

Expanding PrEP in Communities of Color (EPICC+)

**Attachment 4i
Aim 2a Cohort Baseline Survey Spanish**

La carga pública de notificación para esta recolección de información se calcula que promedia los 45 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).

Encuesta de referencia EPICC

Contenido

- A. DEMOGRAPHICS
- B. SOCIOECONOMIC AND RISK CORRELATES
- C. HEALTHCARE ACCESS, COMMUNICATION, AND STI TESTING/DIAGNOSIS
- D. HIV
- E. PrEP ROUTING
- F. CURRENT PrEP USE
- G. NEW PrEP PRESCRIPTION
- H. PrEP RESTART
- I. PREVIOUS PrEP USE: NO PLANS TO RESTART/UNSURE
- J. NO PRIOR PrEP USE: NO PLANS TO START/UNSURE
- K. PrEP CHOICES
- L. PREP ADHERENCE AND BARRIERS
- M. TECHNOLOGY USE AND ONLINE PARTNER SEEKING BEHAVIOR
- N. RELATIONSHIPS AND SEXUAL HEALTH PRIORITIES
- O. SEXUAL BEHAVIORS
- P. SUBSTANCE USE
- Q. MENTAL HEALTH
- R. EVERYDAY DISCRIMINATION
- S. SOCIAL SUPPORT AND ISOLATION

Le damos la bienvenida a EPICC.

Gracias por participar en este importante proyecto. ***Esta encuesta se puede completar en 30 minutos aproximadamente.***

En ella te haremos algunas preguntas sobre ti y sobre tu salud. La encuesta incluye preguntas sobre temas delicados. **La información que nos facilites se mantendrá estrictamente confidencial.** Tus respuestas son privadas: la información que nos des se protegerá y solo la conocerá el personal del estudio. Hay algunas preguntas personales sobre tu conducta sexual, tu salud, el consumo de sustancias y otros aspectos que muchas personas consideran íntimos. Tu privacidad es muy importante para nosotros y mantendremos tus respuestas confidenciales, por lo que te pedimos que respondas con toda la sinceridad que puedas.

Puedes saltarte las preguntas que quieras al seleccionar “No contesta”, pero lo ideal sería que contestaras a todas ellas. Toda esta información servirá para que el estudio descubra cosas nuevas sobre la PrEP, la prevención del VIH y otros temas importantes.

Preguntas sobre el pasado

Para responder a muchas de estas preguntas necesitarás pensar en la última semana, semanas, mes o meses. Lee con atención cada pregunta para saber si se refiere a un período de tiempo concreto y ten en cuenta que ese período cambiará de una pregunta a otra.

Te recordamos que la fecha de hoy es [fecha de hoy]

Una nota sobre el lenguaje

Entendemos que parte del lenguaje que se emplea en las preguntas del estudio puede incluir expresiones anticuadas o que falten referencias a la diversidad de experiencias que sabemos que existe. Aunque hacemos todo lo posible por usar el lenguaje emergente, en ocasiones las preguntas de la investigación no han evolucionado y se han sacado de versiones redactadas hace años. Siempre que es posible, hemos actualizado el lenguaje o estamos trabajando para conseguir nuevas versiones. Recuerda que puedes dejar de responder a las preguntas que no reflejen tu experiencia.

Si tienes alguna pregunta o comentario, díselo al personal del estudio.

Pulsa el botón siguiente para empezar la encuesta.

A. DATOS DEMOGRÁFICOS

A1. ¿En qué fecha naciste (mm/dd/aaaa)? _____

B. CORRELACIÓN ENTRE DATOS SOCIOECONÓMICOS Y RIESGO

B1. ¿Alguna vez has estado sin hogar? Esto significa que has vivido en la calle, en un albergue, en una habitación individual de hospedaje (SRO), o en el carro.

[Yes = B2, otherwise B4]

- ☐ No
- ☐ Sí
- ☐ No contesta

B2. En los últimos 12 meses, ¿has estado sin hogar en algún momento?

[Yes = B3, otherwise B4]

- ☐ No
- ☐ Sí
- ☐ No contesta

B3. ¿Estás ahora sin hogar?

- ☐ No
- ☐ Sí
- ☐ No contesta

B4. ¿Cuál es tu código postal? _____

- ☐ No contesta

B5. ¿Naciste en los Estados Unidos?

- ☐ No
- ☐ Sí
- ☐ No contesta

B6. ¿Hablan en tu casa algún otro idioma que no sea el inglés?

- ☐ No
- ☐ Sí
- ☐ No contesta

B7. ¿Cuál es tu estado civil?

- ☐ Casado
- ☐ Vivimos juntos como si estuviéramos casados
- ☐ Separado
- ☐ Divorciado
- ☐ Viudo
- ☐ Nunca has estado casado

- ☐ No contesta

B8. ¿Estudias?

- ☐ No
- ☐ Sí, a tiempo completo
- ☐ Sí, a medio tiempo
- ☐ Me he matriculado en un programa pero tengo una excedencia temporal.
- ☐ No contesta

B9. ¿Cuál es el nivel de educación más alto que terminaste?

- ☐ Nunca he estudiado
- ☐ Grados 1 al 8
- ☐ Grados 9 al 11
- ☐ Grado 12 o GED
- ☐ Algo de universidad, título de asociado o escuela técnica
- ☐ Título universitario
- ☐ Algunos estudios de posgrado
- ☐ No contesta

B10. ¿Cuál es tu situación laboral? Estás:

- ☐ Empleado a tiempo completo
- ☐ Empleado a medio tiempo
- ☐ Cuidas de tu hogar
- ☐ Estudiante a tiempo completo
- ☐ Edad de jubilación
- ☐ No puedes trabajar con motivos de salud
- ☐ Sin empleo
- ☐ Otro
- ☐ No contesta

B11. ¿Cuáles fueron los ingresos de tu unidad familiar en [YEAR BEFORE INTERVIEW] de todas las fuentes antes de impuestos? Los ingresos de tu unidad familiar es la cantidad total

de dinero que ganaron y compartieron todas las personas que viven contigo. No importa si no sabes la cantidad exacta; puedes darnos una cifra aproximada.

- ☐ 0 a \$4,999
- ☐ \$5,000 a \$9,999
- ☐ \$10,000 a \$12,499
- ☐ \$12,500 a \$14,999
- ☐ \$15,000 a \$19,999
- ☐ \$20,000 a \$24,999
- ☐ \$25,000 a \$29,999
- ☐ \$30,000 a \$34,999
- ☐ \$35,000 a \$39,999
- ☐ \$40,000 a \$49,999
- ☐ \$50,000 a \$59,999
- ☐ \$60,000 a \$74,999
- ☐ \$75,000 a \$99,999
- ☐ \$100,000 o más
- ☐ No contesta

B12. Incluyéndote a ti, ¿cuántas personas dependen de tus ingresos? _____

- ☐ No contesta

B13. ¿Alguna vez en los últimos 12 meses no hubo suficiente dinero en tu casa para alquiler, comida, teléfono o servicios públicos como gas o electricidad?

- ☐ No
- ☐ Sí
- ☐ No contesta

B14. En los últimos 3 meses, ¿tú o algún otro adulto de tu unidad familiar tuviste que comer menos o saltarte alguna comida porque no tenías dinero suficiente para comprar alimentos?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No contesta

B15. ¿Cuál es tu principal medio de transporte?

- ☐ Automóvil o motocicleta personal
- ☐ Amigo, familiar o vecino
- ☐ Transporte público (autobús, metro, tren)
- ☐ Bicicleta
- ☐ Caminar
- ☐ Lyft, Uber u otros servicios de transporte compartido
- ☐ Otro medio
- ☐ No contesta

B16. ¿Alguna vez te han arrestado?

[Yes = B17, otherwise next Section C]

- ☐ No
- ☐ Sí
- ☐ No contesta

B17. ¿Alguna vez has ido a la cárcel, a prisión o a un centro de detención de menores?

- ☐ No
- ☐ Sí
- ☐ No contesta

C. ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA, COMUNICACIÓN, Y PRUEBAS/DIAGNÓSTICO DE STI

C1. ¿Tienes seguro médico o cobertura para la atención médica? Esto incluye seguros de salud privados (por ejemplo: Blue Cross Blue Shield o el seguro privado de tus padres) y seguros o cobertura médica públicos (por ejemplo: Medicaid o Medicare).

[Yes = C2, otherwise C3]

- ☐ Sí, tengo el mío propio
- ☐ Sí, tengo el de mis padres/tutores
- ☐ Sí, tengo el de mi cónyuge/pareja
- ☐ No
- ☐ No contesta

C2. ¿Qué tipo de seguro o cobertura médica tienes? Seleccionar todo lo que corresponda.

- ☐ Un plan médico privado (a través de un empleador o suscrito directamente)
- ☐ Medicaid (para algunas personas de ingresos bajos)
- ☐ Medicare (para personas mayores o con discapacidades)
- ☐ Otro plan del gobierno
- ☐ TRICARE / CHAMPUS
- ☐ Cobertura de la Administración de veteranos
- ☐ Otro seguro médico
- ☐ No contesta

C3. ¿Cuánto hace que has visitado a un médico, un profesional de enfermería u otro proveedor médico para consultarle sobre tu salud? Diría que fue...

- ☐ En el último año
- ☐ Hace más de un año pero menos de dos años
- ☐ Hace 2 - 5 años

- o Hace más de 5 años
- o No contesta

C4. ¿Qué seguridad tienes de que sería capaz de comunicar lo siguiente a un proveedor médico?:

	Nada seguro	Algo seguro	Moderadamente seguro	Bastante seguro	Totalmente seguro	No contesta
Preguntarle sobre una enfermedad que tienes o tuviste y que te preocupa.				☐	☐	
Hablarle abiertamente sobre problemas que puedas tener con tus medicamentos.				☐	☐	
Resolver diferencias de opinión que puedas tener con el proveedor médico.				☐	☐	
Preguntarle cosas que te preocupan sobre tu salud, como por ejemplo pruebas o tratamientos.				☐	☐	
Hablarle abiertamente sobre tu consumo actual o pasado de alcohol o drogas.				☐	☐	
Hablarle abiertamente sobre tus actividades sexuales.				☐	☐	

Las siguientes preguntas se refieren a las pruebas de infecciones de transmisión sexual (STI), como pueden ser herpes genital, gonorrea, clamidia, sífilis y verrugas genitales o anales.

C5. ¿**Alguna vez** te has hecho una prueba para infecciones de transmisión sexual que no sea el VIH?

[Yes = C6, otherwise C9]

- ☐ No
- ☐ Sí
- ☐ No contesta

C6. ¿Cuál fue la última vez que te hiciste una prueba de infecciones de transmisión sexual?

- ☐ En los últimos 3 meses
- ☐ Hace 3 - 6 meses
- ☐ Hace más de 6 meses pero menos de un año
- ☐ Hace más de 1 año
- ☐ No contesta

C7. ¿Te ha dicho un médico o un proveedor médico **alguna vez en tu vida** que tenías alguna de las siguientes infecciones de transmisión sexual? (Marcar todas las que correspondan. Si ninguna aplica, marcar "Ninguna de estas").

- ☐ Herpes genital
- ☐ Gonorrea
- ☐ Clamidia
- ☐ Sífilis
- ☐ Verrugas genital o anales
- ☐ Otra infección de transmisión sexual, especificar: _____
- ☐ Ninguna de estas
- ☐ No contesta

C8. ¿Te ha dicho un médico o un proveedor médico **en los últimos tres meses** que tenías alguna de las siguientes infecciones de transmisión sexual? (Marcar todas las que correspondan. Si ninguna aplica, marcar "Ninguna de estas").

- ☐ Herpes genital
- ☐ Gonorrea
- ☐ Clamidia
- ☐ Sífilis
- ☐ Verrugas genital o anales
- ☐ Otra infección de transmisión sexual, especificar: _____
- ☐ No me acuerdo.
- ☐ Ninguna de estas.
- ☐ No he visitado a ningún proveedor médico en los últimos tres meses.
- ☐ No contesta

C9. ¿Qué probable es que te hagas una prueba de infecciones de transmisión sexual **en los próximos tres meses?**

- ☐ Muy improbable
- ☐ Algo improbable
- ☐ Algo probable
- ☐ Muy probable
- ☐ No contesta

D. VIH

En la siguiente sección de la encuesta, te haremos unas preguntas relacionadas con tus experiencias y opiniones sobre el VIH. Te recordamos que todas las preguntas se consideran confidenciales.

D1. ¿Alguna vez te has hecho una prueba de VIH?

[Yes = D2 otherwise D3]

- ☐ No
- ☐ Sí
- ☐ No contesta

D2. ¿Cuándo te hiciste la prueba de VIH más reciente? Introduce el mes y el año. Puede ser una fecha aproximada. Intenta aproximarte lo más posible.

- ☐ [Mes]
- ☐ [Año]
- ☐ No contesta

D3. En una escala del 1 al 10, donde 1 significa no me preocupa nada y 10 me preocupa mucho, en general, ¿cuánto te preocupa contraer el VIH?

No me preocupa nada Me preocupa mucho

0-----10

- ☐ No contesta

D4. Piensa en las siguientes afirmaciones y dinos si estás de acuerdo o en desacuerdo.

	Completamente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo	No contesta
La mayoría de las personas de mi comunidad discriminarían a una persona con VIH.	1 1	1 2	1 3	1 4	1 5	
La mayoría de las personas de mi comunidad respetarían el derecho de una persona con VIH a vivir y trabajar donde quiera.	1 1	1 2	1 3	1 4	1 5	
La mayoría de las personas de mi comunidad no serían amigas de una persona con VIH.	1 1	1 2	1 3	1 4	1 5	
La mayoría de las personas de mi comunidad piensan que los que contraen VIH por vía sexual o drogas tienen	1 1	1 2	1 3	1 4	1 5	

lo que se merecen.						
--------------------	--	--	--	--	--	--

E. Vía de la PrEP

La profilaxis preexposición (PrEP) al VIH es un medicamento que sirve para reducir el riesgo de infección por VIH. La PrEP la receta un médico u otro proveedor médico.

E1. ¿Estás tomando una PrEP?

[Yes = skip to Section F]

- ☐ Sí
- ☐ No

E2. ¿Alguna vez has tomado una PrEP?

[No = skip to E4]

- ☐ Sí
- ☐ No

E3. ¿Piensas volver a tomar PrEP pronto? (las próximas una o dos semanas)

[Yes = skip to Section H; Otherwise skip to Section I]

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No estás seguro

E4. ¿Piensas empezar a tomar PrEP pronto? (las próximas una o dos semanas)

[Yes = skip to section G; Otherwise skip to Section J]

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No estás seguro

F. Uso actual de PrEP

F1. ¿De qué tipos de PrEP has oído hablar? (Elige todo lo que corresponda).

PrEP oral diaria	Una pastilla al día	Truvada®, Descovy®, emtricitabina/fumarato de disoproxilo de tenofovir, emtricitabina/ alafenamida de tenofovir	
PrEP oral intermitente	Una pastilla antes y después de tener relaciones sexuales. También conocida como PrEP 2-1-1, bajo	Truvada®, emtricitabina/tenofovir disoproxilo fumarato	

		demanda, intermitente o esporádica.		
	PrEP inyectable	Una inyección administrada por un médico u otro profesional de la salud.	Apretude®, cabotegravir	

- ☐ Otra (especificar): _____
- ☐ No contesta

F2. ¿Dónde obtuviste información sobre PrEP en los últimos seis meses? (Elige todo lo que corresponda).

- ☐ Médico, practicante u otro proveedor de atención médica
- ☐ Amigo o familiar
- ☐ Colegio
- ☐ Una persona con la que tuviste relaciones sexuales
- ☐ Una persona con la que consumiste drogas
- ☐ Consejero de VIH
- ☐ Televisión
- ☐ Noticias
- ☐ Medios sociales (especificar):
- ☐ Otro (especificar):
- ☐ No he obtenido información sobre PrEP en los últimos seis meses.
- ☐ No contesta

F3. Elige todos los tipos de PrEP de los que hayas hablado con tu médico o proveedor de atención médica:

	PrEP oral diaria	Una pastilla al día	Truvada®, Descovy®, emtricitabina/fumarato de disoproxilo de tenofovir, emtricitabina/ alafenamida de tenofovir	
	PrEP oral intermitente	Una pastilla antes y después de tener relaciones sexuales. También conocida como PrEP 2-1-1, bajo demanda, intermitente u ocasional	Truvada®, emtricitabina/tenofovir disoproxilo fumarato	
	PrEP inyectable	Una inyección administrada por un médico u otro profesional de la salud.	Apretude®, cabotegravir	

- ☐ Otra (especificar): _____
- ☐ No contesta

F4. ¿Qué tipo de PrEP estás tomando?

PrEP oral diaria	Una pastilla al día	Truvada®, Descovy®, emtricitabina/fumarato de disoproxilo de tenofovir, emtricitabina/ alafenamida de tenofovir	
PrEP oral intermitente	Una pastilla antes y después de tener relaciones sexuales. También conocida como PrEP 2-1-1, bajo demanda, intermitente u ocasional	Truvada®, emtricitabina/tenofovir disoproxilo fumarato	
PrEP inyectable	Una inyección administrada por un médico u otro profesional de la salud.	Apretude®, cabotegravir	

- ☐ Otra (especificar): _____
- ☐ No contesta

F5. ¿Cuándo empezaste a tomar este medicamento: [pull answer from F4]? Puede ser una fecha aproximada. Intenta aproximarte lo más posible.

- ☐ [Mes]
- ☐ [Año]
- ☐ No contesta

F6a. ¿Por qué estás tomando PrEP? (Elige todo lo que corresponda).

- ☐ Tengo relaciones sexuales o estoy pensando en tener relaciones sexuales con una persona que tiene VIH.
- ☐ Tengo relaciones sexuales o estoy pensando en tener relaciones sexuales con alguien y no sé si tiene VIH o no.
- ☐ Quiero tener control sobre mi salud sexual.
- ☐ Quiero sentir menos ansiedad en lo que se refiere al sexo.
- ☐ Quiero aumentar mi satisfacción sexual y en la intimidad.
- ☐ Quiero mejorar mi seguridad y mi salud.
- ☐ Quiero tener un mejor futuro.
- ☐ Tengo relaciones sexuales con varias personas.
- ☐ No siempre uso condones o no me gusta usarlos.

- ☐ La persona o personas con las que tengo relaciones sexuales no usan condones.
- ☐ He tenido un susto con VIH.
- ☐ Mi proveedor médico me lo recomendó.
- ☐ Me han diagnosticado una infección de transmisión sexual (STI)
- ☐ Muchas personas toman PrEP en mi comunidad.
- ☐ Otro, especificar:
- ☐ No contesta

[Selected multiple options=F6b, otherwise F7]

F6b. Pon en orden de importancia los motivos por los que usas PrEP, siendo el 1 el motivo más importante, el 2 el siguiente más importante y así sucesivamente.

- ☐ Lista por orden de importancia de [Answers from F6a]
- ☐ No contesta

F7. ¿Alguna vez has utilizado otro tipo de PrEP, un tipo de PrEP distinto al de ahora?

[Yes=F8, otherwise F24]

- ☐ No
- ☐ Sí
- ☐ No contesta

F8. ¿Qué otros tipos de PrEP has usado? Ordénalos por orden de uso (1 = el primer tipo de PrEP usado, 2 = el segundo tipo de PrEP usado, etc.).

PrEP oral diaria	Una pastilla al día	Truvada®, Descovy®, emtricitabina/fumarato de disoproxilo de tenofovir, emtricitabina/ alafenamida de tenofovir	
PrEP oral intermitente	Una pastilla antes y después de tener relaciones sexuales. También conocida como PrEP 2-1-1, bajo demanda, intermitente u ocasional	Truvada®, emtricitabina/tenofovir disoproxilo fumarato	
PrEP inyectable	Una inyección administrada por un médico u otro profesional de la salud.	Apretude®, cabotegravir	

- ☐ Otra (especificar): _____
- ☐ No contesta

[Questions F9- F17 pertain to the first PrEP method selected in F8]

F9. ¿Cuándo empezaste a tomar este medicamento: [pull answer #1 from F8]? Puede ser una fecha aproximada. Intenta aproximarte lo más posible.

[Mes]

[Año]

- ☐ No contesta

F10. ¿Cuándo dejaste de tomar este medicamento: [pull answer #1 from F8]? Puede ser una fecha aproximada. Intenta aproximarte lo más posible.

[Mes]

[Año]

- ☐ No contesta

F11. ¿Por qué cambiaste a otro tipo de PrEP después de [pull answer #1 from F8]? (Elige todo lo que corresponda).

- ☐ Recomendación de un médico u otro proveedor médico
- ☐ Recomendación de un amigo, pareja o familiar
- ☐ Costo
- ☐ Efectos secundarios
- ☐ Problemas con el seguro
- ☐ Más fácil de usar
- ☐ Más seguro
- ☐ Más eficaz en la prevención de infecciones de VIH
- ☐ Se requerían menos visitas al médico/laboratorio/farmacia
- ☐ El horario de dosis era más fácil de recordar
- ☐ Era menos probable que otras personas supieran que tomaba la PrEP
- ☐ Otro, especificar: _____
- ☐ No contesta

F12. Pon en orden de importancia los motivos por los que cambiaste de PrEP, siendo el 1 el motivo más importante, el 2 el siguiente más importante y así sucesivamente.

- ☐ Lista por orden de importancia de [Answers from F11]
- ☐ No contesta

[If >1 PrEP method selected in F8 = F18; Otherwise skip to F24].

F18. ¿Cuándo empezaste a tomar este medicamento: [pull answer #2 from F8]? Puede ser una fecha aproximada. Intenta aproximarte lo más posible.

[Mes]

[Año]

- ☐ No contesta

F19. ¿Cuándo dejaste de tomar este medicamento: [pull answer #2 from F8]? Puede ser una fecha aproximada. Intenta aproximarte lo más posible.

[Mes]

[Año]

- ☐ No contesta

F22. ¿Por qué cambiaste a otro tipo de PrEP después de [answer #2 from F9]? (Marcar todas las que correspondan)

- ☐ Recomendación de un médico u otro proveedor médico
- ☐ Recomendación de un amigo, pareja o familiar
- ☐ Costo
- ☐ Efectos secundarios
- ☐ Problemas con el seguro
- ☐ Más fácil de usar
- ☐ Más seguro
- ☐ Más eficaz en la prevención de infecciones de VIH
- ☐ Se requerían menos visitas al médico/laboratorio/farmacia
- ☐ El horario de dosis era más fácil de recordar
- ☐ Era menos probable que otras personas supieran que tomaba la PrEP
- ☐ Otro, especificar: _____
- ☐ No contesta

[Selected multiple options=F23, otherwise F24]

F23. Pon en orden de importancia los motivos por los cambiaste de PrEP, siendo el 1 el motivo más importante, el 2 el siguiente más importante y así sucesivamente.

- ☐ Lista por orden de importancia de [Answers from F22] [Skip to F24]
- ☐ No contesta

F24. ¿Cuál es tu grado de satisfacción con el tipo de PrEP que usas ahora?

- ☐ Satisfacción alta
- ☐ Satisfacción moderada
- ☐ Indiferente
- ☐ Satisfacción moderada
- ☐ Satisfacción muy baja
- ☐ No contesta

F25. ¿Piensas que la PrEP es eficaz en la prevención del VIH cuando se toma según lo indicado?

- ☐ Muy/completamente eficaz
- ☐ Algo eficaz
- ☐ Mínimamente eficaz
- ☐ Nada eficaz
- ☐ No contesta

F26. ¿Piensas que la PrEP ayuda a prevenir otras infecciones de transmisión sexual (STI), como la gonorrea o la clamidia?

- ☐ La PrEP para VIH no tiene efecto en otras STI.
- ☐ La PrEP para VIH ayuda a prevenir otras STI.
- ☐ No contesta

F27. ¿Piensas que tomar la PrEP hace que sea más probable o menos probable que uses condones?

- ☐ Bastante menos probable
- ☐ Algo menos probable
- ☐ No cambia
- ☐ Algo más probable
- ☐ Bastante más probable
- ☐ No contesta

F28. ¿Quién sabe que tomas la PrEP? (Marcar todas las que correspondan)

- ☐ Familiar(es)
- ☐ Amigo(s)
- ☐ Pareja(s)
- ☐ Pareja(s) sexual(es)
- ☐ Proveedor médico (aparte del proveedor de PrEP)
- ☐ Otros, especificar:
- ☐ Nadie
- ☐ No contesta

Ahora queremos hacerte unas preguntas relacionadas con tus experiencias y opiniones sobre la PrEP.

F29. Indica en qué medida estás de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones:

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	No contesta
Una persona en una relación romántica me ha rechazado por tomar PrEP.						
Un proveedor médico me ha juzgado negativamente por tomar PrEP.						
En mi comunidad me han culpado de diseminar el VIH a						

través del uso de la PrEP.						
Me han llamado promiscuo por tomar PrEP.						
Me han discriminado injustamente por tomar PrEP.						
Me han gritado o regañado por tomar PrEP.						
He experimentado violencia física por tomar PrEP.						

F30. Indica en qué medida estás de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones:

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	No contesta
Me preocupa que los demás piensen que me acuesto con mucha gente porque tomo PrEP.						
Me preocupa que los demás piensen que tengo VIH porque tomo PrEP.						
Me preocupa que los demás piensen que mi pareja o parejas tienen VIH porque tomo PrEP.						
Me preocupa mencionar que estoy tomando la PrEP durante mis citas médicas.						
Me avergüenza decirles a otros que estoy tomando la PrEP.						

Me preocupa que los demás piensen que soy mala persona porque tomo PrEP.						
Me preocupa que los demás piensen que soy gay porque tomo PrEP.						
Me preocupa que mis amigos descubran que estoy tomando la PrEP.						
Me preocupa que mi familia descubra que estoy tomando la PrEP.						
Me preocupa que mis parejas sexuales descubran que estoy tomando la PrEP.						
Pienso que la gente reaccionaría mal si les digo que estoy tomando la PrEP.						
Pienso que los demás me juzgarían porque tomo la PrEP.						

[Skip to Section K]

G. Receta nueva de PrEP

G1. Antes de hoy, ¿habías oído hablar de la PrEP para reducir el riesgo de infección de VIH?

[YES = G2, otherwise G4]

- ☐ No
- ☐ Sí
- ☐ No contesta

G2. ¿De qué tipos de PrEP has oído hablar? (Elige todo lo que corresponda).

PrEP oral diaria	Una pastilla al día	Truvada®, Descovy®, emtricitabina/fumarato de disoproxilo de tenofovir, emtricitabina/ alafenamida de tenofovir	
PrEP oral intermitente	Una pastilla antes y después de tener relaciones sexuales. También conocida como PrEP 2-1-1, bajo demanda, intermitente u ocasional	Truvada®, emtricitabina/tenofovir disoproxilo fumarato	
PrEP inyectable	Una inyección administrada por un médico u otro profesional de la salud.	Apretude®, cabotegravir	

- ☐ Otra (especificar): _____
- ☐ No conocía ninguna de estas opciones de PrEP.
- ☐ No contesta

G3. ¿Dónde obtuviste información sobre PrEP en los últimos seis meses? (Elige todo lo que corresponda).

- ☐ Médico, practicante y otro proveedor de atención médica
- ☐ Amigo o familiar
- ☐ Colegio
- ☐ Una persona con la que tuviste relaciones sexuales
- ☐ Una persona con la que consumiste drogas
- ☐ Consejero de VIH
- ☐ Televisión
- ☐ Noticias
- ☐ Medios sociales (especificar): _____
- ☐ Otro (Especificar): _____
- ☐ No he obtenido información sobre PrEP en los últimos seis meses.
- ☐ No contesta

G4. Elige todos los tipos de PrEP de los que hayas hablado con tu médico o proveedor de atención médica:

PrEP oral diaria	Una pastilla al día	Truvada®, Descovy®, emtricitabina/fumarato de disoproxilo de tenofovir, emtricitabina/ alafenamida de tenofovir	
------------------	---------------------	---	---

PrEP oral intermitente	Una pastilla antes y después de tener relaciones sexuales. También conocida como PrEP 2-1-1, bajo demanda, intermitente u ocasional	Truvada®, emtricitabina/tenofovir disoproxilo fumarato	
PrEP inyectable	Una inyección administrada por un médico u otro profesional de la salud.	Apretude®, cabotegravir	

- ☐ Otra (especificar): _____
- ☐ No contesta

G5. ¿Qué tipo de PrEP piensas empezar a tomar?

PrEP oral diaria	Una pastilla al día	Truvada®, Descovy®, emtricitabina/fumarato de disoproxilo de tenofovir, emtricitabina/ alafenamida de tenofovir	
PrEP oral intermitente	Una pastilla antes y después de tener relaciones sexuales. También conocida como PrEP 2-1-1, bajo demanda, intermitente u ocasional	Truvada®, emtricitabina/tenofovir disoproxilo fumarato	
PrEP inyectable	Una inyección administrada por un médico u otro profesional de la salud.	Apretude®, cabotegravir	

- ☐ Otro (especificar): _____
- ☐ No contesta

G6. ¿Cuándo piensas empezar a tomar la PrEP? Puede ser una fecha aproximada. Intenta aproximarte lo más posible.

[Mes]

[Año]

- ☐ No contesta

G7. ¿Por qué decidiste empezar a tomar la PrEP? (Elige todo lo que corresponda).

- ☐ Tengo relaciones sexuales o estoy pensando en tener relaciones sexuales con una persona que tiene VIH.
- ☐ Tengo relaciones sexuales o estoy pensando en tener relaciones sexuales con alguien y no sé si tiene VIH o no.
- ☐ Quiero tener control sobre mi salud sexual.
- ☐ Quiero sentir menos ansiedad en lo que se refiere al sexo.
- ☐ Quiero aumentar mi satisfacción sexual y en la intimidad.
- ☐ Quiero sentir mayor seguridad y mejor salud.
- ☐ Quiero tener un mejor futuro.
- ☐ Tengo relaciones sexuales con varias personas.
- ☐ No siempre uso condones o no me gusta usarlos.
- ☐ Mi pareja no usa condones.
- ☐ He tenido un susto con VIH.
- ☐ Mi proveedor médico me lo recomendó.
- ☐ Me han diagnosticado una infección de transmisión sexual (STI)
- ☐ Muchas personas toman PrEP en mi comunidad.
- ☐ Otro, especificar:
- ☐ No contesta

[Selected multiple options=G8, otherwise G9]

G8. Pon en orden de importancia los motivos por los que empezaste a usar la PrEP, siendo el 1 el motivo más importante, el 2 el siguiente más importante y así sucesivamente.

- ☐ Lista por orden de importancia de [Answers from G7]

G9. ¿Piensas que la PrEP es eficaz en la prevención del VIH cuando se toma según lo indicado?

- ☐ Muy/completamente eficaz
- ☐ Algo eficaz
- ☐ Mínimamente eficaz
- ☐ Nada eficaz
- ☐ No contesta

G10. ¿Piensas que la PrEP ayuda a prevenir otras infecciones de transmisión sexual (STI), como la gonorrea o la clamidia?

- ☐ La PrEP para VIH no tiene efecto en otras STI.
- ☐ La PrEP para VIH ayuda a prevenir en otras STI.
- ☐ No contesta

G11. ¿Piensas que tomar la PrEP hará que sea más probable o menos probable que uses condones?

- ☐ Bastante menos probable
- ☐ Algo menos probable
- ☐ No cambia
- ☐ Algo más probable
- ☐ Bastante más probable
- ☐ No contesta

G12. ¿Quién sabe que vas a empezar a tomar la PrEP? (Marcar todas las que correspondan)

- ☐ Familiar(es)
- ☐ Amigo(s)
- ☐ Pareja(s)
- ☐ Pareja(s) sexual(es)
- ☐ Proveedor médico (aparte del proveedor de PrEP)
- ☐ Otros, especificar:
- ☐ Nadie
- ☐ No contesta

Ahora queremos hacerte unas preguntas relacionadas con tus opiniones sobre empezar a tomar la PrEP.

G13. Indica en qué medida estás de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones:

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	No contesta
Me preocupa que piensen que me acuesto con mucha gente porque tomo PrEP.						
Me preocupa que la gente piense que tengo VIH porque tomo PrEP.						
Me preocupa que la gente piense que mi pareja(s) tienen VIH porque tomo PrEP.						
Me preocupa mencionar que estoy tomando la						

PrEP durante mis citas médicas.						
Me avergüenza decirles a otros que estoy tomando la PrEP.						
Me preocupa que la gente piense que soy mala persona porque tomo PrEP.						
Me preocupa que la gente piense que soy gay porque tomo PrEP.						
Me preocupa que mis amigos descubran que estoy tomando la PrEP.						
Me preocupa que mi familia descubra que estoy tomando la PrEP.						
Me preocupa que mis parejas sexuales descubran que estoy tomando la PrEP.						
Pienso que la gente reaccionará mal si les digo que estoy tomando la PrEP.						
Pienso que los demás me juzgarían porque tomo la PrEP.						

[Skip to Section K]

H. Volver a tomar la PrEP

H1. ¿De qué tipos de PrEP has oído hablar? (Elige todo lo que corresponda).

PrEP oral diaria	Una pastilla al día	Truvada®, Descovy®, emtricitabina/fumarato de disoproxilo de tenofovir, emtricitabina/ alafenamida de tenofovir	
PrEP oral intermitente	Una pastilla antes y después de tener relaciones sexuales. También conocida como PrEP 2-1-1, bajo demanda, intermitente u ocasional	Truvada®, emtricitabina/tenofovir disoproxilo fumarato	
PrEP inyectable	Una inyección administrada por un médico u otro profesional de la salud.	Apretude®, cabotegravir	

- ☐ Otra (especificar): _____
- ☐ No contesta

H2. ¿Dónde obtuviste información sobre PrEP en los últimos seis meses? (Elige todo lo que corresponda).

- ☐ Médico, enfermera practicante u otro proveedor de atención médica
- ☐ Amigo o familiar
- ☐ Colegio
- ☐ Una persona con la que tuviste relaciones sexuales
- ☐ Una persona con la que consumiste drogas
- ☐ Consejero de VIH
- ☐ Televisión
- ☐ Noticias
- ☐ Medios sociales (especificar): _____
- ☐ Otro (Especificar): _____
- ☐ No he obtenido información sobre PrEP en los últimos seis meses.
- ☐ No contesta

H3. Elige todos los tipos de PrEP de los que hayas hablado con tu médico o proveedor de atención médica:

PrEP oral diaria	Una pastilla al día	Truvada®, Descovy®, emtricitabina/fumarato de disoproxilo de tenofovir, emtricitabina/ alafenamida de tenofovir	
------------------	---------------------	---	---

PrEP oral intermitente	Una pastilla antes y después de tener relaciones sexuales. También conocida como PrEP 2-1-1, bajo demanda, intermitente u ocasional	Truvada®, emtricitabina/tenofovir disoproxilo fumarato	
PrEP inyectable	Una inyección administrada por un médico u otro profesional de la salud.	Apretude®, cabotegravir	

- ☐ Otra (especificar): _____
- ☐ No contesta

H4. ¿Qué tipos de PrEP has usado en el pasado? Ordénalos por orden de uso (1 = el primer tipo de PrEP usado, 2 = el segundo tipo de PrEP usado, etc.).

PrEP oral diaria	Una pastilla al día	Truvada®, Descovy®, emtricitabina/fumarato de disoproxilo de tenofovir, emtricitabina/ alafenamida de tenofovir	
PrEP oral intermitente	Una pastilla antes y después de tener relaciones sexuales. También conocida como PrEP 2-1-1, bajo demanda, intermitente u ocasional	Truvada®, emtricitabina/tenofovir disoproxilo fumarato	
PrEP inyectable	Una inyección administrada por un médico u otro profesional de la salud.	Apretude®, cabotegravir	

- ☐ Otra (especificar): _____
- ☐ No contesta

H5. ¿Cuándo empezaste a tomar este medicamento: [pull answer #1 from H1]? Puede ser una fecha aproximada. Intenta aproximarte lo más posible.
[Mes]

[Año]

- ☐ No contesta

H6. ¿Cuándo dejaste de tomar este medicamento: [pull answer #1 from H1]? Puede ser una fecha aproximada. Intenta aproximarte lo más posible.

[Mes]

[Año]

- ☐ No contesta

H7. ¿Por qué dejaste de tomar este medicamento, [pull answer #1 from H1]? (Elige todo lo que corresponda).

- ☐ No podía pagarlo.
- ☐ Pensé que ya no tenía riesgo de contraer VIH.
- ☐ Mi seguro no lo cubría o perdí el seguro.
- ☐ No quería seguir tomando una pastilla todos los días.
- ☐ Mis padres o tutores lo descubrieron y me obligaron a dejar de tomarlo.
- ☐ Se me olvidaba tomarme la pastilla.
- ☐ Tenía problemas para ir a las visitas de seguimiento.
- ☐ Tuve problemas para conseguir la PrEP o con la farmacia.
- ☐ Tuve efectos secundarios.
- ☐ Otros reaccionaron negativamente cuando supieron que estaba tomando la PrEP.
- ☐ Me preocupaban los efectos a largo plazo en mi salud de la PrEP.
- ☐ Tenía un problema médico que hacía que fuera peligroso seguir tomando la PrEP.
- ☐ Empecé a usar condones todo el tiempo.
- ☐ No podía tomarme el medicamento (sabía mal, la pastilla era demasiado grande)
- ☐ Otro, especificar: _____
- ☐ No contesta

H8. Pon en orden de importancia los motivos por los que dejaste de tomar la PrEP, siendo el 1 el motivo más importante, el 2 el siguiente más importante y así sucesivamente.

- ☐ Lista por orden de importancia de [Answers from H7]
- ☐ No contesta

[If multiple options selected in H4 = Repeat question series H5-H8 for all selections; otherwise H9]

H9. ¿Hablaste con tu médico o proveedor médico antes de dejar de tomar la PrEP?

- ☐ No
- ☐ Sí
- ☐ No contesta

H10. Elige las opciones que describan tu conducta sexual después de dejar de tomar la PrEP. (Elige todo lo que corresponda).

- ☐ No tuve relaciones sexuales después de dejar de tomar la PrEP. [Skip to H10]
- ☐ Tuve sexo oral después de dejar de tomar la PrEP.
- ☐ Tuve sexo anal después de dejar de tomar la PrEP.
- ☐ Tuve sexo vaginal después de dejar de tomar la PrEP (pusiste tu pene en una vagina o neovagina).
- ☐ No contesta

H11. Elige las opciones que describan tu uso de condones después de dejar de tomar la PrEP. (Elige todo lo que corresponda).

- ☐ Usé un condón siempre que tuve contacto sexual después de dejar de tomar la PrEP.
- ☐ Usé un condón casi siempre que tuve contacto sexual después de dejar de tomar la PrEP.
- ☐ Usé un condón durante algunos contactos sexuales después de dejar de tomar la PrEP.
- ☐ Nunca usé condones después de dejar de tomar la PrEP.
- ☐ No contesta

H12. ¿Qué tipo de PrEP piensas empezar a tomar?

PrEP oral diaria	Una pastilla al día	Truvada®, Descovy®, emtricitabina/fumarato de disoproxilo de tenofovir, emtricitabina/ alafenamida de tenofovir	
PrEP oral intermitente	Una pastilla antes y después de tener relaciones sexuales. También conocida como PrEP 2-1-1, bajo demanda, intermitente u ocasional	Truvada®, emtricitabina/tenofovir disoproxilo fumarato	
PrEP inyectable	Una inyección administrada por un médico u otro profesional de la salud.	Apretude®, cabotegravir	

- ☐ Otra (especificar): _____
- ☐ No contesta

H13. ¿Cuándo piensas volver a tomar la PrEP? Puede ser una fecha aproximada. Intenta aproximarte lo más posible.

[Mes]

[Año]

- ☐ No contesta

H14. ¿Por qué decidiste volver a tomar la PrEP? (Elige todo lo que corresponda).

- ☐ Tengo relaciones sexuales o estoy pensando en tener relaciones sexuales con una persona que tiene VIH.
- ☐ Tengo relaciones sexuales o estoy pensando en tener relaciones sexuales con alguien y no sé si tiene VIH o no.
- ☐ Quiero tener control sobre mi salud sexual.
- ☐ Quiero sentir menos ansiedad en lo que se refiere al sexo.
- ☐ Quiero aumentar mi satisfacción sexual y en la intimidad.
- ☐ Quiero sentir mayor seguridad y mejor salud.
- ☐ Quiero tener un mejor futuro.
- ☐ Tengo relaciones sexuales con varias personas.
- ☐ No siempre uso condones o no me gusta usarlos.
- ☐ Mi pareja no usa condones.
- ☐ He tenido un susto con VIH.
- ☐ Mi proveedor médico me lo recomendó.
- ☐ Me han diagnosticado una infección de transmisión sexual (STI)
- ☐ Muchas personas toman PrEP en mi comunidad.
- ☐ Otro, especificar:
- ☐ No contesta

[Selected multiple options=H15, otherwise H16]

H15. Pon en orden de importancia los motivos por los que quieres volver a tomar la PrEP, siendo el 1 el motivo más importante, el 2 el siguiente más importante y así sucesivamente.

- ☐ Lista por orden de importancia de [Answers from H14]
- ☐ No contesta

H16. ¿Quién sabe que quieres volver a tomar la PrEP? (Marcar todas las que correspondan)

- ☐ Familiar(es)
- ☐ Amigo(s)
- ☐ Pareja(s)
- ☐ Pareja(s) sexual(es)
- ☐ Proveedor médico (aparte del proveedor de PrEP)
- ☐ Otros, especificar:
- ☐ Nadie
- ☐ No contesta

H17. ¿Piensas que la PrEP es eficaz en la prevención del VIH cuando se toma según lo indicado?

- ☐ Muy/completamente eficaz
- ☐ Algo eficaz

- ☐ Mínimamente eficaz
- ☐ Nada eficaz
- ☐ No contesta

H18. ¿Piensas que la PrEP ayuda a prevenir otras infecciones de transmisión sexual (STI), como la gonorrea o la clamidia?

- ☐ La PrEP para VIH no tiene efecto en otras STI.
- ☐ La PrEP para VIH ayuda a prevenir en otras STI.
- ☐ No contesta

H19. ¿Piensas que volver a tomar la PrEP hará que sea más probable o menos probable que uses condones?

- ☐ Bastante menos probable
- ☐ Algo menos probable
- ☐ No cambia
- ☐ Algo más probable
- ☐ Bastante más probable
- ☐ No contesta

Ahora queremos hacerte unas preguntas relacionadas con tus opiniones sobre la PrEP que tomabas antes.

H20. Indica en qué medida estás de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones:

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	No contesta
Me ha rechazado una persona en una relación romántica por tomar PrEP.						
Un proveedor médico me ha juzgado negativamente por tomar PrEP.						
En mi comunidad me han culpado de diseminar el VIH a través del uso de la PrEP.						
Me han llamado promiscuo por tomar PrEP.						

Me han discriminado injustamente por tomar PrEP.						
Me han gritado o regañado por tomar PrEP.						
He experimentado violencia física por tomar PrEP.						

Ahora queremos hacerte unas preguntas relacionadas con tus opiniones sobre volver a tomar la PrEP.

H21. Indica en qué medida estás de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones:

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	No contesta
Me preocupa que piensen que me acuesto con mucha gente porque tomo PrEP.						
Me preocupa que la gente piense que tengo VIH porque tomo PrEP.						
Me preocupa que la gente piense que mi pareja(s) tienen VIH porque tomo PrEP.						
Me preocupa mencionar que estoy tomando la PrEP durante mis citas médicas.						
Me avergüenza decirles a otros que estoy tomando la PrEP.						
Me preocupa que la gente piense que soy mala persona porque tomo PrEP.						
Me preocupa que la gente piense que soy gay porque tomo PrEP.						
Me preocupa que mis amigos descubran que estoy tomando la PrEP.						
Me preocupa que mi familia descubra						

que estoy tomando la PrEP.						
Me preocupa que mis parejas sexuales descubran que estoy tomando la PrEP.						
Pienso que la gente reaccionará mal si les digo que estoy tomando la PrEP.						
Pienso que los demás me juzgarían porque tomo la PrEP.						

I. Usuarios previos de la PrEP: no vas a volver a tomarla/no estás seguro

I1. ¿De qué tipos de PrEP has oído hablar? (Elige todo lo que corresponda).

PrEP oral diaria	Una pastilla al día	Truvada®, Descovy®, emtricitabina/fumarato de disoproxilo de tenofovir, emtricitabina/ alafenamida de tenofovir	
PrEP oral intermitente	Una pastilla antes y después de tener relaciones sexuales. También conocida como PrEP 2-1-1, bajo demanda, intermitente u ocasional	Truvada®, emtricitabina/tenofovir disoproxilo fumarato	
PrEP inyectable	Una inyección administrada por un médico u otro profesional de la salud.	Apretude®, cabotegravir	

- ☐ Otra (especificar): _____
- ☐ No contesta

12. ¿Dónde obtuviste información sobre PrEP en los últimos seis meses? (Elige todo lo que corresponda).

- ☐ Médico, practicante y otro proveedor de atención médica
- ☐ Amigo o familiar
- ☐ Colegio
- ☐ Una persona con la que tuviste relaciones sexuales
- ☐ Una persona con la que consumiste drogas
- ☐ Consejero de VIH
- ☐ Televisión
- ☐ Noticias
- ☐ Medios sociales (especificar):
- ☐ Otro (Especificar):
- ☐ No he obtenido información sobre PrEP en los últimos seis meses.
- ☐ No contesta

13. Elige todos los tipos de PrEP de los que hayas hablado con tu médico o proveedor de atención médica:

PrEP oral diaria	Una pastilla al día	Truvada®, Descovy®, emtricitabina/fumarato de disoproxilo de tenofovir, emtricitabina/ alafenamida de tenofovir	
PrEP oral intermitente	Una pastilla antes y después de tener relaciones sexuales. También conocida como PrEP 2-1-1, bajo demanda, intermitente u ocasional	Truvada®, emtricitabina/tenofovir disoproxilo fumarato	
PrEP inyectable	Una inyección administrada por un médico u otro profesional de la salud.	Apretude®, cabotegravir	

- ☐ Otra (especificar): _____
- ☐ No contesta

14. ¿Qué tipos de PrEP has usado en el pasado? Ordénalos por orden de uso (1 = el primer tipo de PrEP usado, 2 = el segundo tipo de PrEP usado, etc.).

	PrEP oral diaria	Una pastilla al día	Truvada®, Descovy®, emtricitabina/fumarato de disoproxilo de tenofovir, emtricitabina/ alafenamida de tenofovir	
	PrEP oral intermitente	Una pastilla antes y después de tener relaciones sexuales. También conocida como PrEP 2-1-1, bajo demanda, intermitente u ocasional	Truvada®, emtricitabina/tenofovir disoproxilo fumarato	
	PrEP inyectable	Una inyección administrada por un médico u otro profesional de la salud.	Apretude®, cabotegravir	

- ☐ Otra (especificar): _____
- ☐ No contesta

15. ¿Cuándo empezaste a tomar este medicamento: [pull answer #1 from H1]? Puede ser una fecha aproximada. Intenta aproximarte lo más posible.

[Mes]

[Año]

- ☐ No contesta

16. ¿Cuándo dejaste de tomar este medicamento: [pull answer #1 from H1]? Puede ser una fecha aproximada. Intenta aproximarte lo más posible.

[Mes]

[Año]

- ☐ No contesta

17. ¿Por qué dejaste de tomar este medicamento, [pull answer #1 from H1]? (Elige todo lo que corresponda).

- ☐ No podía pagarlo.
- ☐ Pensé que ya no tenía riesgo de contraer VIH.
- ☐ Mi seguro no lo cubría o perdí el seguro.
- ☐ No quería seguir tomando una pastilla todos los días.
- ☐ Mis padres o tutores lo descubrieron y me obligaron a dejar de tomarlo.
- ☐ Se me olvidaba tomarme la pastilla.
- ☐ Tenía problemas para ir a las visitas de seguimiento.
- ☐ Tuve problemas para conseguir la PrEP o con la farmacia.

- ☐ Tuve efectos secundarios.
- ☐ Otros reaccionaron negativamente cuando supieron que estaba tomando la PrEP.
- ☐ Me preocupaban los efectos a largo plazo en mi salud de la PrEP.
- ☐ Tenía un problema médico que hacía que fuera peligroso seguir tomando la PrEP.
- ☐ Empecé a usar condones todo el tiempo.
- ☐ No podía tomarme el medicamento (sabía mal, la pastilla era demasiado grande)
- ☐ Otro, especificar: _____
- ☐ No contesta

I8. Pon en orden de importancia los motivos por los que cambiaste de PrEP, siendo el 1 el motivo más importante, el 2 el siguiente más importante y así sucesivamente.

- ☐ Lista por orden de importancia de [Answers from I7]
- ☐ No contesta

[If multiple options selected in I4 = Repeat question series I5-I8 for all selections; otherwise I9]

I9. ¿Hablaste con tu médico o proveedor médico antes de dejar de tomar la PrEP?

- ☐ No
- ☐ Sí
- ☐ No contesta

I10. Elige las opciones que describan tu conducta sexual después de dejar de tomar la PrEP. (Elige todo lo que corresponda).

- ☐ No tuve relaciones sexuales después de dejar de tomar la PrEP. [Skip to I10]
- ☐ Tuve sexo oral después de dejar de tomar la PrEP
- ☐ Tuve sexo anal después de dejar de tomar la PrEP
- ☐ Tuve sexo vaginal después de dejar de tomar la PrEP (pusiste tu pene en una vagina).
- ☐ No contesta

I11. Elige las opciones que describan tu uso de condones después de dejar de tomar la PrEP. (Elige todo lo que corresponda).

- ☐ Usé un condón siempre que tuve contacto sexual después de dejar de tomar la PrEP.
- ☐ Usé un condón casi siempre que tuve contacto sexual después de dejar de tomar la PrEP.
- ☐ Usé un condón durante algunos contactos sexuales después de dejar de tomar la PrEP.
- ☐ Nunca usé condones después de dejar de tomar la PrEP.
- ☐ No contesta

[If E3=No, skip to I19]

I12. ¿Qué tipo de PrEP estás pensando en empezar a tomar? [una respuesta]

PrEP oral diaria	Una pastilla al día	Truvada®, Descovy®, emtricitabina/fumarato de disoproxilo de tenofovir, emtricitabina/ alafenamida de tenofovir	
PrEP oral intermitente	Una pastilla antes y después de tener relaciones sexuales. También conocida como PrEP 2-1-1, bajo demanda, intermitente u ocasional	Truvada®, emtricitabina/tenofovir disoproxilo fumarato	
PrEP inyectable	Una inyección administrada por un médico u otro profesional de la salud.	Apretude®, cabotegravir	

- ☐ Otra (especificar): _____
- ☐ No contesta

I13. ¿Cuándo piensas que puedes empezar a volver a tomar la PrEP? Puede ser una fecha aproximada. Intenta aproximarte lo más posible.

- ☐ [Mes]
- ☐ [Año]
- ☐ No contesta

I14. ¿Por qué estás pensando en volver a tomar la PrEP? (Elige todo lo que corresponda).

- ☐ Tengo relaciones sexuales o estoy pensando en tener relaciones sexuales con una persona que tiene VIH.
- ☐ Tengo relaciones sexuales o estoy pensando en tener relaciones sexuales con alguien y no sé si tiene VIH o no.
- ☐ Quiero tener control sobre mi salud sexual.
- ☐ Quiero sentir menos ansiedad en lo que se refiere al sexo.
- ☐ Quiero aumentar mi satisfacción sexual y en la intimidad.
- ☐ Quiero sentir mayor seguridad y mejor salud.
- ☐ Quiero tener un mejor futuro.
- ☐ Tengo relaciones sexuales con varias personas.
- ☐ No siempre uso condones o no me gusta usarlos.
- ☐ Mi pareja no usa condones.
- ☐ He tenido un susto con VIH.
- ☐ Mi proveedor médico me lo recomendó.
- ☐ Me han diagnosticado una infección de transmisión sexual (STI)
- ☐ Muchas personas toman PrEP en mi comunidad.
- ☐ Otro, especificar:

- ☐ No contesta

[Selected multiple options=I15, otherwise I16]

I15. Pon en orden de importancia los motivos por los que estás pensando en volver a tomar la PrEP, siendo el 1 el motivo más importante, el 2 el siguiente más importante y así sucesivamente.

- ☐ Lista por orden de importancia de [Answers from I14]
- ☐ No contesta

I16. ¿Quién sabe que estás pensando en volver a tomar la PrEP? (Marcar todas las que correspondan)

- ☐ Familiar(es)
- ☐ Amigo(s)
- ☐ Pareja(s)
- ☐ Pareja(s) sexual(es)
- ☐ Proveedor médico (aparte del proveedor de PrEP)
- ☐ Otros, especificar:
- ☐ Nadie
- ☐ No contesta

I17. ¿Por qué tienes dudas sobre volver a tomar la PrEP? Seleccionar todo lo que corresponda.

- ☐ Me preocupan los posibles efectos secundarios.
- ☐ No sé si quiero usar este tipo de PrEP [pipe in type from I12]
- ☐ No tengo riesgo de VIH.
- ☐ Puede que mi seguro no lo cubra o perdí el seguro.
- ☐ No quiero que mis padres o tutores se enteren de que tomo una PrEP.
- ☐ Me sería difícil llegar a las citas de seguimiento.
- ☐ Otros podrían reaccionar negativamente cuando supieran que estoy tomando la PrEP.
- ☐ Uso condones todo el tiempo.
- ☐ Otro, especificar: _____
- ☐ No contesta

I18. Pon en orden de importancia los motivos por los que tienes dudas sobre volver a tomar la PrEP, siendo el 1 el motivo más importante, el 2 el siguiente más importante y así sucesivamente.

- ☐ Lista por orden de importancia de [Answers from I17]
- ☐ No contesta

[Only if E3=No; otherwise skip to I21]

I19. ¿Por qué no piensas volver a tomar la PrEP por el momento? Seleccionar todo lo que corresponda.

- ☐ No puedo pagarlo.
- ☐ No tengo riesgo de VIH.
- ☐ Puede que mi seguro no lo cubra o perdí el seguro.
- ☐ No quiero tomar una pastilla todos los días.
- ☐ Mis padres o tutores se enterarían.
- ☐ No me acordaría de tomar la pastilla.
- ☐ Tendría problemas para ir a las visitas de seguimiento.
- ☐ Tendría problemas para conseguir la PrEP o con la farmacia.
- ☐ Me preocupan los efectos secundarios.
- ☐ Otros podrían reaccionar negativamente cuando supieran que estoy tomando la PrEP.
- ☐ Me preocupan los efectos a largo plazo en mi salud de la PrEP.
- ☐ Tengo un problema médico que hace que sea peligroso seguir tomando la PrEP.
- ☐ Uso condones todo el tiempo.
- ☐ Otro, especificar: _____
- ☐ No contesta

I20. Pon en orden de importancia los motivos por los que no piensas volver a tomar la PrEP, siendo el 1 el motivo más importante, el 2 el siguiente más importante y así sucesivamente.

- ☐ Lista por orden de importancia de [Answers from I19]
- ☐ No contesta

I21. ¿Qué te podría motivar a volver a tomar la PrEP? Seleccionar todo lo que corresponda.

- ☐ Tener relaciones sexuales con alguien que tiene VIH.
- ☐ No saber si la persona con la que tiene relaciones sexuales tiene VIH.
- ☐ Tener relaciones sexuales con varias personas.
- ☐ No usar condones con regularidad o si tu pareja o parejas no quieren usarlos.
- ☐ Tener más información sobre la seguridad de [pipe in PrEP modality from I12]
- ☐ Tener más información sobre la eficacia de [pipe in PrEP modality from I12]
- ☐ Más personas en tu comunidad empiezan a tomar una PrEP.
- ☐ Que fuera más fácil ir a las visitas de seguimiento.
- ☐ Menos citas/pruebas de laboratorio de seguimiento.
- ☐ Tener mejor seguro médico.
- ☐ Apoyo de mi familia o amigos.
- ☐ Apoyo de los proveedores médicos.
- ☐ Apoyo de mi pareja(s)
- ☐ Otro, especificar: _____
- ☐ No contesta

I22. Pon en orden de importancia las cosas que podrían motivarte a volver a tomar la PrEP, siendo el 1 el motivo más importante, el 2 el siguiente más importante y así sucesivamente.

- ☐ Lista por orden de importancia de [Answers from I21]

☐ No contesta

Ahora queremos hacerte unas preguntas relacionadas con tus opiniones sobre la PrEP que tomabas antes.

I22. Indica en qué medida estás de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones:

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	No contesta
Me ha rechazado una persona en una relación romántica por tomar PrEP.						
Un proveedor médico me ha juzgado negativamente por tomar PrEP.						
En mi comunidad me han culpado de diseminar el VIH a través del uso de la PrEP.						
Me han llamado promiscuo por tomar PrEP.						
Me han discriminado injustamente por tomar PrEP.						
Me han gritado o regañado por tomar PrEP.						
He experimentado violencia física por tomar PrEP.						

Ahora queremos hacerte unas preguntas relacionadas con tus opiniones sobre volver a tomar la PrEP.

I23. Indica en qué medida estás de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones:

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	No contesta
Me preocupa que piensen que me acuesto con mucha gente porque tomo PrEP.						
Me preocupa que la gente piense que tengo VIH porque tomo PrEP.						
Me preocupa que la gente piense que mi pareja(s) tienen VIH porque tomo PrEP.						
Me preocupa mencionar que estoy tomando la PrEP durante mis citas médicas.						
Me avergüenza decirles a otros que estoy tomando la PrEP.						
Me preocupa que la gente piense que soy mala persona porque tomo PrEP.						
Me preocupa que la gente piense que soy gay porque tomo PrEP.						
Me preocupa que mis amigos descubran que estoy tomando la PrEP.						

Me preocupa que mi familia descubra que estoy tomando la PrEP.						
--	--	--	--	--	--	--

Me preocupa que mis parejas sexuales descubran que estoy tomando la PrEP.						
Pienso que la gente reaccionará mal si les digo que estoy tomando la PrEP.						
Pienso que los demás me juzgarían porque tomo la PrEP.						

I24. ¿Piensas que la PrEP es eficaz en la prevención del VIH cuando se toma según lo indicado?

- ☐ Muy/completamente eficaz
- ☐ Algo eficaz
- ☐ Mínimamente eficaz
- ☐ Nada eficaz
- ☐ No contesta

I25. ¿Piensas que la PrEP ayuda a prevenir otras infecciones de transmisión sexual (STI), como el herpes?

- ☐ La PrEP para VIH no tiene efecto en otras STI.
- ☐ La PrEP para VIH ayuda a prevenir otras STI.
- ☐ No contesta

I26. ¿Piensas que volver a tomar la PrEP hará que sea más probable o menos probable que uses condones?

- ☐ Bastante menos probable
- ☐ Algo menos probable
- ☐ No cambia
- ☐ Algo más probable
- ☐ Bastante más probable
- ☐ No contesta

J. Nunca he usado PrEP: no voy a empezar/tienes dudas

J1. Antes de hoy, ¿habías oído hablar de la PrEP para reducir el riesgo de infección de VIH?

[YES = J2, otherwise J4]

- ☐ No

- ☐ Sí
- ☐ No contesta

J2. ¿De qué tipos de PrEP has oído hablar? (Elige todo lo que corresponda).

PrEP oral diaria	Una pastilla al día	Truvada®, Descovy®, emtricitabina/fumarato de disoproxilo de tenofovir, emtricitabina/ alafenamida de tenofovir	
PrEP oral intermitente	Una pastilla antes y después de tener relaciones sexuales. También conocida como PrEP 2-1-1, bajo demanda, intermitente u ocasional	Truvada®, emtricitabina/tenofovir disoproxilo fumarato	
PrEP inyectable	Una inyección administrada por un médico u otro profesional de la salud.	Apretude®, cabotegravir	

- ☐ Otra (especificar): _____
- ☐ No contesta

J3. ¿Dónde obtuviste información sobre PrEP en los últimos seis meses? (Elige todo lo que corresponda).

- ☐ Médico, practicante y otro proveedor de atención médica
- ☐ Amigo o familiar
- ☐ Colegio
- ☐ Una persona con la que tuviste relaciones sexuales
- ☐ Una persona con la que consumiste drogas
- ☐ Consejero de VIH
- ☐ Televisión
- ☐ Noticias
- ☐ Medios sociales (especificar):
- ☐ Otro (Especificar):
- ☐ No he obtenido información sobre PrEP en los últimos seis meses.
- ☐ No contesta

J4. Elige todos los tipos de PrEP de los que hayas hablado con tu médico o proveedor de atención médica:

PrEP oral diaria	Una pastilla al día	Truvada®, Descovy®, emtricitabina/fumarato de disoproxilo de tenofovir, emtricitabina/ alafenamida de tenofovir	
PrEP oral intermitente	Una pastilla antes y después de tener relaciones sexuales. También conocida como PrEP 2-1-1, bajo demanda, intermitente u ocasional	Truvada®, emtricitabina/tenofovir disoproxilo fumarato	
PrEP inyectable	Una inyección administrada por un médico u otro profesional de la salud.	Apretude®, cabotegravir	

- ☐ Otra (especificar): _____
- ☐ No contesta

[Año]

- ☐ No contesta

[If E4=No, skip to J12]

J5. ¿Qué tipo de PrEP estás pensando en empezar a tomar?

PrEP oral diaria	Una pastilla al día	Truvada®, Descovy®, emtricitabina/fumarato de disoproxilo de tenofovir, emtricitabina/ alafenamida de tenofovir	
PrEP oral intermitente	Una pastilla antes y después de tener relaciones sexuales. También conocida como PrEP 2-1-1, bajo demanda, intermitente u ocasional	Truvada®, emtricitabina/tenofovir disoproxilo fumarato	
PrEP inyectable	Una inyección administrada por un médico u otro profesional de la salud.	Apretude®, cabotegravir	

- ☐ Otra (especificar): _____
- ☐ No contesta

J6. ¿Cuándo piensas empezar a tomar la PrEP? Puede ser una fecha aproximada. Intenta aproximarte lo más posible.

[Mes]

[Año]

- ☐ No contesta

J7. ¿Por qué estás pensando en empezar a tomar la PrEP? (Elige todo lo que corresponda).

- ☐ Tengo relaciones sexuales o estoy pensando en tener relaciones sexuales con una persona que tiene VIH.
- ☐ Tengo relaciones sexuales o estoy pensando en tener relaciones sexuales con alguien y no sé si tiene VIH o no.
- ☐ Quiero tener control sobre mi salud sexual.
- ☐ Quiero sentir menos ansiedad en lo que se refiere al sexo.
- ☐ Quiero aumentar mi satisfacción sexual y en la intimidad.
- ☐ Quiero sentir mayor seguridad y mejor salud.
- ☐ Quiero tener un mejor futuro.
- ☐ Tengo relaciones sexuales con varias personas.
- ☐ No siempre uso condones o no me gusta usarlos.
- ☐ Mi pareja no usa condones.
- ☐ He tenido un susto con VIH.
- ☐ Mi proveedor médico me lo recomendó.
- ☐ Me han diagnosticado una infección de transmisión sexual (STI)
- ☐ Muchas personas toman PrEP en mi comunidad.
- ☐ Otro, especificar:

- ☐ No contesta

[Selected multiple options=J8, otherwise J9]

J8. Pon en orden de importancia los motivos por los que estás pensando en empezar a tomar la PrEP, siendo el 1 el motivo más importante, el 2 el siguiente más importante y así sucesivamente.

- ☐ Lista por orden de importancia de [Answers from J7]
- ☐ No contesta

J9. ¿Quién sabe que estás pensando en empezar a tomar la PrEP? (Marcar todas las que correspondan)

- ☐ Familiar(es)
- ☐ Amigo(s)
- ☐ Pareja(s)
- ☐ Pareja(s) sexual(es)
- ☐ Proveedor médico (aparte del proveedor de PrEP)
- ☐ Otros, especificar:
- ☐ Nadie
- ☐ No contesta

J10. ¿Por qué tienes dudas sobre empezar a tomar la PrEP? Seleccionar todo lo que corresponda.

- ☐ Me preocupan los posibles efectos secundarios.
- ☐ No sé si quiero usar este tipo de PrEP [pipe in type from J4]
- ☐ No tengo riesgo de VIH.
- ☐ Puede que mi seguro no lo cubra o perdí el seguro.
- ☐ No quiero que mis padres o tutores se enteren de que tomo una PrEP.
- ☐ Me sería difícil llegar a las citas de seguimiento.
- ☐ Otros podrían reaccionar negativamente cuando supieran que estaba tomando la PrEP.
- ☐ Uso condones todo el tiempo.
- ☐ Otro, especificar: _____
- ☐ No contesta

J11. Pon en orden de importancia los motivos por los que tienes dudas sobre empezar a tomar la PrEP, siendo el 1 el motivo más importante, el 2 el siguiente más importante y así sucesivamente.

- ☐ Lista por orden de importancia de [Answers from J10]
- ☐ No contesta

[If E4=No; otherwise skip to J14]

J12. ¿Por qué no piensas empezar a tomar la PrEP por el momento? Seleccionar todo lo que corresponda.

- ☐ No puedo pagarlo.

- ☐ No tengo riesgo de VIH.
- ☐ Puede que mi seguro no lo cubra o perdí el seguro.
- ☐ No quiero tomar una pastilla todos los días.
- ☐ Mis padres o tutores se enterarían.
- ☐ No me acordaría de tomar la pastilla.
- ☐ Tendría problemas para ir a las visitas de seguimiento.
- ☐ Tendría problemas para conseguir la PrEP o con la farmacia.
- ☐ Me preocupan los efectos secundarios.
- ☐ Otros podrían reaccionar negativamente cuando supieran que estaba tomando la PrEP.
- ☐ Me preocupan los efectos a largo plazo en mi salud de la PrEP.
- ☐ Tengo un problema médico que hace que sea peligroso seguir tomando la PrEP.
- ☐ Uso condones todo el tiempo.
- ☐ Otro, especificar: _____
- ☐ No contesta

J13. Pon en orden de importancia los motivos por los que no piensas empezar a tomar la PrEP, siendo el 1 el motivo más importante, el 2 el siguiente más importante y así sucesivamente.

- ☐ Lista por orden de importancia de [Answers from J12]
- ☐ No contesta

J14. ¿Qué te podría motivar a empezar a tomar la PrEP? Seleccionar todo lo que corresponda.

- ☐ Tener relaciones sexuales con alguien que tiene VIH.
- ☐ No saber si la persona con la que tiene relaciones sexuales tiene VIH.
- ☐ Tener relaciones sexuales con varias personas.
- ☐ No usar condones con regularidad o si tu pareja o parejas no quieren usarlos.
- ☒ Tener más información sobre la seguridad de [pipe in PrEP modality from I12]
- ☐ Tener más información sobre la eficacia de [pipe in PrEP modality from I12]
- ☐ Más personas en tu comunidad empiezan a tomar una PrEP.
- ☐ Que fuera más fácil ir a las visitas de seguimiento.
- ☐ Menos citas/pruebas de laboratorio de seguimiento.
- ☐ Tener mejor seguro médico.
- ☐ Ayuda de mi familia o amigos.
- ☐ Apoyo de los proveedores médicos.
- ☐ Apoyo de mi pareja(s)
- ☐ Otro, especificar: _____
- ☐ No contesta

J15. Pon en orden de importancia las cosas que podrían motivarte a empezar a tomar la PrEP, siendo el 1 el motivo más importante, el 2 el siguiente más importante y así sucesivamente.

- ☐ Lista por orden de importancia de [Answers from J14]

o No contesta

Ahora queremos hacerte unas preguntas relacionadas con tus opiniones sobre empezar a tomar la PrEP.

J16. Indica en qué medida estás de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones:

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	No contesta
Me preocupa que piensen que me acuesto con mucha gente porque tomo PrEP.						
Me preocupa que la gente piense que tengo VIH porque tomo PrEP.						
Me preocupa que la gente piense que mi pareja(s) tienen VIH porque tomo PrEP.						
Me preocupa mencionar que estoy tomando la PrEP durante mis citas médicas.						
Me avergüenza decirles a otros que estoy tomando la PrEP.						
Me preocupa que la gente piense que soy mala persona porque tomo PrEP.						
Me preocupa que la gente piense que soy gay porque tomo PrEP.						

Me preocupa que mis amigos descubran que						
--	--	--	--	--	--	--

estoy tomando la PrEP.						
Me preocupa que mi familia descubra que estoy tomando la PrEP.						
Me preocupa que mis parejas sexuales descubran que estoy tomando la PrEP.						
Pienso que la gente reaccionará mal si les digo que estoy tomando la PrEP.						
Pienso que los demás me juzgarían porque tomo la PrEP.						

J17. ¿Piensas que la PrEP es eficaz en la prevención del VIH cuando se toma según lo indicado?

- ☐ Muy/completamente eficaz
- ☐ Algo eficaz
- ☐ Mínimamente eficaz
- ☐ Nada eficaz
- ☐ No contesta

J18. ¿Piensas que la PrEP ayuda a prevenir otras infecciones de transmisión sexual (STI), como el herpes?

- ☐ La PrEP para VIH no tiene efecto en otras STI.
- ☐ La PrEP para VIH ayuda a prevenir en otras STI.
- ☐ No contesta

J19. ¿Piensas que tomar la PrEP hará que sea más probable o menos probable que uses condones?

- ☐ Bastante menos probable
- ☐ Algo menos probable
- ☐ No cambia
- ☐ Algo más probable
- ☐ Bastante más probable
- ☐ No contesta

K. Modalidades de PrEP

[If F4, G5, H12 = Daily oral PrEP then K1-K2]
[If F4, G5, H12 = Intermittent oral PrEP then K3-K4]
[If F4, G5, H12 = Injectable PrEP then K5-K6]
[If F4, G5, H12 = Other or Don't know then K13]

[If I12, J5 = Daily oral PrEP then K7-K8]
[If I12, J5 = Intermittent oral PrEP then K9-K10]
[If I12, J5 = Injectable PrEP then K11-K12]
[If I12, J5 = Other or Don't know then K13]

K1. ¿Por qué prefieres tomar una dosis oral diaria de la PrEP, en lugar de otro tipo de PrEP?
(Elige todo lo que corresponda).

- ☐ Mi médico/proveedor médico me recomendó este tipo.
- ☐ Algunas personas que conozco usan este tipo de PrEP.
- ☐ Pienso que este tipo de PrEP es más eficaz que otros.
- ☐ Pienso que este tipo de PrEP es más seguro que otros.
- ☐ No quiero ponerme inyecciones.
- ☐ No quiero ir a una cita cada dos meses para ponerme una inyección.
- ☐ Me preocupan los efectos secundarios a largo plazo de una inyección (es decir, los efectos secundarios que no desaparecen por mucho tiempo por haberme puesto una inyección).
- ☐ Creo que me olvidaría de tomar la PrEP intermitente según lo indicado.
- ☐ Pienso que la PrEP intermitente no me funcionaría porque es difícil predecir cuándo voy a tener relaciones sexuales.
- ☐ Prefiero seguir una rutina regular para tomar la PrEP.
- ☐ Otro, especificar
- ☐ No contesta

[Selected multiple options=K2, otherwise K13]

K2. Pon en orden de importancia los motivos por los que has elegido tomar la PrEP a diario por vía oral, siendo el 1 el motivo más importante, el 2 el siguiente más importante y así sucesivamente.

- ☐ Lista por orden de importancia de [Answers from K1]
- ☐ No contesta

K3. ¿Por qué prefieres tomar una dosis oral intermitente de la PrEP, en lugar de otro tipo de PrEP? (Elige todo lo que corresponda).

- ☐ Mi médico/proveedor médico me recomendó este tipo.
- ☐ Algunas personas que conozco usan este tipo de PrEP.
- ☐ Pienso que este tipo de PrEP es más eficaz que otros.
- ☐ Pienso que este tipo de PrEP es más seguro que otros.
- ☐ No quiero ponerme inyecciones.
- ☐ No quiero ir a una cita cada dos meses para ponerme una inyección.
- ☐ Me preocupan los efectos secundarios a largo plazo de una inyección (es decir, los efectos secundarios que no desaparecen por mucho tiempo por haberme puesto una inyección).
- ☐ No quiero tomar una pastilla todos los días.
- ☐ Creo que es más fácil tomar la PrEP solo cuando se necesita.
- ☐ La PrEP intermitente es más barata.
- ☐ Otro, especificar
- ☐ No contesta

[Selected multiple options=K4, otherwise Section K13]

K4. Pon en orden de importancia los motivos por los que has elegido tomar la PrEP intermitente por vía oral, siendo el 1 el motivo más importante, el 2 el siguiente más importante y así sucesivamente.

- ☐ Lista por orden de importancia de [Answers from K3]
- ☐ No contesta

K5. ¿Por qué prefieres tomar una dosis oral inyectable de la PrEP, en lugar de otro tipo de PrEP? (Elige todo lo que corresponda).

- ☐ Mi médico/proveedor médico me recomendó este tipo.
- ☐ Algunas personas que conozco usan este tipo de PrEP.
- ☐ Pienso que este tipo de PrEP es más eficaz que otros.
- ☐ Pienso que este tipo de PrEP es más seguro que otros.
- ☐ No quiero tomar una pastilla todos los días.
- ☐ Creo que me olvidaría de tomar la PrEP oral diaria según lo indicado.
- ☐ Me preocupa que alguien descubra que uso la PrEP si me tomo las pastillas.
- ☐ Creo que me olvidaría de tomar la PrEP intermitente según lo indicado.
- ☐ Pienso que la PrEP intermitente no me funcionaría porque es difícil predecir cuándo voy a tener relaciones sexuales.
- ☐ Otro, especificar
- ☐ No contesta

[Selected multiple options=K6, otherwise Section K14]

K6. Pon en orden de importancia los motivos por los que has elegido tomar la PrEP inyectable, siendo el 1 el motivo más importante, el 2 el siguiente más importante y así sucesivamente.

- ☐ Lista por orden de importancia de [Answers from K5]

- ☐ No contesta

K7. ¿Por qué prefieres tomar una dosis oral diaria de la PrEP, en lugar de otro tipo de PrEP? (Elige todo lo que corresponda).

- ☐ Mi médico/proveedor médico me recomendó este tipo.
- ☐ Algunas personas que conozco usan este tipo de PrEP.
- ☐ Pienso que este tipo de PrEP es más eficaz que otros.
- ☐ Pienso que este tipo de PrEP es más seguro que otros.
- ☐ No quiero ponerme inyecciones.
- ☐ No quiero ir a una cita cada dos meses para ponerme una inyección.
- ☐ Me preocupan los efectos secundarios a largo plazo de una inyección (es decir, los efectos secundarios que no desaparecen por mucho tiempo por haberme puesto una inyección).
- ☐ Creo que me olvidaría de tomar la PrEP intermitente según lo indicado.
- ☐ Pienso que la PrEP intermitente no me funcionaría porque es difícil predecir cuándo voy a tener relaciones sexuales.
- ☐ Prefiero seguir una rutina regular para tomar la PrEP.
- ☐ Otro, especificar
- ☐ No contesta

[Selected multiple options=K8, otherwise K13]

K8. Pon en orden de importancia los motivos por los que estás pensando en tomar la PrEP a diario por vía oral, siendo el 1 el motivo más importante, el 2 el siguiente más importante y así sucesivamente.

- ☐ Lista por orden de importancia de [Answers from K7]
- ☐ No contesta

K9. ¿Por qué estás pensando en tomar una dosis oral intermitente de la PrEP, en lugar de otro tipo de PrEP? (Elige todo lo que corresponda).

- ☐ Mi médico/proveedor médico me recomendó este tipo.
- ☐ Algunas personas que conozco usan este tipo de PrEP.
- ☐ Pienso que este tipo de PrEP es más eficaz que otros.
- ☐ Pienso que este tipo de PrEP es más seguro que otros.
- ☐ No quiero ponerme inyecciones.
- ☐ No quiero ir a una cita cada dos meses para ponerme una inyección.
- ☐ Me preocupan los efectos secundarios a largo plazo de una inyección (es decir, los efectos secundarios que no desaparecen por mucho tiempo por haberme puesto una inyección).
- ☐ No quiero tomar una pastilla todos los días.
- ☐ Creo que es más fácil tomar la PrEP solo cuando se necesita.
- ☐ La PrEP intermitente es más barata.
- ☐ Otro, especificar

- o No contesta

[Selected multiple options=K10, otherwise Section K13]

K10. Pon en orden de importancia los motivos por los que estás pensando en tomar la PrEP intermitente por vía oral, siendo el 1 el motivo más importante, el 2 el siguiente más importante y así sucesivamente.

- o Lista por orden de importancia de [Answers from K9]

K11. ¿Por qué estás pensando en tomar la PrEP inyectable, en lugar de otro tipo de PrEP? (Elige todo lo que corresponda).

- o Mi médico/proveedor médico me recomendó este tipo.
- o Algunas personas que conozco usan este tipo de PrEP.
- o Pienso que este tipo de PrEP es más eficaz que otros.
- o Pienso que este tipo de PrEP es más seguro que otros.
- o No quiero tomar una pastilla todos los días.
- o Creo que me olvidaría de tomar la PrEP oral diaria según lo indicado.
- o Me preocupa que alguien descubra que uso la PrEP si me tomo las pastillas.
- o Creo que me olvidaría de tomar la PrEP intermitente según lo indicado.
- o Pienso que la PrEP intermitente no me funcionaría porque es difícil predecir cuándo voy a tener relaciones sexuales.
- o Otro, especificar
- o No contesta

[Selected multiple options=K12, otherwise Section K14]

K12. Pon en orden de importancia los motivos por los que estás pensando en tomar la PrEP inyectable, siendo el 1 el motivo más importante, el 2 el siguiente más importante y así sucesivamente.

- o Lista por orden de importancia de [Answers from K11]
- o No contesta

[If F4, G5, H12 = Injectable PrEP then Skip to K14]

K13. En comparación con las pastillas PrEP por vía oral, ¿piensas que te sería difícil usar la versión inyectable de la PrEP según lo indicado (una inyección de PrEP cada dos meses exactamente)?

- o La PrEP inyectable sería MENOS difícil de tomar según lo indicado que la PrEP oral.
- o IGUAL, el tipo de PrEP no cambiaría en nada mi capacidad de tomar la PrEP según lo indicado.
- o La PrEP inyectable sería MÁS difícil de tomar según lo indicado que la PrEP oral.
- o No contesta

[If F4, G5, H12 = Intermittent PrEP then Skip to Section L]

K14. En comparación con [pipe in current PrEP modality], ¿piensas que te sería difícil usar la versión bajo demanda de la PrEP según lo indicado (dos pastillas 2-24 horas antes de tener

relaciones sexuales, una pastilla 24 horas después de la primera dosis y otra 24 horas después de la segunda dosis)?

- ☐ La PrEP sería MENOS difícil de tomar que [pipe in current PrEP modality]
- ☐ IGUAL, el tipo de PrEP bajo demanda no cambiaría en nada mi capacidad de tomar la PrEP según lo indicado.
- ☐ La PrEP sería MÁS difícil de tomar que [pipe in current PrEP modality]
- ☐ No contesta

L. CUMPLIMIENTO DE LA PrEP Y BARRERAS

[If F4, G5, H12 = Daily oral PrEP then L1-L5]

[If F4, G5, H12 = Intermittent oral PrEP then L6-L10]

[If F4, G5, H12 = Injectable PrEP then L11-L17]

[If I12, J5 = Daily oral PrEP then L5]

[If I12, J5 = Intermittent oral PrEP then L10]

[If I12, J5 = Injectable PrEP then L17]

[ALL PARTICIPANTS SHOULD ANSWER L18 REGARDLESS OF PREP USE]

L1. ¿Cuántos días te tomaste la PrEP en los últimos 7 días?

[Text box: 1-7]

L2. ¿Qué porcentaje del tiempo te tomaste la PrEP según lo indicado (una vez al día) en los últimos tres meses? Usa la escala siguiente. 0% significa "NADA" del tiempo y "100%" TODO el tiempo. Si tienes dudas, indica una cifra aproximada.

% que tomaste del medicamento:

0 _____ [] _____ 100

- ☐ No contesta

L3. ¿Qué te ha impedido tomar la PrEP todos los días? (Elige todo lo que corresponda).

- ☐ No he tenido ningún problema tomando mi dosis regular de PrEP.
- ☐ No pude conseguir las pastillas en la farmacia.
- ☐ Me quedé sin pastillas y no renové la receta.
- ☐ No tenía seguro médico para pagar la receta.
- ☐ Me sentaba mal al estómago o sabía mal.
- ☐ No me acordaba de tomar la pastilla.
- ☐ Me daba dolor de cabeza, sarpullidos u otro síntoma físico.
- ☐ No podía tomarla porque interfería con mi horario diario.
- ☐ No tenía ganas de tomármela, necesitaba descansar.
- ☐ Cambió mi situación/me mudé.

- ☐ Me preocupaba que alguien creyera que tengo VIH.
- ☐ Tenía otra enfermedad, no me sentía bien (por ejemplo, un resfriado, la gripe, etc.)
- ☐ Creo que ya no necesito las pastillas; puedo proteger mi salud sin ellas.
- ☐ Mi familia o amigos no me ayudaron a acordarme.
- ☐ Mi familia o amigos me dijeron que no debía tomármelas.
- ☐ No tenía dónde poner las pastillas en clase o en el trabajo.
- ☐ No entendía por qué tenía que tomarme las pastillas.
- ☐ Me seguía poniendo enfermo aunque tomara las pastillas.
- ☐ Al tomarlas me acordaba del VIH.
- ☐ Otro, especificar
- ☐ No contesta

[Selected multiple options=L4, otherwise L5]

L4. Pon en orden de importancia las cosas que te han impedido tomar la PrEP, siendo el 1 el motivo más importante, el 2 el siguiente más importante y así sucesivamente.

- ☐ Lista por orden de importancia de [Answers from L3]
- ☐ No contesta

L5. Queremos saber lo que piensas sobre las afirmaciones siguientes. Indica tu grado de seguridad sobre cada una en una escala del 1 (ninguna seguridad) a 10 (total seguridad). Qué seguridad tienes en que podrás...

Tomar la PrEP durante el fin de semana:

Tomar la PrEP durante la semana:

Tomar la PrEP cuando tenga un cambio de horario:

Tomar la PrEP al viajar:

Tomar la PrEP cuando sale con amigos:

Tomar la PrEP en clase o en el trabajo:

Tomar la PrEP cuando te produzca efectos secundarios:

Tomar la PrEP cuando tenga una crisis:

Tomar la PrEP cuando beba alcohol o consuma drogas:

Ir a las visitas médicas de la PrEP:

Seguir un plan para tomar la PrEP:

- ☐ No contesta

[Skip to L18]

L6. En los últimos 3 meses, ¿qué porcentaje del tiempo tomaste la dosis completa de la PrEP intermitente según lo indicado (es decir, antes y después de sexo anal sin condón)? Una dosis completa incluye la pastilla que se toma antes y después como indica la ilustración. Usa la

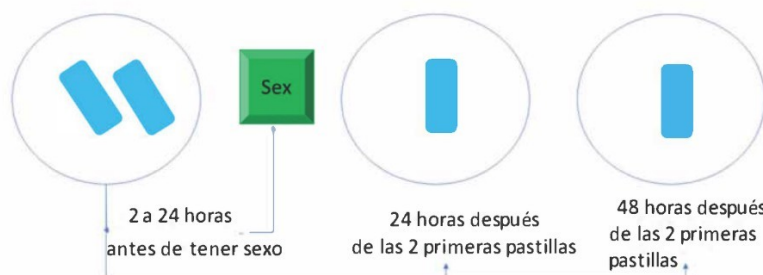
escala siguiente. 0% significa "NADA" del tiempo y "100%" TODO el tiempo. Si tienes dudas, indica una cifra aproximada.

% que tomaste el medicamento:

0 _____ [] _____ 100

- ☐ No tuve relaciones sexuales anales sin condón.
- ☐ No contesta

Figura.



- Si las relaciones sexuales ocurren en el día después de completar las dosis 2-1-1, toma una pastilla al día hasta 48 horas después del último encuentro sexual.
- Si pasan menos de 7 días entre la última pastilla y el siguiente encuentro sexual, vuelve a empezar con 1 pastilla diaria.
- Si pasan 7 días o más entre la última pastilla y el siguiente encuentro sexual, vuelve a empezar con 2 pastillas.

[IF L6 =100%, skip to L10]

L7. En los últimos 3 meses, ¿qué porcentaje del tiempo hiciste lo siguiente antes de sexo anal sin condón? Nota: Tus respuestas deben sumar 100%. Si alguna de las categorías no es aplicable a tu caso, ingresa "0". [Add logic so that these responses must sum to 100%]

- ☐ No me tomé ninguna de las 4 pastillas: ____%
- ☐ Me tomé 1 de las 4 pastillas: ____%
- ☐ Me tomé 2 de las 4 pastillas: ____%
- ☐ Me tomé 3 de las 4 pastillas: ____%
- ☐ No contesta

L8. ¿Qué te ha impedido tomar la PrEP intermitente según lo indicado (es decir, antes y después de sexo anal sin condón)? (Elige todo lo que corresponda).

- ☐ No he tenido ningún problema tomando mis dosis de PrEP.
- ☐ No pude conseguir las pastillas en la farmacia.
- ☐ Me quedé sin pastillas y no renové la receta.
- ☐ Me olvidé de tomar las pastillas antes del sexo.
- ☐ Me olvidé de tomar las pastillas después del sexo.

- o No sabía que iba a tener relaciones sexuales y no tenía la PrEP conmigo.
- o No sabía que tenía que tomarme todas las pastillas.
- o No tenía seguro médico para pagar la receta.
- o Me sentaba mal al estómago o sabía mal.
- o Me daba dolor de cabeza, sarpullidos u otro síntoma físico.
- o No quería hacerlo, necesitaba descansar.
- o Cambió mi situación/me mudé.
- o Me preocupaba que alguien creyera que tengo VIH.
- o Tenía otra enfermedad, no me sentía bien (por ejemplo, un resfriado, la gripe, etc.)
- o Creo que ya no necesito las pastillas, puedo proteger mi salud sin ellas.
- o Mi familia o amigos no me ayudaron a acordarme.
- o Mi familia o amigos me dijeron que no debía tomármelas.
- o No tenía dónde poner las pastillas en clase o en el trabajo.
- o No entendía por qué tenía que tomarme las pastillas.
- o Me seguía poniendo enfermo aunque tomara las pastillas.
- o Al tomarlas me acordaba del VIH.
- o Otro, especificar
- o No contesta

[Selected multiple options=L8, otherwise L10]

L9. Pon en orden de importancia las cosas que te han impedido tomar la PrEP, siendo el 1 el motivo más importante, el 2 el siguiente más importante y así sucesivamente.

- o Lista por orden de importancia de [Answers from L7]
- o No contesta

L10. Queremos saber lo que piensas sobre las afirmaciones siguientes. Indica tu grado de seguridad sobre cada una en una escala del 1 (ninguna seguridad) a 10 (total seguridad).

Qué seguridad tienes en que podrás...

Tomar la PrEP durante el fin de semana si lo necesita:

Tomar la PrEP durante la semana si lo necesita:

Tomar la PrEP cuando tenga un cambio de horario:

Tomar la PrEP al viajar si lo necesita:

Tomar la PrEP cuando sale con amigos si lo necesita:

Tomar la PrEP en clase o en el trabajo si lo necesita:

Tomar la PrEP cuando te produzca efectos secundarios:

Tomar la PrEP cuando tenga una crisis:

Tomar la PrEP cuando beba alcohol o consuma drogas si lo necesita:

Ir a las visitas médicas de la PrEP:

Seguir un plan para tomar la PrEP:

- o No contesta

[Skip to L18]

L11. ¿En qué fecha te pusiste la última inyección de PrEP? (Si la fecha exacta no se conoce, ingresar el 1 del mes de la inyección).

____dd/mm/aaaa____

☐ No contesta

L12. ¿En qué fecha te tienes que poner la próxima inyección de PrEP? (Si la fecha exacta no se conoce, ingresar el 1 del mes de la inyección).

____dd/mm/aaaa____

☐ No contesta

L13. ¿Alguna vez has dejado pasar más de dos meses entre una inyección de PrEP y otra?

[Yes=L14, otherwise L15]

☐ No

☐ Sí

☐ No contesta

L14. ¿Cuántas veces has dejado pasar más de dos meses entre una inyección de PrEP y otra? No importa si no sabes las veces exactas; puedes darnos una cifra aproximada.

[Free text]

☐ No contesta

L15. ¿Qué te ha impedido ponerte las inyecciones de PrEP? (Elige todo lo que corresponda).

☐ No he tenido ningún problema poniéndome la inyección regular de PrEP.

☐ No pude conseguir una cita.

- o El lugar de la cita estaba demasiado lejos o no tenía transporte.
- o No pensaba que la atención en la clínica fuera buena.
- o El personal de la clínica tenía actitudes negativas.
- o No sabía cómo pagar por la inyección.
- o El punto de la inyección estaba irritado.
- o Tenía algún otro síntoma físico.
- o Me olvidé de hacer la cita o de ir a la cita.
- o No pude ponérmela por mi horario.
- o No quería hacerlo, necesitaba descansar.
- o Cambió mi situación/me mudé.
- o Me preocupaba que alguien creyera que tengo VIH.
- o Tenía otra enfermedad, no me sentía bien (por ejemplo, un resfriado, la gripe, etc.)
- o Creo que ya no necesito las inyecciones; puedo proteger mi salud sin ellas.
- o Mi familia o amigos no me ayudaron a acordarme.
- o Mi familia o amigos me dijeron que no debía ponérmelas.
- o No entendía por qué tenía que ponerme las inyecciones.
- o Me seguía poniendo enfermo aunque me pusiera las inyecciones.
- o Al ponérmelas me acordaba del VIH.
- o Otro, especificar
- o No contesta

[Selected multiple options=L16, otherwise L17]

L16. Pon en orden de importancia las cosas que te han impedido tomar la PrEP, siendo el 1 el motivo más importante, el 2 el siguiente más importante y así sucesivamente.

- o Lista por orden de importancia de [Answers from L15]
- o No contesta

L17. Queremos saber lo que piensas sobre las afirmaciones siguientes. Indica tu grado de seguridad sobre cada una en una escala del 1 (ninguna seguridad) a 10 (total seguridad).

Qué seguridad tienes en que podrás...

Ir a las citas de la PrEP inyectable:

Seguir un plan para obtener la PrEP:

- o No contesta

[ALL PARTICIPANTS]

L18. Dinos cuánto influye cada una de las siguientes cosas en tu decisión de tomar la PrEP.

	Nada	Un poco	Un efecto moderado	Mucho	No contesta
Tener que hablar a un proveedor médico sobre mi vida sexual					
Tener que hablar a un proveedor médico sobre la PrEP					
Que mis amigos sepan que tomo la PrEP					

Que mis parejas sexuales sepan que tomo la PrEP					
Que mis familiares sepan que tomo la PrEP					
Los efectos a largo plazo de la PrEP en mi salud					
La posibilidad de que la PrEP no ofrezca total protección contra el VIH					
La posibilidad de que si llego a ser VIH positivo, algunos medicamentos no funcionen					
Los posibles efectos secundarios de la PrEP					
Tener que acordarme de tomar la pastilla o ponerme la inyección					
Conseguir transporte a las citas/pruebas de laboratorio de PrEP					
Volver a las citas de seguimiento/pruebas de laboratorio de PrEP					
Conseguir que me renueven la receta de la PrEP					
Usar el seguro para cubrir los costos de la PrEP					
Conseguir que me cubran los costos de la PrEP (incluyendo los copagos de las visitas, los costos de laboratorio, los gastos de transporte)					

M. USO DE TECNOLOGÍA Y BÚSQUEDA DE PAREJA EN LÍNEA

En esta sección te haremos una preguntas sobre tus dispositivos y uso de medios sociales e internet.

M1. ¿Cuántas horas al día pasas en Internet, aparte de para trabajar o estudiar? (Redondea a la siguiente hora completa) _____[integer 0-24]
o No contesta

M2. ¿Cuál de los siguientes dispositivos tienes? (Marcar todo lo que corresponda)

[If cell phone then M4, if smartphone then M3, otherwise M4]

- ☐ Teléfono móvil (teléfono móvil básico para llamar o mandar textos; sin acceso a internet, aplicaciones ni pantalla táctil)
- ☐ Teléfono inteligente (teléfono móvil avanzado con acceso a internet, aplicaciones y pantalla táctil)
- ☐ Computadora de mesa
- ☐ Computadora portátil
- ☐ Tablet
- ☐ Lector electrónico
- ☐ Fitness tracker o reloj inteligente
- ☐ Otro, especificar

- ☐ No contesta

M3. ¿Con qué frecuencia utilizas aplicaciones en tu teléfono inteligente (como TikTok, Instagram, aplicaciones de citas, aplicaciones bancarias, Snapchat)?

- ☐ Más de una vez al día
- ☐ Una vez al día
- ☐ Unas cuantas veces a la semana
- ☐ Una vez a la semana
- ☐ Menos de una vez a la semana
- ☐ No tengo aplicaciones en el teléfono
- ☐ No contesta

M4. ¿Compartes el teléfono con regularidad con una o más personas (como pareja, familiares o amigos)?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No contesta

M5. ¿Qué tipo de servicio telefónico tienes?

- ☐ Tengo una cuenta prepagada
- ☐ Tengo un contrato mensual
- ☐ Estoy en un plan compartido
- ☐ Otro, especificar
- ☐ No contesta

M6. ¿Cuántas veces durante los últimos tres meses te han desconectado el teléfono porque no habías pagado la factura o porque perdiste el teléfono o te lo robaron?

[Never=M8, otherwise M7]

- ☐ Nunca
- ☐ Una
- ☐ Dos
- ☐ 3 o 5 veces
- ☐ Más de 5 veces
- ☐ Otro, especificar
- ☐ No contesta

M7. ¿Cuánto tiempo te desconectaron el teléfono la última vez?

- ☐ 1 día o menos
- ☐ 2 a 7 días
- ☐ 1 a 4 semanas
- ☐ 1 mes o más
- ☐ Otro, especificar

- ☐ No contesta

M8. Con qué frecuencia utilizas sitios web o aplicaciones por los motivos siguientes:

	Nunca	Raramente	Algunas veces	A menudo	No contesta
Conseguir amigos nuevos					
Chatear con amigos					
Buscar una cita con alguien					
Conocer gente para relaciones sexuales					
Buscar oportunidades de trabajo					
Llevar un control de conductas relacionadas con la salud (dieta, ejercicio, medicamentos, etc.)					
Crear recordatorios (tomar una pastilla diaria, ejercicio, etc.)					

M9. ¿Cuáles son los tres medios sociales que más usas?

- ☐ YouTube
- ☐ LinkedIn
- ☐ Reddit
- ☐ WhatsApp
- ☐ Snapchat
- ☐ Twitter
- ☐ Facebook
- ☐ Instagram
- ☐ TikTok
- ☐ Otro, especificar
- ☐ No contesta

M10. [Ybarra scale] ¿Has buscado en línea alguno de los temas siguientes por iniciativa propia en los últimos 12 meses? (Marcar todo lo que corresponda)

- ☐ Sexualidad o atracción sexual
- ☐ Cómo tener relaciones sexuales y posturas sexuales
- ☐ VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual
- ☐ Condomes y otros métodos anticonceptivos.
- ☐ PrEP (profilaxis preexposición)
- ☐ PEP (profilaxis post exposición)
- ☐ Ejercicio y control del peso
- ☐ Drogas o alcohol

- o Violencia o abuso
- o Medicamentos o efectos secundarios de los medicamentos
- o Depresión, ansiedad o suicidio
- o Ninguno
- o No contesta

M11. Indica tu grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	No contesta
Conozco los recursos de salud que están disponibles en Internet.	()	()	()	()	()	()
Sé cómo encontrar recursos de salud útiles en Internet.	()	()	()	()	()	()
Sé como usar Internet para encontrar respuesta a preguntas sobre la salud.	()	()	()	()	()	()
Sé cómo usar la información sobre la salud que encuentro en Internet cuando	()	()	()	()	()	()

necesito ayuda.						
Tengo las destrezas necesarias para evaluar los recursos de salud que encuentro en Internet.	()	()	()	()	()	()
Puedo distinguir entre recursos de salud de buena y de mala calidad en Internet.	()	()	()	()	()	()
Siento seguridad a la hora de usar la información de Internet para tomar decisiones sobre mi salud.	()	()	()	()	()	()
Sé dónde encontrar recursos de salud útiles en Internet.	()	()	()	()	()	()

N. RELACIONES Y PRIORIDADES EN LA SALUD SEXUAL

N1. ¿Cómo describirías tu relación principal? [Routing question, may not skip]

- o Sin pareja [\[Skip to Section O\]](#)
- o Con parejas casuales/amigos con sexo [\[Skip to Section O\]](#)
- o En una relación (tiene pareja(s)/cónyuge)
- o Otro, especificar [\[Skip to Section O\]](#)

La gente tiene distintas prioridades en lo que respecta a su salud sexual. Por ejemplo, para algunas personas ser VIH negativo es su principal prioridad; otras quieren divertirse tanto como puedan con sus parejas; otros quieren sentirse lo más cercanos y conectados a sus parejas como sea posible.

N2. En las siguientes preguntas, nos interesa conocer tus prioridades de salud sexual y las de tu pareja. Pensando en tus prioridades de salud sexual y las de tu pareja, indica en qué medida estás de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones.

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	No contesta
Pienso que mi pareja o yo pensamos lo mismo en cuanto a las decisiones que tomamos sobre la salud sexual y el riesgo.	()	()	()	()	()	()
En lo que respecta a las decisiones sexuales, mi pareja y yo pensamos igual.	()	()	()	()	()	()
Algunas veces pienso que mis prioridades para la salud sexual son incompatibles con lo que	()	()	()	()	()	()

quiere mi pareja.						
Tengo la seguridad de que, en general, mi pareja y yo tenemos las mismas prioridades en lo que respecta a la salud sexual.	()	()	()	()	()	()
Tomar decisiones sobre salud sexual con mi pareja puede ser difícil porque tenemos prioridades distintas.	()	()	()	()	()	()

O. CONDUCTAS SEXUALES

Estas preguntas se refieren a tus conductas sexuales. A veces a la gente le resulta incómodo compartir información sobre su conducta sexual. Queremos recordarte que toda esta información se mantendrá confidencial y solo se pide con fines de investigación. Esta información servirá para que el estudio descubra cosas nuevas sobre la PrEP y la prevención del VIH. Contesta con la mayor sinceridad posible.

O1. **En los últimos tres meses**, ¿con cuántas personas has tenido relaciones sexuales? [NumSexPartner] _ (range 0-99) (text field)

[If NumSexPartner =0 then skip to Section P]

[If NumSexPartner = 1 then O2-O5]

[If NumSexPartner > 1 then O6-O9]

[ANAL RECEPTIVO]

Las siguientes preguntas se refieren a tu conducta sexual durante los tres últimos meses. En esta sección nos concentraremos exclusivamente en el **sexo anal**. Por lo tanto, **incluye solo a personas con las que tengas sexo anal**.

O2. En los últimos tres meses, ¿has tenido **sexo anal receptivo** con esta persona (tú eras la persona penetrada (bottom))? [ReceptiveAI]

[Yes = O3, otherwise O?]

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No contesta

O3. ¿Puso esta persona su pene en tu recto **sin condón**? [ReceptiveAINoCondom]

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No contesta

O4. Pensado en esta persona... [OneRecAIHIVStatus]

- ☐ Te dijo que era VIH negativo y no tienes motivo para dudarlo. [Negative]
- ☐ Te dijo que era VIH positivo pero que el virus era indetectable.
- ☐ Te dijo que era VIH positivo pero NO te dijo que el virus fuera indetectable.
- ☐ No sabes con seguridad si es VIH positivo o negativo. [StatusUnknown]
- ☐ No contesta

O5. ¿Usaba esta persona una PrEP? [OneRecAIPrep]

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No contesta

[Skip to O10]

O6. En los últimos tres meses, ¿con cuántas de estas [NumSexPartner] personas tuviste **sexo anal receptivo** (tú eras la persona penetrada (bottom))? [ReceptiveAI]

_____ (range 0-[NumSexPartner]) (fill-in) [If >0 then O7, otherwise O14]

- ☐ No contesta

O7. De estas [ReceptiveAI] personas, ¿cuántas pusieron su pene en tu recto **sin condón**?

_____ [ReceptiveAINoCondom] (Range 0-[ReceptiveAI]) (fill-in)

- ☐ No contesta

O8. De las [ReceptiveAI] personas con las que tuviste **sexo anal receptivo**, ¿cuántas...
(Ingresar un número en cada casilla. Ingresar 0 (cero) si ninguna. Sus respuestas deben sumar [ReceptiveAI]).

- ☐ Te dijeron que eran VIH negativos y no tienes motivo para dudarlo? _____
- ☐ Te dijeron que eran VIH positivos pero que el virus era indetectable? _____

- ☐ Te dijeron que eran VIH positivos pero NO te dijeron que el virus fuera indetectable? ____
- ☐ No sabes si son VIH negativos o positivos con seguridad? ____
- ☐ No contesta

____(TOTAL) [MultRecAIHIVTotal] This number must be the sum of the previous 3 responses, and should tally as the answers are populated. Validate that
[MultRecUAIHIVTotal]
= [ReceptiveAI]

O9. ¿Cuántas de estas personas toman PrEP que tú sepas? [MultRecAIPrep] ____ (range 0-[ReceptiveAI]) (fill-in)

[Skip to O14]

[ANAL PENETRANTE]

[If NumSexPartner = 1 then O10-O13]

[If NumSexPartner > 1 then O14-O17]

O10. Tenemos unas cuantas preguntas más sobre tu conducta sexual con la persona con la que tuviste sexo anal **en los últimos tres meses**.

En los últimos tres meses, ¿has tenido **sexo anal penetrante** con esta persona (tú eres el que penetra (top))? [InsertiveAI]

[Yes = O11, otherwise]

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No contesta

O11. ¿Pusiste tu pene en el recto de esta persona **sin condón**? [InsertiveAINoCondom]

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No contesta

[If answered O4, skip to O13]

O12. Pensado en esta persona... [OneRecAIHIVStatus]

- ☐ Te dijo que era VIH negativo y no tienes motivo para dudarlo. [Negative]
- ☐ Te dijo que era VIH positivo pero que el virus era indetectable.
- ☐ Te dijo que era VIH positivo pero NO te dijo que el virus fuera indetectable.
- ☐ No sabes con seguridad si es VIH positivo o negativo. [StatusUnknown]
- ☐ No contesta

[If answered O5, skip to O18]

O13. ¿Usaba esta persona una PrEP? [OneRecAIPrep]

☐ Sí

- ☐ No
- ☐ No contesta

[Skip to O18]

O14. Tenemos unas cuantas preguntas más sobre tu conducta sexual con las personas con las que tuviste sexo anal **en los últimos tres meses**.

En los últimos tres meses, ¿con cuántas de estas [NumSexPartner] personas tuviste **sexo anal penetrante** (tú eres el que penetra (top))? [InsertiveAI] ____ (range 0-[NumSexPartner]) (fill-in) [If >0 then O15, otherwise O22]

- ☐ No contesta

O15. De estas [InsertiveAI] personas, ¿en cuántas de ellas pusiste tu pene en su recto **sin condón**? ____ [InsertiveAINoCondom] (range 0-[InsertiveAI]) (fill-in)

- ☐ No contesta

O16. De las [ReceptiveAI] personas con las que tuviste **sexo anal penetrante**, ¿cuántos...
(Ingresar un número en cada casilla. Ingresar 0 (cero) si ninguna. Sus respuestas deben sumar [InsertiveAI]).

- ☐ Te dijeron que eran VIH negativos y no tienes motivo para dudarlo? ____
- ☐ Te dijeron que eran VIH positivos pero que el virus era indetectable? ____
- ☐ Te dijeron que eran VIH positivos pero NO te dijeron que el virus fuera indetectable? ____
- ☐ No sabes si son VIH negativos o positivos con seguridad? ____
- ☐ No contesta

____ (TOTAL) [MultInsAIHIVTotal] This number must be the sum of the previous 3 responses, and should tally as the answers are populated. Validate that [MultInsUAIHIVTotal] = [InsertiveAI]

O17. ¿Cuántas de estas personas toman PrEP que tú sepas?

[MultRecAIPrep] ____ (range 0-[InsertiveAI]) (fill-in)

- ☐ No contesta

[Skip to O22]

[VAGINAL]

Ahora te vamos a hacer unas preguntas sobre tus experiencia con **sexo vaginal en los últimos tres meses**. En esta sección nos concentraremos exclusivamente en el **sexo vaginal**.

[If NumSexPartner = 1 then O18-O21]

[If NumSexPartner > 1 then O22-O25]

O18. **En los últimos tres meses**, ¿has tenido **sexo vaginal** con esta persona (has puesto tu pene en su vagina)? [VI]

[Yes = O19, otherwise]

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No contesta

O19. ¿Pusiste tu pene en su vagina **sin condón**? [InsertiveVINOCondom]

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No contesta

O20. Pensado en esta persona... [OneRecAIHIVStatus]

- ☐ Te dijo que era VIH negativo y no tienes motivo para dudarlo. [Negative]
- ☐ Te dijo que era VIH positivo pero que el virus era indetectable.
- ☐ Te dijo que era VIH positivo pero NO te dijo que el virus fuera indetectable.
- ☐ No sabes con seguridad si es VIH positivo o negativo. [StatusUnknown]
- ☐ No contesta

O21. ¿Usaba esta persona una PrEP? [OneRecAIPrep]

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No contesta

[Skip to routing before O26]

O22. **En los tres últimos meses**, ¿con cuántas de tus parejas sexuales tuviste **sexo vaginal** (pusiste tu pene en su vagina)? [VI] ____ (range 0-[NumVagSexPartner]) (fill-in) [If >0 then O23, otherwise routing before O26]

O23. De estas [InsertiveVI] personas, ¿en cuántas de ellas pusiste tu pene en su vagina **sin condón**? [InsertiveVINOCondom] (range 0-[InsertiveAI]) (fill-in)

O24. De las [InsertiveVI] parejas con las que tuviste **sexo vaginal**, ¿cuántos... (Ingresar un número en cada casilla. Ingresar 0 (cero) si ninguna. Sus respuestas deben sumar [InsertiveVI]).

- ☐ Te dijeron que eran VIH negativos y no tienes motivo para dudarlo? ____

- ☐ Te dijeron que eran VIH positivos pero que el virus era indetectable? _____
- ☐ Te dijeron que eran VIH positivos pero NO te dijeron que el virus fuera indetectable? _____
- ☐ No sabes con seguridad si son VIH negativos o positivos? _____
- ☐ No contesta

_____(TOTAL) [MultInsVIHIVTotal] This number must be the sum of the previous 3 responses, and should tally as the answers are populated. Validate that [MultInsVIHIVTotal] = [InsertiveVI]

O25. ¿Cuántas de estas personas toman PrEP que tú sepas? [MultRecVIPrep] _____(range 0-[InsertiveVI]) (fill-in)

- ☐ No contesta

[If O2 = NO, N6 = 0, O10 = NO, O14 = 0 then no anal sex reported, skip to O27]

O26. Ahora te vamos a pedir que pienses en la cantidad de sexo anal que has tenido en los dos últimos meses (8 semanas). Si tienes dudas sobre alguna de las respuestas, danos una contestación aproximada.

Pensando en la última semana, [pipe in date range here with calendar]:

- ¿Cuántas veces tuviste sexo anal?
- ¿Cuántas veces tuviste sexo anal sin condón?
- ☐ No contesta

Pensando en las dos últimas semanas, [pipe in date range here with calendar]:

- ¿Cuántas veces tuviste sexo anal?
- ¿Cuántas veces tuviste sexo anal sin condón?
- ☐ No contesta

Pensando en las tres últimas semanas, [pipe in date range here with calendar]:

- ¿Cuántas veces tuviste sexo anal?
- ¿Cuántas veces tuviste sexo anal sin condón?
- ☐ No contesta

Pensando en las cuatro últimas semanas, [pipe in date range here with calendar]:

- ¿Cuántas veces tuviste sexo anal?
- ¿Cuántas veces tuviste sexo anal sin condón?
- ☐ No contesta

Pensando en las cinco últimas semanas, [pipe in date range here with calendar]:

- ¿Cuántas veces tuviste sexo anal?
- ¿Cuántas veces tuviste sexo anal sin condón?
- ☐ No contesta

Pensando en las seis últimas semanas, [pipe in date range here with calendar]:

- ¿Cuántas veces tuviste sexo anal?
- ¿Cuántas veces tuviste sexo anal sin condón?

☐ No contesta

Pensando en las siete últimas semanas, [pipe in date range here with calendar]:

- ¿Cuántas veces tuviste sexo anal?
- ¿Cuántas veces tuviste sexo anal sin condón?

☐ No contesta

Pensando en las ocho últimas semanas, [pipe in date range here with calendar]:

- ¿Cuántas veces tuviste sexo anal?
- ¿Cuántas veces tuviste sexo anal sin condón?

☐ No contesta

O27. En los últimos 12 meses, ¿has tenido relaciones sexuales con alguien a cambio de algo que necesitabas (como dinero, drogas, comida, casa, etc.)?

- ☐ No
- ☐ Sí
- ☐ No contesta

O28. En los últimos 12 meses, ¿le has dado algo a alguien (como dinero, drogas, comida, casa, etc.) a cambio de que tuviera relaciones sexuales contigo?

- ☐ No
- ☐ Sí
- ☐ No contesta

P. CONSUMO DE SUSTANCIAS

Las siguientes preguntas se refieren al alcohol y las drogas que consumes. Sabemos que esta información es personal. Queremos recordarte que toda la información se mantendrá confidencial y solo se pide con fines de investigación.

P1. ¿Cuáles de las drogas siguientes has consumido en tu vida (con fines no médicos)? (Elige todas los aplicables).

[If None then skip to Section Q]

- ☐ Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, cigarrillos electrónicos, etc.)
- ☐ Alcohol (cerveza, vino, bebidas alcohólicas, etc.)
- ☐ Cánnabis (marihuana, comestibles, hachís, cánnabis sintético, *vaping*, etc.)
- ☐ Cocaína (*crack*, etc.)
- ☐ Anfetaminas (*speed*, *meth*, píldoras de dieta, *molly*, éxtasis, Ritalin, Adderall, etc.)
- ☐ Inhalantes (*poppers*, *nitrous*, pegamento, bencina, diluyentes de pintura, etc.)
- ☐ Sedantes, tranquilizadores o pastillas para dormir (Valium, Serepax, Rohypnol, Xanax, Ambien, GHB, etc.)
- ☐ Alucinógenos (LSD, ácido, setas, PCP, ketamina, etc.)

- o Opioides (heroína, morfina, metadona, codeína, Oxycotin, Percocet, Vicodin, etc.)
- o Otro, especificar
- o Ninguno
- o No contesta

P2. En los últimos tres meses, cuántas veces has consumido... [only pipe in substances from above]

[If all Never then skip to P6]

	Nunca	Una vez o dos	Una vez al mes	Una vez a la semana	Todos o casi todos los días	No contesta
Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, cigarrillos electrónicos, etc.)						
Alcohol (cerveza, vino, bebidas alcohólicas, etc.)						
Cánnabis (marihuana, comestibles, hachís, cánnabis sintético, <i>vaping</i> , etc.)						
Cocaína (<i>crack</i> , etc.)						
Anfetaminas (<i>speed</i> , <i>meth</i> , píldoras de dieta, <i>molly</i> , éxtasis, Ritalin, Adderall, etc.)						
Inhalantes (<i>poppers</i> , <i>nitrous</i> , pegamento, bencina, diluyentes de pintura, etc.)						
Sedantes, tranquilizadores o pastillas para dormir (Valium, Serepax, Rohypnol, Xanax, Ambien, GHB, etc.)						
Alucinógenos (LSD, ácido, setas, PCP, ketamina, etc.)						
Opioides (heroína, morfina, metadona, codeína, Oxycotin, Percocet, Vicodin, etc.)						
Otro, especificar						

P3. Durante los últimos tres meses, cuántas veces has tenido un deseo intenso de consumir...

	Nunca	Una vez o dos	Una vez al mes	Una vez a la semana	Todos o casi todos los días	No contesta

Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, cigarrillos electrónicos, etc.)						
Alcohol (cerveza, vino, bebidas alcohólicas, etc.)						
Cánnabis (marihuana, comestibles, hachís, cánnabis sintético, <i>vaping</i> , etc.)						
Cocaína (<i>crack</i> , etc.)						
Anfetaminas (<i>speed</i> , <i>meth</i> , píldoras de dieta, <i>molly</i> , éxtasis, Ritalin, Adderall, etc.)						
Inhalantes (<i>poppers</i> , <i>nitrous</i> , pegamento, bencina, diluyentes de pintura, etc.)						
Sedantes, tranquilizadores o pastillas para dormir (Valium, Serepax, Rohypnol, Xanax, Ambien, GHB, etc.)						
Alucinógenos (LSD, ácido, setas, PCP, ketamina, etc.)						
Opioides (heroína, morfina, metadona, codeína, Oxycotin, Percocet, Vicodin, etc.)						
Otro, especificar						

P4. Durante los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia tu consumo de [pipe in substances from last 3 mo] te ha dado problemas de salud, sociales, legales o financieros?

	Nunca	Una vez o dos	Una vez al mes	Una vez a la semana	Todos o casi todos los días	No contesta
Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, cigarrillos electrónicos, etc.)						
Alcohol (cerveza, vino, bebidas alcohólicas, etc.)						
Cánnabis (marihuana, comestibles, hachís, cánnabis sintético, <i>vaping</i> , etc.)						
Cocaína (<i>crack</i> , etc.)						
Anfetaminas (<i>speed</i> , <i>meth</i> , píldoras de dieta, <i>molly</i> , éxtasis, Ritalin, Adderall, etc.)						

Inhalantes (<i>poppers</i> , <i>nitrous</i> , pegamento, bencina, diluyentes de pintura, etc.)						
Sedantes, tranquilizadores o pastillas para dormir (Valium, Serepax, Rohypnol, Xanax, Ambien, GHB, etc.)						
Alucinógenos (LSD, ácido, setas, PCP, ketamina, etc.)						
Opioides (heroína, morfina, metadona, codeína, Oxycotin, Percocet, Vicodin, etc.)						
Otro, especificar						

P5. Durante los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia no hiciste lo que se esperaba de ti por culpa de tu consumo de **[pipe in substances from last 3 mo]**?

	Nunca	Una vez o dos	Una vez al mes	Una vez a la semana	Todos o casi todos los días	No contesta
Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, cigarrillos electrónicos, etc.)						
Alcohol (cerveza, vino, bebidas alcohólicas, etc.)						
Cánnabis (marihuana, comestibles, hachís, cánnabis sintético, <i>vaping</i> , etc.)						
Cocaína (<i>crack</i> , etc.)						
Anfetaminas (<i>speed</i> , <i>meth</i> , píldoras de dieta, <i>molly</i> , éxtasis, Ritalin, Adderall, etc.)						
Inhalantes (<i>poppers</i> , <i>nitrous</i> , pegamento, bencina, diluyentes de pintura, etc.)						
Sedantes, tranquilizadores o pastillas para dormir (Valium, Serepax, Rohypnol, Xanax, Ambien, GHB, etc.)						
Alucinógenos (LSD, ácido, setas, PCP, ketamina, etc.)						
Opioides (heroína, morfina, metadona, codeína, Oxycotin, Percocet, Vicodin, etc.)						
Otro, especificar						

P6. ¿Alguna vez un amigo o familiar te ha dicho que le preocupaba que consumiera [pipe in substances EVER used]?

	No, nunca	Sí, en los últimos tres meses	Sí, pero no en los últimos tres meses	No contesta
Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, cigarrillos electrónicos, etc.)				
Alcohol (cerveza, vino, bebidas alcohólicas, etc.)				
Cánnabis (marihuana, comestibles, hachís, cánnabis sintético, <i>vaping</i> , etc.)				
Cocaína (<i>crack</i> , etc.)				
Anfetaminas (<i>speed</i> , <i>meth</i> , píldoras de dieta, <i>molly</i> , éxtasis, Ritalin, Adderall, etc.)				
Inhalantes (<i>poppers</i> , <i>nitrous</i> , pegamento, bencina, diluyentes de pintura, etc.)				
Sedantes, tranquilizadores o pastillas para dormir (Valium, Serepax, Rohypnol, Xanax, Ambien, GHB, etc.)				
Alucinógenos (LSD, ácido, setas, PCP, ketamina, etc.)				
Opioides (heroína, morfina, metadona, codeína, Oxycotin, Percocet, Vicodin, etc.)				
Otro, especificar				

P7. ¿Alguna vez has intentado consumir menos [pipe in substances ever used] pero no has podido?

	No, nunca	Sí, en los últimos tres meses	Sí, pero no en los últimos tres meses	No contesta
Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, cigarrillos electrónicos, etc.)				
Alcohol (cerveza, vino, bebidas alcohólicas, etc.)				
Cánnabis (marihuana, comestibles, hachís, cánnabis sintético, <i>vaping</i> , etc.)				
Cocaína (<i>crack</i> , etc.)				
Anfetaminas (<i>speed</i> , <i>meth</i> , píldoras de dieta, <i>molly</i> , éxtasis, Ritalin, Adderall, etc.)				

Inhalantes (<i>poppers</i> , <i>nitrous</i> , pegamento, bencina, diluyentes de pintura, etc.)				
Sedantes, tranquilizadores o pastillas para dormir (Valium, Serepax, Rohypnol, Xanax, Ambien, GHB, etc.)				
Alucinógenos (LSD, ácido, setas, PCP, ketamina, etc.)				
Opioides (heroína, morfina, metadona, codeína, Oxycotin, Percocet, Vicodin, etc.)				
Otro, especificar				

P8. ¿Alguna vez te has inyectado drogas (solo usos no médicos)?

- ☐ No, nunca
- ☐ Sí, en los últimos tres meses
- ☐ Sí, pero no en los últimos tres meses

[If P2 = Never then skip to Section Q]

P9. **Durante los 30 últimos días**, ¿consumiste **[pipe in substances ever used]** inmediatamente antes de tener relaciones sexuales o durante ellas? (Marcar todas las que correspondan). **[SexOnDrugs]**

	No, nunca	Sí	No contesta
Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, cigarrillos electrónicos, etc.)			
Alcohol (cerveza, vino, bebidas alcohólicas, etc.)			
Cánnabis (marihuana, comestibles, hachís, cánnabis sintético, <i>vaping</i> , etc.)			
Cocaína (<i>crack</i> , etc.)			
Anfetaminas (<i>speed</i> , <i>meth</i> , píldoras de dieta, <i>molly</i> , éxtasis, Ritalin, Adderall, etc.)			
Inhalantes (<i>poppers</i> , <i>nitrous</i> , pegamento, bencina, diluyentes de pintura, etc.)			
Sedantes, tranquilizadores o pastillas para dormir (Valium, Serepax, Rohypnol, Xanax, Ambien, GHB, etc.)			
Alucinógenos (LSD, ácido, setas, PCP, ketamina, etc.)			
Opioides (heroína, morfina, metadona, codeína, Oxycotin, Percocet, Vicodin, etc.)			
Otro, especificar			

Q. SALUD MENTAL

Depresión

PHQ-2/GAD-2 screener

Q1. Durante las **dos últimas semanas**, ¿con cuánta frecuencia te afectaron los siguientes problemas?

	Nada (0)	Varias veces (1)	La mitad del tiempo (2)	Casi todos los días (3)	No contesta
Tener poco interés o pocas ganas de hacer nada.					
Sentir desánimo, depresión o desesperanza					
Sentir nerviosismo, ansiedad o tensión					
Sentir preocupación todo el tiempo o no poder controlar la preocupación					

[Those with a combined score ≥ 3 on items 1 & 2 (PHQ-2) complete remaining 6 items of the PHQ-8.

Those with a combined score ≥ 3 on items 3 & 4 (GAD-2) complete remaining 5 items of the GAD-7.]

PHQ-8

Q2. Durante las **dos últimas semanas**, ¿con cuánta frecuencia te afectaron los siguientes problemas?

	Nada (0)	Varias veces (1)	La mitad del tiempo (2)	Casi todos los días (3)	No contesta
Problemas para dormir o permanecer dormido, o dormir demasiado					
Sentir cansancio o falta de energía					
Poco apetito o comer en exceso					
Sentirte mal contigo mismo o que eres un fracaso o que te has fallado a tí mismo o a tu familia					

Problemas para concentrarse en las cosas, como leer el periódico o ver la televisión					
Moverse o hablar con tanta lentitud que otras personas pueden haberse dado cuenta o lo contrario, estar tan inquieto que se mueve más de lo normal.					

Ansiedad

GAD-7

Q3. Durante las **dos últimas semanas**, ¿con cuánta frecuencia te afectaron los siguientes problemas?

	Nada (0)	Varias veces (1)	La mitad del tiempo (2)	Casi todos los días (3)	No contesta
Preocuparse demasiado por distintas cosas					
Problemas para relajarse					
Sentir tanta inquietud que es difícil quedarse quieto					
Sentirse impaciente o irritable con facilidad					
Sentir miedo como si algo terrible fuera a pasar					

R. DISCRIMINACIÓN HABITUAL

R1. En tu vida diaria, ¿con qué frecuencia te ocurren las siguientes cosas?

[If all answers = less than once a year or never then skip to Section S]

	Casi todos los días	Una vez a la semana por lo menos	Unas cuantas veces al mes	Unas cuantas veces al año	Menos de una vez al año	Nunca	No contesta
Te tratan con menos cortesía que a otras personas.							
Te tratan con menos respeto que a otras personas.							
Te dan peor servicio en los restaurantes y tiendas que a otras personas.							
Otros actúan como si no fueras inteligente.							
Otros actúan como si te tuvieran miedo.							
Otros actúan como si pensarán que eres deshonesto.							
Otros actúan como si fueran mejores que tú.							
Te insultan.							
Te amenazan o acosan.							

R2. ¿Cuáles piensas que son las principales razones de que sufras discriminación? (Elige todo lo que corresponda).

- ☐ Tus orígenes nacionales o ascendencia
- ☐ Tu identidad de género
- ☐ Tu origen étnico (raza)
- ☐ Tu edad
- ☐ Tu religión
- ☐ Tu altura
- ☐ Tu peso
- ☐ Algún otro aspecto de tu apariencia
- ☐ Tu orientación sexual
- ☐ Tu nivel de educación o ingresos
- ☐ Tu estatus de VIH
- ☐ Tu estatus de discapacidad
- ☐ Otro, especificar
- ☐ No contesta

R3. ¿Qué tan difícil fue recuperarte después de sufrir discriminación debido a: [for each selected item above]?

- ☐ Muy fácil

- ☐ Fácil
- ☐ Difícil
- ☐ Muy difícil
- ☐ No contesta

S. APOYO SOCIAL Y AISLAMIENTO

Apoyo emocional

S1. Responde a cada una de las siguientes afirmaciones:

	Nunca	Raramente	Algunas veces	Generalmente	Siempre	No contesta
Tengo a alguien con quien hablar cuando lo necesito.						
Tengo a alguien en quien confiar o hablar sobre mí y mis problemas.						
Tengo a alguien que me hace sentir apreciado.						
Tengo a alguien con quien hablar cuando tengo un mal día.						

Apoyo con información

S2. Responde a cada una de las siguientes afirmaciones:

	Nunca	Raramente	Algunas veces	Generalmente	Siempre	No contesta
Tengo a alguien que me puede dar buenos consejos en caso de crisis.						
Tengo a alguien a quien puedo acudir si necesito sugerencias para resolver un problema.						

Tengo a alguien que me puede dar información si lo necesito.						
Me dan buenos consejos sobre cosas importantes de la vida.						

Apoyo práctico

S3. Responde a cada una de las siguientes afirmaciones:

	Nunca	Raramente	Algunas veces	Generalmente	Siempre	No contesta
¿Tienes alguien que te pueda ayudar si tienes que quedarte en cama?						
¿Tienes alguien que te pueda llevar al médico si lo necesitas?						
¿Tienes alguien que te pueda ayudar con las tareas diarias cuando estás enfermo?						
¿Tienes alguien que te haga los recados si lo necesitas?						

Aislamiento social

S4. Responde a cada una de las siguientes afirmaciones:

	Nunca	Raramente	Algunas veces	Generalmente	Siempre	No contesta
Siento que me excluyen.						
Siento que los demás apenas me conocen.						

Me siento aislado de los demás.						
Veó a la gente que me rodea pero no siento que me acompañan.						

Compañía

S5. Responde a cada una de las siguientes afirmaciones:

	Nunca	Raramente	Algunas veces	Generalmente	Siempre	No contesta
¿Tienes a alguien con quien divertirte?						
¿Tienes a alguien con quien relajarte?						
¿Tienes a alguien con quien hacer alguna actividad que te guste hacer?						
¿Puedes encontrar compañía cuando la necesitas?						

Esto concluye la encuesta. Gracias por participar.

Si tienes alguna pregunta o comentario sobre esta encuesta, escríbelos a continuación.