¿Cómo describiría su relación con su proveedor?
5. Hábleme de las conversaciones que haya tenido con su proveedor que le hayan ayudado a continuar con el tratamiento de PrEP.

#### **Recuerda conversaciones útiles:**

- a. ¿De qué hablaron?
- b. ¿Qué dijo o hizo su proveedor que le fue útil?

#### **No recuerda conversaciones útiles:**

- c. ¿Qué cosas sobre seguir el tratamiento de PrEP sin interrupciones le hubiera gustado saber o sobre qué cosas le hubiera gustado hablar con su proveedor?
  6. ¿De qué otras cosas habló con su proveedor? (Pregunte sobre conversaciones relacionadas con la elección del tipo de PrEP, cambios en la PrEP, etc.)
    - a. **Si antes mencionó problemas con la PrEP:** Antes hablamos de algunos de los problemas que la gente tiene al empezar a tomar un medicamento nuevo. ¿Habló de [insertar problema con la PrEP aquí] con su proveedor?
      - i. ¿Por qué empezaron a hablar de [insertar problema aquí] durante la cita?
      - ii. ¿Qué dijo el proveedor sobre [insertar problema aquí] durante la cita? Pregunte sobre las sugerencias, materiales, etc. que pueda haber recibido.
      - iii. ¿Le ayudó la conversación a resolver el problema de [insertar problema aquí].
    - b. **Si el participante no indicó antes que tuviera ningún problema con la PrEP:** Hábleme de cuando usted y su proveedor hablaron de los problemas que se podían presentar al tomar [insertar tipo de PrEP aquí].
      - i. ¿De qué hablaron?
      - ii. ¿Qué fue lo que más le ayudó de la conversación?
      - iii. ¿Qué fue lo que menos le ayudó de la conversación?
      - iv. ¿Le ayudó la conversación a resolver el problema que tenía para continuar con el plan de tratamiento?
  7. ¿Hubo algún tema del que no hablaron pero que le hubiera gustado tratar con su proveedor?
    - a. **Si la respuesta es "sí":** ¿Por qué no sacó el tema durante la cita?
  8. ¿Piensa que el proveedor le escuchó y entendió lo que era importante para usted en relación con el tratamiento de PrEP?
    - a. ¿Le gustaría saber más al respecto?
  9. Durante las conversaciones con su proveedor, ¿alguna vez le facilitó herramientas o materiales relacionados con la PrEP? (Algunos ejemplos son folletos y herramientas de adherencia al tratamiento, entre otros)
- Si la respuesta es "sí":**

- a. ¿Qué pensó de estos materiales?
  - b. ¿Le ayudaron en algo estos materiales?
  - c. ¿Cómo podrían mejorarse?
  - d. ¿Qué materiales piensa que serían útiles para usted y otras personas que toman la PrEP?
10. ¿Piensa que su proveedor de PrEP conoce y entiende las necesidades y retos para la salud a los que se enfrentan los jóvenes gay y étnicamente diversos de [nombre de la ciudad]? ¿Por qué sí o por qué no? Deme algunos ejemplos.
11. ¿Cómo podrían mejorar las conversaciones con su proveedor?

### **Personal y servicios de la clínica**

Ahora hablaremos brevemente sobre otros miembros del personal de la clínica y de los servicios.

12. Aparte del proveedor de PrEP, ¿habló de la PrEP con algún otro miembro del personal de [insertar nombre de la clínica]?
- Si la respuesta es "sí":**
- a. ¿Qué puesto tenía esa persona en la clínica? (navegador de PrEP, farmacéutico, personal de enfermería, etc.)
  - b. ¿De qué hablaron?
  - c. ¿Qué fue lo que más le ayudó de la conversación?
  - d. ¿Qué fue lo que menos le ayudó de la conversación?
  - e. ¿Le ayudó la conversación a resolver los problemas que tenía para continuar con la PrEP?
13. ¿Qué es lo que más le gusta de la clínica? (ejemplos: el lugar de la cita, el horario de la clínica, el transporte, el estacionamiento, el personal de oficina, el trabajo en equipo, el tiempo que hay que esperar, la farmacia, el laboratorio, la facturación, las interacciones/la conducta del personal, el tratamiento y la comunicación de seguimiento)
14. ¿Cómo podría mejorar la clínica? (ejemplos: el lugar de la cita, el horario de la clínica, el transporte, el estacionamiento, el personal de oficina, el trabajo en equipo, el tiempo que hay que esperar, la farmacia, el laboratorio, la facturación, las interacciones/la conducta del personal, el tratamiento y la comunicación de seguimiento)
15. ¿Recomendaría la clínica a otras personas que quieran empezar el tratamiento PrEP? ¿Por qué sí o por qué no?

### **Satisfacción general con la aplicación**

16. ¿Me puede hablar un poco sobre su impresión general de la aplicación?
- a. ¿Qué es lo que más le gustó? ¿Lo que menos?
  - b. ¿Qué es lo más útil? ¿Lo menos útil?
17. ¿Cómo usó la aplicación durante su tiempo en el estudio?
- a. ¿Qué partes de la aplicación usó más? [Mostrar un PowerPoint que incluya las distintas funciones de la aplicación.]
    - i. Pregunte en concreto sobre el rastreador de medicamentos: si lo usaron, con qué frecuencia y por qué sí o por qué no.
      1. Si lo usaron: pregunte si influyó en su adherencia a la PrEP.
    - ii. Pregunte en concreto sobre el diario de actividad sexual: si lo usaron, con qué frecuencia y por qué sí o por qué no.
      1. Si lo usaron: pregunte si influyó en su conducta sexual.
    - iii. Pregunte sobre otras funciones que haya utilizado.
      1. Pregunte cómo influyó en el uso de la PrEP.

18. ¿Cómo ha cambiado la forma en que usa la aplicación desde que empezó hasta ahora?  
a. Pregunte sobre el rastreador de medicamentos y el diario de actividad sexual.

**Percepción del impacto de la EPICC+**

19. ¿Ha influido la aplicación en la forma en que ve distintos aspectos de su vida diaria?  
a. ¿Puede darme un ejemplo? (Pregunte sobre la salud, las relaciones y otras áreas)  
i. ¿De qué manera ha cambiado la manera en que hace las cosas?  
20. ¿Piensa que la aplicación está bien diseñada para sus necesidades? ¿Por qué sí o por qué no?  
21. ¿Se siente cómodo recomendando la aplicación a sus amigos y conocidos? [Pregunte por qué sí o por qué no.]  
22. ¿Qué partes de la aplicación seguiría utilizando si estuviera disponible para el público en general?  
23. ¿Qué haría que usara la aplicación más?  
24. ¿Qué otras prestaciones o funciones le gustaría que tuviera la aplicación?

**Funcionalidad y desempeño técnico de la EPICC+**

25. ¿Qué partes de la aplicación piensa que son más fáciles de usar?  
26. ¿Qué partes son más difíciles de usar?  
27. ¿Puede describir algunos de los problemas técnicos que tuvo?  
28. ¿Puede recomendar alguna forma de mejorar la aplicación?

**Análisis de sangre**

29. ¿Completó algún kit de extracción de sangre durante el estudio?  
a. Si la respuesta es "no":  
i. ¿Por qué no completó los kits de extracción de sangre?  
ii. ¿Qué le hubiera motivado o ayudado a usar los kits de extracción de sangre?  
b. Si la respuesta es "sí": [Mostrar un PowerPoint que incluya ilustraciones de los pasos para completar la extracción de muestras de sangre.]  
i. ¿Cómo fue su experiencia al pedir y recibir los kits de extracción de sangre?  
ii. ¿Cómo fue su experiencia al usar los kits de extracción de sangre?  
iii. ¿Qué era lo más difícil al completar el kit?  
iv. ¿Qué piensa de usar un kit de extracción de sangre como parte de su atención médica normal para verificar la protección que le brinda la PrEP entre visitas a la clínica?  
v. ¿Qué cambiaría en los kits de extracción de sangre para mejorarlos o que fueran más fáciles de usar?

**CONCLUSIÓN**

¿Hay alguna idea u opinión sobre la aplicación o el estudio de las que no hayamos hablado y que le gustaría compartir?

No tengo ninguna otra pregunta. ¿Quiere preguntarme algo?

Muy bien. Alguien del equipo del estudio se pondrá en contacto con usted en breve para hablarle del incentivo que le vamos a enviar.

Muchísimas gracias por participar en el estudio y en esta entrevista. Sus experiencias y perspectivas son muy importantes para nosotros y de gran utilidad para mejorar la aplicación.

Si se sintió incómodo durante esta entrevista o tiene alguna duda sobre lo que hemos hablado, póngase en contacto con el personal de EPICC mediante uno de los métodos siguientes:

- Llame o envíe un texto al número de teléfono del estudio EPICC (448) 488-9069
- Use la función de mensajes en la aplicación misma.
- Utilice la función Pregunta a un experto.
- Envíe un correo electrónico a [EPICC@nursing.fsu.edu](mailto:EPICC@nursing.fsu.edu)

También puede consultar con la comunidad de EPICC en el foro o usar el localizador de proveedores para encontrar servicios en su zona.

Por último, pueden encontrarse muchos recursos a través organizaciones nacionales como las siguientes:

[Incluir la información siguiente en un PowerPoint].

**The National Suicide Prevention Lifeline**: los participantes pueden llamar al teléfono de prevención del suicidio, el **988**, para recibir servicios para crisis de salud mental.



**Trevor Project**: los participantes pueden ponerse en contacto con un consejero, obtener información o encontrar herramientas para ayudar a otra persona. <https://www.thetrevorproject.org/>



**SAMHSA's National Helpline**: SAMHSA's National Helpline es un servicio confidencial de información y recomendación de tratamientos, gratis y confidencial, que está abierto las 24 horas de los 365 días del año, en español y en inglés, para personas y familias con problemas de salud mental o de drogodependencia y alcoholemia. **1-800-662-HELP (4357)**



**NAMI HelpLine**: los voluntarios de este teléfono de asistencia responderán a sus preguntas, le ofrecerán apoyo o le informarán sobre pasos prácticos que puede tomar. Los recursos de esta página ofrecen información sobre una gran variedad de necesidades y dudas.

