

**mChoice: Improving PrEP Uptake and Adherence among Minority MSM through  
Provider Training and Adherence Assistance in Two High Priority Settings**

**Attachment 4c  
Patient Baseline Assessment 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 inicial de mChoice

## Tabla de Contenidos

- A. DATOS DEMOGRÁFICOS
- B. CORRELATOS SOCIOECONÓMICOS Y DE RIESGO
- C. ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA, COMUNICACIÓN Y PRUEBAS/DIAGNÓSTICO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)
- D. VIH
- E. ENCAMINAMIENTO DE PROFILAXIS PREXPOSICIÓN (PrEP)
- F. USO ACTUAL DE PROFILAXIS PREXPOSICIÓN (PrEP)
- G. NUEVA PRESCRIPCIÓN DE PROFILAXIS PREXPOSICIÓN (PrEP)
- H. REANUDACIÓN DE PROFILAXIS PREXPOSICIÓN (PrEP)
- I. USO PREVIO DE PROFILAXIS PREXPOSICIÓN (PrEP): SIN PLANES DE REINICIAR / INSEGURO/A
- J. NO USO PREVIO DE PROFILAXIS PREXPOSICIÓN (PrEP): SIN PLANES DE COMENZAR / INSEGURO/A
- K. OPCIONES DE PROFILAXIS PREXPOSICIÓN (PrEP)
- L. ADHERENCIA Y OBSTÁCULOS DE PROFILAXIS PREXPOSICIÓN (PrEP)
- M. USO DE TECNOLOGÍA Y COMPORTAMIENTO DE BÚSQUEDA DE PAREJA EN LÍNEA
- N. RELACIONES Y PRIORIDADES DE SALUD SEXUAL
- O. COMPORTAMIENTOS SEXUALES
- P. USO DE SUSTANCIAS
- Q. SALUD MENTAL
- R. DISCRIMINACIÓN COTIDIANA
- S. APOYO SOCIAL Y AISLAMIENTO

¡Bienvenido a mChoice!

Gracias por su participación en este importante proyecto. Esta encuesta le llevará aproximadamente 30 minutos.

En esta encuesta, le haremos algunas preguntas para tratar de aprender más sobre usted y su salud. Esta encuesta también incluye algunas preguntas sobre temas delicados. Toda la información que introduzca en esta encuesta es totalmente confidencial. Sus respuestas son privadas: la información que nos proporcione se mantendrá segura y sólo se compartirá con el personal del estudio. La encuesta incluye algunas preguntas personales sobre su comportamiento sexual, salud, uso de sustancias y otras áreas que algunas personas pueden considerar sensibles. Nos tomamos muy en serio su privacidad y mantendremos todas sus respuestas de forma confidencial, así que le rogamos que sea lo más honesto(a) posible.

Puede omitir cualquier pregunta si lo desea, pero le animamos a que responda a todas las preguntas de la encuesta. Toda esta información ayudará a este estudio a aprender más sobre la terapia de profilaxis preexposición (PrEP, la prevención del VIH y otros temas importantes.

### **Preguntas de Memoria basadas en el Tiempo**

Muchas preguntas le piden que piense en la última semana, semanas, mes o incluso varios meses. Por favor, lea cada pregunta para ver si le pide que piense en un período determinado y tenga en cuenta que el período cambiará entre algunas preguntas.

Como recordatorio, la fecha de hoy es [fecha actual].

### **Aviso sobre el lenguaje**

Queremos reconocer que parte del lenguaje utilizado en las preguntas de nuestro estudio puede incluir algún lenguaje anticuado o carecer de la diversidad de experiencias que ahora entendemos que existen. Aunque hacemos todo lo posible por utilizar medidas que reflejen el lenguaje emergente, a veces los puntos disponibles en la investigación no están donde deben estar y se basan en puntos desarrollados hace años. Donde ha sido posible, hemos actualizado el lenguaje o estamos trabajando con los desarrolladores para obtener nuevas versiones. Por favor, recuerde que siempre puede negarse a responder a las preguntas que no lo caractericen.

Si tiene alguna pregunta o comentario, comuníquese al personal del estudio.

Por favor, haga clic en el botón de abajo para empezar con la encuesta.

## A. DATOS DEMOGRÁFICOS

A1. ¿Cuál es su fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)? \_\_\_\_\_

## B. CORRELATOS SOCIOECONÓMICOS Y DE RIESGO

B1. ¿Ha estado alguna vez sin hogar? Al decir sin hogar, nos referimos a que ha vivido en la calle, en un refugio, en un edificio de Habitaciones de Ocupación Individual (SRO, por sus siglas en inglés) o en un coche.

[Sí = B2, de lo contrario B4]

- ☐ No
- ☐ Sí
- ☐ No sé

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

[Sí = B3, de lo contrario B4]

- ☐ No
- ☐ Sí
- ☐ No sé

B3. ¿Está usted actualmente sin hogar?

- ☐ No
- ☐ Sí
- ☐ No sé

B4. ¿En qué código postal vive? \_\_\_\_\_

- ☐ No sé

B5. ¿Nació en los Estados Unidos?

- ☐ No
- ☐ Sí
- ☐ No sé

B6. ¿Habla otro idioma que no sea el inglés en casa?

- ☐ No
- ☐ Sí
- ☐ No sé

B7. ¿Cuál es su estado civil actual?

- ☐ Casado/a
- ☐ Conviven como casados
- ☐ Separado/a

- ☐ Divorciado/a
- ☐ Viudo/a
- ☐ Nunca se ha casado
- ☐ No sé

B8. ¿Actualmente está estudiando?

- ☐ No
- ☐ Sí, a tiempo completo
- ☐ Sí, a tiempo parcial
- ☐ Inscrito/a en un programa pero con un permiso de ausencia temporal
- ☐ Prefiero no contestar

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

- ☐ Nunca he asistido a la escuela
- ☐ De 1º al 8º grado
- ☐ Del 9º al 11º grado
- ☐ Grado 12 o GED
- ☐ Algunos cursos universitarios, título de asociado o técnico
- ☐ Licenciatura
- ☐ Cualquier estudio de postgrado
- ☐ No sé

B10. ¿Qué describe mejor su situación laboral? ¿Está usted:

- ☐ Empleado/a a tiempo completo
- ☐ Trabaja a tiempo parcial
- ☐ Es amo/a de casa
- ☐ Estudiante a tiempo completo
- ☐ Está jubilado/a
- ☐ No puede trabajar por motivos de salud
- ☐ Desempleado/a
- ☐ Otros
- ☐ No sé

B11. ¿Cuáles fueron los ingresos de su hogar en [AÑO ANTES DE LA ENTREVISTA] de todas las fuentes antes de impuestos? Por "ingresos de su hogar" nos referimos a la cantidad total de dinero ganada y compartida por todas las personas que viven en su hogar. Está bien si no sabe la cantidad exacta; haga su mejor intento.

- ☐ De 0 a \$4,999 dólares
- ☐ De \$5,000 a \$9,999 dólares
- ☐ De \$10,000 a \$12,499 dólares
- ☐ De \$12,500 a \$14,999 dólares.
- ☐ De \$15,000 a \$19,999 dólares

- ☐ De \$20,000 a \$24,999 dólares
- ☐ De \$25,000 a \$29,999 dólares
- ☐ De \$30,000 a \$34,999 dólares
- ☐ De \$35,000 a \$39,999 dólares
- ☐ De \$40,000 a \$49,999 dólares
- ☐ De \$50,000 a \$59,999 dólares
- ☐ De \$60,000 a \$74,999 dólares
- ☐ De \$75,000 a \$99,999 dólares
- ☐ De \$100,000 dólares o más
- ☐ No sé

B12. Incluyéndose a sí mismo, ¿Cuántas personas dependieron de estos ingresos?

---

B13. En los últimos 12 meses, ¿Hubo algún momento en el que no hubo suficiente dinero en su hogar para el alquiler, la comida, el teléfono o otros servicios públicos como el gas o la electricidad?

- ☐ No
- ☐ Sí
- ☐ No sé

B14. En los últimos 3 meses, ¿Usted u otros adultos del hogar redujeron alguna vez las porciones de sus comidas o se saltaron comidas porque no había suficiente dinero para la comida?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sé
- ☐ Prefiero no contestar

B15. ¿Cuál es su principal medio de transporte?

- ☐ Automóvil personal o motocicleta
- ☐ Amigo/a, familiar o vecino/a
- ☐ Transporte público (autobús, metro, tren)
- ☐ Bicicleta
- ☐ A pie
- ☐ Lyft, Uber u otro servicio de transporte compartido
- ☐ Algo más
- ☐ No sé

B16. ¿Ha sido detenido alguna vez?

[Sí = B17, de lo contrario, vaya a la sección C]

- ☐ No
- ☐ Sí

- ☐ No sé

B17. ¿Ha estado alguna vez en la cárcel, prisión o en un reformatorio para menores?

- ☐ No
- ☐ Sí
- ☐ No sé

### C. ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA, COMUNICACIÓN Y PRUEBAS/DIAGNÓSTICO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

C1. ¿Tiene usted actualmente seguro médico o cobertura de atención médica? Esto incluye seguro médico privado (por ejemplo: Blue Cross Blue Shield o un plan de seguro privado de los padres) y el seguro o cobertura de atención médica pública (por ejemplo: Medicaid o Medicare).

[Sí = C2, de lo contrario C3]

- ☐ Sí, tengo uno propio
- ☐ Sí, tengo cobertura por parte de mis padres/tutores
- ☐ Sí, tengo cobertura por parte de mi cónyuge/pareja.
- ☐ No
- ☐ No sé

C2. ¿Qué tipo de seguro o cobertura médica tiene actualmente? Seleccione todo lo que corresponda.

- ☐ Un plan de salud privado - a través de un empleador o comprado directamente
- ☐ Medicaid - para algunas personas con bajos recursos
- ☐ Medicare - para las personas mayores y con discapacidades
- ☐ Algún otro plan gubernamental
- ☐ TRICARE / CHAMPUS
- ☐ Cobertura por la Administración de Veteranos
- ☐ Otro tipo de seguro médico
- ☐ No sé

C3. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que vio a un médico, enfermero/a u otro/a proveedor/a de atención médica sobre su propia salud? ¿Diría que fue...?

- ☐ En el último año
- ☐ Hace más de 1 año pero menos de 2 años
- ☐ Hace 2 a 5 años
- ☐ Hace más de 5 años
- ☐ No sé

C4. ¿Qué tan seguro está usted de poder comunicar lo siguiente (si es necesario) con proveedores de atención médica?

|                                                                                                                                      | No estoy seguro/a | Un poco seguro/a | Moderadamente seguro/a | Muy seguro/a | Totalmente seguro/a |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------|------------------------|--------------|---------------------|
| ¿Le pregunta a su proveedor/a de atención médica cosas sobre una enfermedad que tiene/tuvo y que le preocupa?                        |                   |                  |                        |              |                     |
| ¿Habla abiertamente con su proveedor/a de atención médica sobre cualquier problema que pueda estar relacionado con sus medicamentos? |                   |                  |                        |              |                     |
| ¿Soluciona diferencias con su proveedor/a de atención médica cuando surgen?                                                          |                   |                  |                        |              |                     |
| ¿Le pregunta a su proveedor/a de atención médica cosas sobre su salud (como pruebas o tratamientos) que le preocupan?                |                   |                  |                        |              |                     |
| ¿Habla abiertamente con su proveedor/a de atención médica sobre su consumo pasado o actual de drogas y/o alcohol?                    |                   |                  |                        |              |                     |
| ¿Habla abiertamente con su proveedor/a de atención médica sobre su actividad sexual?                                                 |                   |                  |                        |              |                     |

*Las siguientes preguntas se refieren a las pruebas de infecciones de transmisión sexual o ITS, como el herpes genital, la gonorrea, la clamidia, la sífilis y las verrugas genitales o anales.*

C5. ¿Alguna vez se ha hecho una prueba para una ITS que no fuera el VIH?

[Sí = C6, de lo contrario C9]

- ☐ No
- ☐ Sí
- ☐ No sé

C6. ¿Cuándo fue la última vez que se realizó una prueba para cualquier ITS?

- ☐ En los últimos 3 meses
- ☐ Hace entre 3 y 6 meses
- ☐ Hace más de 6 meses pero menos de un año
- ☐ Hace más de 1 año

C7. A lo largo de su vida, ¿Le ha dicho su médico o un profesional de salud médica que tenía alguna de las siguientes ITS? (Marque todas las que apliquen. Si no aplica ninguna, por favor marque "Ninguna de estas")

- ☐ Herpes genital
- ☐ Gonorrea
- ☐ Clamidia
- ☐ Sífilis
- ☐ Verrugas genitales o anales
- ☐ Otra ITS, especifique: \_\_\_\_
- ☐ Ninguna de estas
- ☐ No sé

C8. En los últimos 3 meses, ¿Le ha dicho su médico o un profesional de salud médica que tenía alguna de las siguientes ITS? (Marque todas las que apliquen. Si no aplica ninguna, por favor marque "Ninguna de estas").

- ☐ Herpes genital
- ☐ Gonorrea
- ☐ Clamidia
- ☐ Sífilis
- ☐ Verrugas genitales o anales
- ☐ Otra ITS, especifique: \_\_\_\_
- ☐ No recuerdo
- ☐ Ninguna de éstas
- ☐ No he acudido a un profesional de salud médica en los últimos 3 meses
- ☐ No sé

C9. ¿Qué probabilidad hay de que se haga una prueba de ITS en los próximos 3 meses?

- ☐ Muy improbable
- ☐ Un poco improbable
- ☐ Un poco probable
- ☐ Muy probable
- ☐ No sé

#### D. VIH

En la siguiente parte de la encuesta, le haremos algunas preguntas sobre sus experiencias y pensamientos sobre el VIH. Una vez más, le recordamos que todas las preguntas serán completamente confidenciales.

D1. ¿Se ha hecho alguna vez la prueba del VIH?

[Sí = D2 o bien D3]

- ☐ No
- ☐ Sí
- ☐ No sé

D2. ¿Cuándo se hizo la prueba del VIH más reciente? Por favor, introduzca el mes y el año. Está bien si no sabe la fecha exacta. Por favor, haga su mejor intento.

- ☐ [Mes]
- ☐ [Año]
- ☐ No sé

D3. En general, ¿qué tanto le preocupa contraer el VIH?

No me preocupa en absoluto                      Me preocupa mucho

0 -----10

D4. Por favor, considere las siguientes afirmaciones y seleccione si está de acuerdo o en desacuerdo con ellas

|                                                                                                                                   | Totalmente de Acuerdo | De Acuerdo | Ni de Acuerdo, ni en Descuerdo | En Desacuerdo | Totalmente en Descuerdo |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------|--------------------------------|---------------|-------------------------|
| La mayoría de la gente en mi comunidad discriminaría a alguien que vive con el VIH                                                | 1                     | 2          | 3                              | 4             | 5                       |
| La mayoría de la gente en mi comunidad apoyaría los derechos de una persona que vive con el VIH a vivir y trabajar donde quisiera | 1                     | 2          | 3                              | 4             | 5                       |
| La mayoría de la gente en mi comunidad no sería amigo/a de alguien que vive con el VIH                                            | 1                     | 2          | 3                              | 4             | 5                       |
| La mayoría de las personas en mi comunidad piensan que las personas que                                                           | 1                     | 2          | 3                              | 4             | 5                       |

|                                                                                   |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| han contraído el VIH a través del sexo o el consumo de drogas se lo han merecido. |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|

## E. ENCAMINAMIENTO DE PROFILAXIS PREXPOSICIÓN (PrEP)

La terapia de profilaxis preexposición, o PrEP, es un medicamento que puede utilizarse para reducir el riesgo de infección contra el VIH. Profilaxis preexposición (PrEP) es recetada por un médico / profesional de salud médica.

E1. ¿Está utilizando actualmente profilaxis preexposición (PrEP)?

[Sí = pase a la sección F]

- ☐ Sí
- ☐ No

E2. ¿Ha utilizado profilaxis preexposición (PrEP) anteriormente?

[No = pase a la sección E4]

- ☐ Sí
- ☐ No

E3. ¿Piensa volver a tomar profilaxis preexposición (PrEP) pronto (por pronto, nos referimos a las próximas 1-2 semanas)?

[Sí = pase a la sección H; de lo contrario, pase a la sección I].

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No estoy seguro/a

E4. ¿Piensa empezar a tomar profilaxis preexposición (PrEP) pronto (por pronto, nos referimos a las próximas 1-2 semanas)?

[Sí = pase a la sección G; de lo contrario, pase a la sección J]

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No estoy seguro/a

## F. USO ACTUAL DE PROFILAXIS PREXPOSICIÓN (PrEP)

F1. ¿De qué tipos de profilaxis preexposición (PrEP) ha oído hablar? (Elija todos los que apliquen)

|                                                          |                                                                                                                                                         |                                                                                   |                                                                                     |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Uso Diario de profilaxis preexposición (PrEP) Oral       | Una pastilla tomada diariamente                                                                                                                         | Truvada®, Descovy®, tenofovir disoproxil emtricitabina, emtricitabina/alafenamida |  |
| Uso Intermitente de profilaxis preexposición (PrEP) Oral | Una pastilla que se toma antes y después de tener relaciones sexuales. También se conoce como PrEP 2-1-1, PrEP intermitente o PrEP dictado por eventos. | Truvada®, emtricitabina/fumarato disoproxil de tenofovir                          |  |
| Profilaxis preexposición (PrEP) Inyectable               | Una inyección administrada por un médico/profesional de salud médica                                                                                    | Apretude®, cabotegravir                                                           |  |

- ☐ Otros (especifique) \_\_\_\_\_
- ☐ No sé

F2. ¿Dónde obtuvo información sobre profilaxis preexposición (PrEP) en los últimos 6 meses? (Elija todos los que apliquen).

- ☐ Médico, enfermero/a u otro proveedor/a de atención médica
- ☐ Amigo del miembro de la familia
- ☐ Escuela
- ☐ Una persona con la que mantiene relaciones sexuales
- ☐ Una persona con la que consume drogas
- ☐ Un/a consejero/a sobre el VIH
- ☐ La televisión
- ☐ Noticias
- ☐ Medios de comunicación social (Por favor, especifique)
- ☐ Otros (Por favor, especifique): \_\_\_\_\_
- ☐ No he recibido información sobre profilaxis preexposición (PrEP) en los últimos 6 meses
- ☐ No sé

F3. Por favor, elija todos los tipos de profilaxis preexposición (PrEP) que haya consultado con un médico o un/a proveedor/a de atención médica:

|                                                          |                                                                                                                                                         |                                                                                   |                                                                                      |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Uso Diario de profilaxis preexposición (PrEP) Oral       | Una pastilla tomada diariamente                                                                                                                         | Truvada®, Descovy®, tenofovir disoproxil emtricitabina, emtricitabina/alafenamida |   |
| Uso Intermitente de profilaxis preexposición (PrEP) Oral | Una pastilla que se toma antes y después de tener relaciones sexuales. También se conoce como PrEP 2-1-1, PrEP intermitente o PrEP dictado por eventos. | Truvada®, emtricitabina/fumarato disoproxil de tenofovir                          |   |
| Profilaxis preexposición (PrEP) Inyectable               | Una inyección administrada por un médico/profesional de salud médica                                                                                    | Apretude®, cabotegravir                                                           |  |

- ☐ Otros (Por favor, especifique): \_\_\_\_\_  
☐ No sé

F4. ¿Qué tipo de profilaxis preexposición (PrEP) está usando actualmente?

|                                                          |                                                                                                                                                         |                                                                                                            |                                                                                       |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Uso Diario de profilaxis preexposición (PrEP) Oral       | Una pastilla tomada diariamente                                                                                                                         | Truvada®, Descovy®, emtricitabina/fumarato de disoproxil de tenofovir, emtricitabina/tenofovir alafenamida |  |
| Uso Intermitente de profilaxis preexposición (PrEP) Oral | Una pastilla que se toma antes y después de tener relaciones sexuales. También se conoce como PrEP 2-1-1, PrEP intermitente o PrEP dictado por eventos. | Truvada®, emtricitabina/fumarato disoproxil de tenofovir                                                   |  |

|                                            |                                                                      |                         |                                                                                     |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Profilaxis preexposición (PrEP) Inyectable | Una inyección administrada por un médico/profesional de salud médica | Apretude®, cabotegravir |  |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|

- ☐ Otros (Por favor, especifique): \_\_\_\_\_
- ☐ No sé

F4b. ¿Cuándo fue la última vez que tomó una píldora de la PrEP? [La pregunta F4b se refiere a los 2 primeros métodos de PrEP seleccionados en F4a].

- ☐ Hace 0-12 horas
- ☐ Hace 12-18 horas
- ☐ Hace 18-24 horas
- ☐ Hace más de 24 horas
- ☐ En los últimos 7 días
- ☐ Hace más de 7 días

F5. ¿Cuándo empezó a tomar este medicamento: [extraiga la respuesta de la pregunta F4a]? Está bien si no sabe la fecha exacta. Por favor, haga su mejor intento.

- ☐ [Mes]
- ☐ [Año]
- ☐ No sé

F6a. ¿Por qué usa actualmente profilaxis preexposición (PrEP)? (Elija todas las que apliquen)

- ☐ Tengo relaciones sexuales o estoy pensando en tenerlas con alguien que vive con el VIH
- ☐ Tengo relaciones sexuales o estoy pensando en tenerlas con alguien cuyo estado de VIH desconozco
- ☐ Quiero estar en control de mi salud sexual.
- ☐ Quiero reducir mi ansiedad en torno al sexo
- ☐ Quiero aumentar mi satisfacción sexual e intimidad
- ☐ Quiero estar protegido y saludable.
- ☐ Quiero tener un futuro mejor
- ☐ Tengo relaciones sexuales con varias parejas
- ☐ No siempre uso preservativos (o no me gusta usarlos)
- ☐ Mi(s) pareja(s) no quiere(n) usar preservativos
- ☐ Tuve un susto anterior con el VIH
- ☐ Mi proveedor/a de atención médica me lo recomendó
- ☐ Me diagnosticaron recientemente con una infección de transmisión sexual (ITS)
- ☐ Muchas personas de mi comunidad toman profilaxis preexposición (PrEP)
- ☐ Otros, por favor, especifique: \_\_\_\_\_

[Si selecciona varias opciones=F6b, de lo contrario F7]

F6b. Por favor, clasifique las razones por que actualmente usa profilaxis preexposición (PrEP) en orden de importancia, con el 1 siendo la razón más importante, 2 siendo la siguiente razón más importante, hasta llegar a la razón menos importante.

- o [Respuestas de la pregunta F6a] lista por orden de importancia

F7. ¿Ha utilizado alguna vez otro tipo de profilaxis preexposición (PrEP), un tipo de profilaxis preexposición (PrEP) distinto al que está usando actualmente?

[Sí=F8, de lo contrario F24]

- o No
- o Sí
- o No sé

F8. ¿Qué otro(s) tipo(s) de profilaxis preexposición (PrEP) ha usado? Por favor, clasifíquelos por orden de uso (1=primer tipo de PrEP usado, 2 = segundo tipo de PrEP usado, etc.).

|                                                          |                                                                                                                                                         |                                                                                                             |                                                                                       |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Uso Diario de profilaxis preexposición (PrEP) Oral       | Una pastilla tomada diariamente                                                                                                                         | Truvada®, Descovy®, emtricitabina/fumarato de disoproxilo de tenofovir, emtricitabina/tenofovir alafenamida |    |
| Uso Intermitente de profilaxis preexposición (PrEP) Oral | Una pastilla que se toma antes y después de tener relaciones sexuales. También se conoce como PrEP 2-1-1, PrEP intermitente o PrEP dictado por eventos. | Truvada®, emtricitabina/fumarato disoproxy de tenofovir                                                     |   |
| Profilaxis preexposición (PrEP) Inyectable               | Una inyección administrada por un médico/profesional de salud médica                                                                                    | Apretude®, cabotegravir                                                                                     |  |

- o Otros (Por favor, especifique): \_\_\_\_\_
- o No sé

[Las preguntas F9- F17 se refieren al primer método de profilaxis preexposición (PrEP) seleccionado en la pregunta F8].

F9. ¿Cuándo comenzó a tomar este medicamento: [extraiga la respuesta nº 1 de la pregunta F8]? Está bien si no sabe la fecha exacta. Por favor, haga su mejor intento.

- ☐ [Mes]
- ☐ [Año]
- ☐ No sé

F10. ¿Cuándo dejó de tomar este medicamento: [extraiga la respuesta nº 1 de la pregunta F8]? Está bien si no sabe la fecha exacta. Por favor, haga su mejor intento.

- ☐ [Mes]
- ☐ [Año]
- ☐ No sé

F11. ¿Por qué cambió a un tipo de profilaxis preexposición (PrEP) diferente al de [extraiga la respuesta nº 1 de la pregunta F8]? (Elija todas las que apliquen)

- ☐ Recomendado por el médico o un/a proveedor/a de atención médica
- ☐ Recomendado por un amigo/a, pareja o familiar
- ☐ Costo
- ☐ Efectos secundarios
- ☐ Problemas con el seguro médico
- ☐ Más fácil de usar
- ☐ Más seguro de usar
- ☐ Más eficaz para prevenir la infección por el VIH
- ☐ Requiere menos visitas/laboratorios/farmacia
- ☐ El horario de la dosis era más fácil de recordar
- ☐ Era menos probable que la gente se enterara de que estaba tomando profilaxis preexposición (PrEP)
- ☐ Otros, especifique: \_\_\_\_\_
- ☐ No sé

F12. Por favor, clasifique las razones por las que cambió de profilaxis preexposición (PrEP) en ese momento por orden de importancia, con el 1 siendo la razón más importante por la que cambió, el 2 siendo la siguiente razón más importante, hasta llegar a la razón menos importante.

- ☐ [Respuestas de la pregunta F11] lista por orden de importancia

[Si >1 método de profilaxis preexposición (PrEP) seleccionado en la pregunta F8 = F18; de lo contrario, pase a F24].

F18. ¿Cuándo empezó a tomar este medicamento: [extraiga de la respuesta nº 2 de F8]? Está bien si no sabe la fecha exacta. Por favor, haga su mejor intento.

- ☐ [Mes]
- ☐ [Año]
- ☐ No sé

F19. ¿Cuándo dejó de tomar este medicamento: [extraiga la respuesta #2 de la pregunta F8]? Está bien si no sabe la fecha exacta. Por favor, haga su mejor intento.

- ☐ [Mes]
- ☐ [Año]
- ☐ No sé

F22. ¿Por qué cambió a otro tipo de profilaxis preexposición (PrEP) en lugar de [respuesta #2 de F9]? (Marque todas las que apliquen)

- ☐ Recomendado por un médico o un/a proveedor/a de atención médica
- ☐ Recomendado por un amigo/a, pareja o familiar
- ☐ Costo
- ☐ Efectos secundarios
- ☐ Problemas con el seguro médico
- ☐ Más fácil de usar
- ☐ Más seguro de usar
- ☐ Más eficaz en prevenir la infección por el VIH
- ☐ Requiere menos visitas/laboratorios/farmacia
- ☐ El horario de la dosis era más fácil de recordar
- ☐ Era menos probable que la gente se enterara de que estaba tomando profilaxis preexposición (PrEP)
- ☐ Otros, especifique: \_\_\_\_\_
- ☐ No sé
- ☐

[Si selecciona varias opciones=F23, de lo contrario F24]

F23. Por favor, clasifique las razones por las que cambió de tipo de profilaxis preexposición (PrEP) por orden de importancia, con el 1 siendo la razón más importante por la que cambió, el 2 siendo la siguiente razón más importante, hasta llegar a la razón menos importante.

- ☐ [Respuestas de la pregunta F22] lista por orden de importancia

[Pase a la pregunta F24]

F24. F24. ¿Qué tan satisfecho está con el tipo de profilaxis preexposición (PrEP) que está usando actualmente?

- ☐ Muy satisfecho/a
- ☐ Moderadamente satisfecho/a
- ☐ Ni satisfecho/a ni insatisfecho/a
- ☐ Moderadamente insatisfecho/a

- ☐ Muy insatisfecho/a

F25. ¿Qué opina sobre la eficiencia de profilaxis preexposición (PrEP) para prevenir que alguien se contagie del VIH, cuando es tomada de la manera prescrita?

- ☐ Muy/completamente eficaz
- ☐ Un poco eficaz
- ☐ Mínimamente eficaz
- ☐ No es tan eficaz
- ☐ No sé

F26. ¿Qué opina sobre si profilaxis preexposición (PrEP) ayuda a prevenir otros tipos de infecciones de transmisión sexual (ITS), como la gonorrea o la clamidia?

- ☐ PrEP no tiene ningún efecto sobre otras ITS
- ☐ PrEP ayuda a prevenir otras ITS
- ☐ No sé

F27. ¿Hasta qué punto cree que tomar profilaxis preexposición (PrEP) afecta su probabilidad de usar preservativos?

- ☐ Significativamente menos probable
- ☐ Un poco menos probable
- ☐ No va a cambiar
- ☐ Un poco más probable
- ☐ Significativamente más probable
- ☐ No sé

F28. ¿Quién sabe que usa profilaxis preexposición (PrEP)? (Marque todas las opciones que apliquen)

- ☐ Miembro(s) de la familia
- ☐ Amigo
- ☐ Pareja(s) romántica(s)
- ☐ Pareja(s) sexual(es)
- ☐ Proveedor/a de atención médica (que no sea su proveedor/a de PrEP)
- ☐ Otro(s), por favor especifique
- ☐ Nadie
- ☐ No sé

Ahora queremos hacerle algunas preguntas sobre sus experiencias y sentimientos relacionados con el uso de profilaxis preexposición (PrEP).

F29. Por favor, seleccione el grado con el que está de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

|  | Totalmente | De | Ni de | En | Totalmente en |
|--|------------|----|-------|----|---------------|
|--|------------|----|-------|----|---------------|

|                                                                                                                          | de Acuerdo | Acuerdo | Acuerdo, ni<br>en<br>Descuerdo | Desacuerdo | Descacuerdo |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------|--------------------------------|------------|-------------|
| Me han rechazado románticamente por tomar profilaxis preexposición (PrEP)                                                |            |         |                                |            |             |
| He sido juzgado por un/a proveedor/a de atención médica por tomar profilaxis preexposición (PrEP)                        |            |         |                                |            |             |
| La gente de mi comunidad me ha culpado de propagar el VIH por tomar profilaxis preexposición (PrEP)                      |            |         |                                |            |             |
| Me han avergonzado por tomar profilaxis preexposición (PrEP) (o me han dicho que soy un/a "puto/a de Truvada o Descovy") |            |         |                                |            |             |
| Me han discriminado injustamente por tomar profilaxis preexposición (PrEP)                                               |            |         |                                |            |             |
| Me han gritado o regañado por tomar profilaxis preexposición (PrEP)                                                      |            |         |                                |            |             |
| He sufrido violencia física por tomar profilaxis preexposición (PrEP)                                                    |            |         |                                |            |             |

F30. Por favor, seleccione el grado con el que está de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

|                                                                                                                                    | Totalmente de Acuerdo | De Acuerdo | Ni de Acuerdo, ni en Descuerdo | En Desacuerdo | Totalmente en Descacuerdo |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------|--------------------------------|---------------|---------------------------|
| Me preocupa que la gente asuma que tengo relaciones sexuales con muchas personas si saben que tomo profilaxis preexposición (PrEP) |                       |            |                                |               |                           |
| Me preocupa que la gente asuma que soy VIH+ si saben que tomo profilaxis preexposición (PrEP)                                      |                       |            |                                |               |                           |
| Me preocupa que la gente piense que mi(s) pareja(s) es(son) seropositiva(s) si saben que tomo profilaxis preexposición (PrEP)      |                       |            |                                |               |                           |
| Me preocupa incluir profilaxis preexposición (PrEP) como uno de mis medicamentos actuales en las consultas                         |                       |            |                                |               |                           |

|                                                                                                           |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| médicas                                                                                                   |  |  |  |  |  |
| Me da vergüenza decirles a otras personas que estoy tomando profilaxis preexposición (PrEP)               |  |  |  |  |  |
| Me preocupa que la gente piense que soy una mala persona si sabe que tomo profilaxis preexposición (PrEP) |  |  |  |  |  |
| Me preocupa que la gente piense que soy gay si saben que tomo profilaxis preexposición (PrEP)             |  |  |  |  |  |
| Me preocupa que mis amigos/as se enteren de que tomo profilaxis preexposición (PrEP)                      |  |  |  |  |  |
| Me preocupa que mi familia se entere de que tomo profilaxis preexposición (PrEP)                          |  |  |  |  |  |
| Me preocupa que mis parejas sexuales se enteren de que tomo profilaxis preexposición (PrEP)               |  |  |  |  |  |
| Creo que la gente me hará sentir mal si les digo que tomo profilaxis preexposición (PrEP)                 |  |  |  |  |  |
| Creo que la gente me juzgará si sabe que tomo profilaxis preexposición (PrEP)                             |  |  |  |  |  |

[Pase a la sección K]

## G. NUEVA PRESCRIPCIÓN DE PROFILAXIS PREXPOSICIÓN (PrEP)

G1. Antes del día de hoy, ¿Había oído hablar alguna vez de profilaxis preexposición (PrEP) para reducir el riesgo de contraer el VIH?

[Sí = G2, de lo contrario G4]

- ☐ No
- ☐ Sí
- ☐ No sé

G2. ¿De qué tipos de profilaxis preexposición (PrEP) ha oído hablar? (Elija todas las que apliquen)

|                                                    |                                 |                                                                                                             |                                                                                       |
|----------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Uso Diario de profilaxis preexposición (PrEP) Oral | Una pastilla tomada diariamente | Truvada®, Descovy®, emtricitabina/fumarato de disoproxilo de tenofovir, emtricitabina/tenofovir alafenamida |  |
|----------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                          |                                                                                                                                                         |                                                         |                                                                                     |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Uso Intermitente de profilaxis preexposición (PrEP) Oral | Una pastilla que se toma antes y después de tener relaciones sexuales. También se conoce como PrEP 2-1-1, PrEP intermitente o PrEP dictado por eventos. | Truvada®, emtricitabina/fumarato disoproxy de tenofovir |  |
| profilaxis preexposición (PrEP) Inyectable               | Una inyección administrada por un médico/profesional de salud médica                                                                                    | Apretude®, cabotegravir                                 |  |

- ☐ Otros (Por favor, especifique): \_\_\_\_\_
- ☐ No he oído hablar de ninguna de estas opciones de profilaxis preexposición (PrEP)
- ☐ No sé

G3. ¿Dónde obtuvo información sobre profilaxis preexposición (PrEP) en los últimos 6 meses? (Elija todos los que apliquen).

- ☐ Médico, enfermero/a u otro proveedor/a de atención médica
- ☐ Amigo del miembro de la familia
- ☐ Escuela
- ☐ Una persona con la que mantiene relaciones sexuales
- ☐ Una persona con la que consume drogas
- ☐ Un/a consejero/a sobre el VIH
- ☐ La televisión
- ☐ Noticias
- ☐ Medios de comunicación social (Por favor, especifique)
- ☐ Otros (Por favor, especifique): \_\_\_\_\_
- ☐ No he recibido información sobre profilaxis preexposición (PrEP) en los últimos 6 meses
- ☐ No sé

G4. Por favor, elija todos los tipos de profilaxis preexposición (PrEP) que haya consultado con un médico o un/a proveedor/a de atención médica:

|                                                    |                                 |                                                                                                             |                                                                                       |
|----------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Uso Diario de profilaxis preexposición (PrEP) Oral | Una pastilla tomada diariamente | Truvada®, Descovy®, emtricitabina/fumarato de disoproxilo de tenofovir, emtricitabina/tenofovir alafenamida |  |
|----------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                          |                                                                                                                                                         |                                                         |                                                                                     |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Uso Intermitente de profilaxis preexposición (PrEP) Oral | Una pastilla que se toma antes y después de tener relaciones sexuales. También se conoce como PrEP 2-1-1, PrEP intermitente o PrEP dictado por eventos. | Truvada®, emtricitabina/fumarato disoproxy de tenofovir |  |
| profilaxis preexposición (PrEP) Inyectable               | Una inyección administrada por un médico/profesional de salud médica                                                                                    | Apretude®, cabotegravir                                 |  |

- o Otros (Por favor, especifique): \_\_\_\_\_
- o No sé

G5. ¿Qué tipo de profilaxis preexposición (PrEP) tiene previsto iniciar?

|                                                          |                                                                                                                                                         |                                                                                                             |                                                                                       |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Uso Diario de profilaxis preexposición (PrEP) Oral       | Una pastilla tomada diariamente                                                                                                                         | Truvada®, Descovy®, emtricitabina/fumarato de disoproxilo de tenofovir, emtricitabina/tenofovir alafenamida |   |
| Uso Intermitente de profilaxis preexposición (PrEP) Oral | Una pastilla que se toma antes y después de tener relaciones sexuales. También se conoce como PrEP 2-1-1, PrEP intermitente o PrEP dictado por eventos. | Truvada®, emtricitabina/fumarato disoproxy de tenofovir                                                     |  |
| Profilaxis preexposición (PrEP) Inyectable               | Una inyección administrada por un médico/profesional de salud médica                                                                                    | Apretude®, cabotegravir                                                                                     |  |

- o Otros (Por favor, especifique): \_\_\_\_\_
- o No sé

G6. ¿Cuándo tiene pensado iniciar profilaxis preexposición (PrEP)? Está bien si no sabe la fecha exacta. Por favor, haga su mejor intento.

- ☐ [Mes]
- ☐ [Año]
- ☐ No sé

G7. ¿Por qué ha decidido empezar a tomar profilaxis preexposición (PrEP)? (Elija todas las que apliquen)

- ☐ Tengo relaciones sexuales o estoy pensando en tenerlas con alguien que vive con el VIH
- ☐ Tengo relaciones sexuales o estoy pensando en tenerlas con alguien cuyo estado de VIH desconozco
- ☐ Quiero estar en control de mi salud sexual.
- ☐ Quiero reducir mi ansiedad en torno al sexo
- ☐ Quiero aumentar mi satisfacción sexual e intimidad
- ☐ Quiero estar protegido y saludable.
- ☐ Quiero tener un futuro mejor
- ☐ Tengo relaciones sexuales con varias parejas
- ☐ No siempre uso preservativos (o no me gusta usarlos)
- ☐ Mi(s) pareja(s) no quiere(n) usar preservativos
- ☐ Tuve un susto anterior con el VIH
- ☐ Mi proveedor/a de atención médica me lo recomendó
- ☐ Me diagnosticaron recientemente con una infección de transmisión sexual (ITS)
- ☐ Muchas personas de mi comunidad toman profilaxis preexposición (PrEP)
- ☐ Otros, por favor, especifique: \_\_\_\_\_

[Si selecciona varias opciones=G8, de lo contrario G9]

G8. Por favor, clasifique las razones por que va a empezar a tomar profilaxis preexposición (PrEP) en orden de importancia, con el 1 siendo la razón más importante, 2 siendo la siguiente razón más importante, hasta llegar a la razón menos importante.

- ☐ [Respuestas de la pregunta G7] lista por orden de importancia

G9. ¿Qué opina sobre la eficiencia de profilaxis preexposición (PrEP) para prevenir que alguien se contagie del VIH, cuando es tomada de la manera prescrita?

- ☐ Muy/completamente eficaz
- ☐ Un poco eficaz
- ☐ Mínimamente eficaz
- ☐ No es tan eficaz
- ☐ No sé

G10. ¿Qué opina sobre si profilaxis preposición (PrEP) ayuda a prevenir otros tipos de infecciones de transmisión sexual (ITS), como la gonorrea o la clamidia?

- ☐ Profilaxis preposición (PrEP) no tiene ningún efecto sobre otras ITS
- ☐ Profilaxis preposición (PrEP) ayuda a prevenir otras ITS
- ☐ No sé

G11. ¿Hasta qué punto cree que tomar profilaxis preposición (PrEP) afecta su probabilidad de usar preservativos?

- ☐ Significativamente menos probable
- ☐ Un poco menos probable
- ☐ No va a cambiar
- ☐ Un poco más probable
- ☐ Significativamente más probable
- ☐ No sé

G12. ¿Quién sabe que está planeando empezar a tomar profilaxis preposición (PrEP)?

(Marque todo lo que apliquen)

- ☐ Miembro(s) de la familia
- ☐ Amigo
- ☐ Pareja(s) romántica(s)
- ☐ Pareja(s) sexual(es)
- ☐ Proveedor/a de atención médica (que no sea su proveedor/a de PrEP)
- ☐ Otro(s), por favor especifique
- ☐ Nadie
- ☐ No sé

Ahora queremos hacerle algunas preguntas sobre sus sentimientos relacionados con el inicio de profilaxis preposición (PrEP).

G13. Seleccione cuánto está de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

|                                                                                                                                  | Totalmente de Acuerdo | De Acuerdo | Ni de Acuerdo, ni en Descuerdo | En Descuerdo | Totalmente en Descuerdo |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------|--------------------------------|--------------|-------------------------|
| Me preocupa que la gente asuma que tengo relaciones sexuales con muchas personas si saben que tomo profilaxis preposición (PrEP) |                       |            |                                |              |                         |
| Me preocupa que la gente asuma que soy VIH+ si saben que tomo profilaxis preposición (PrEP)                                      |                       |            |                                |              |                         |
| Me preocupa que la gente piense que mi(s) pareja(s) es(son) seropositiva(s) si saben que tomo                                    |                       |            |                                |              |                         |

|                                                                                                                    |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| profilaxis preexposición (PrEP)                                                                                    |  |  |  |  |  |
| Me preocupa incluir profilaxis preexposición (PrEP) como uno de mis medicamentos actuales en las consultas médicas |  |  |  |  |  |
| Me da vergüenza decirles a otras personas que estoy tomando profilaxis preexposición (PrEP)                        |  |  |  |  |  |
| Me preocupa que la gente piense que soy una mala persona si sabe que tomo profilaxis preexposición (PrEP)          |  |  |  |  |  |
| Me preocupa que la gente piense que soy gay si saben que tomo profilaxis preexposición (PrEP)                      |  |  |  |  |  |
| Me preocupa que mis amigos/as se enteren de que tomo profilaxis preexposición (PrEP)                               |  |  |  |  |  |
| Me preocupa que mi familia se entere de que tomo profilaxis preexposición (PrEP)                                   |  |  |  |  |  |
| Me preocupa que mis parejas sexuales se enteren de que tomo profilaxis preexposición (PrEP)                        |  |  |  |  |  |
| Creo que la gente me hará sentir mal si les digo que tomo profilaxis preexposición (PrEP)                          |  |  |  |  |  |
| Creo que la gente me juzgará si sabe que tomo profilaxis preexposición (PrEP)                                      |  |  |  |  |  |

[Pase a la sección K]

## H. REANUDACIÓN DE PROFILAXIS PREXPOSICIÓN (PrEP)

H1. ¿De qué tipos de profilaxis preexposición (PrEP) ha oído hablar? (Elija todas las que correspondan)

|                                                    |                                 |                                                                                                             |                                                                                       |
|----------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Uso Diario de profilaxis preexposición (PrEP) Oral | Una pastilla tomada diariamente | Truvada®, Descovy®, emtricitabina/fumarato de disoproxilo de tenofovir, emtricitabina/tenofovir alafenamida |  |
|----------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                          |                                                                                                                                                         |                                                         |                                                                                     |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Uso Intermitente de profilaxis preexposición (PrEP) Oral | Una pastilla que se toma antes y después de tener relaciones sexuales. También se conoce como PrEP 2-1-1, PrEP intermitente o PrEP dictado por eventos. | Truvada®, emtricitabina/fumarato disoproxy de tenofovir |  |
| Profilaxis preexposición (PrEP) Inyectable               | Una inyección administrada por un médico/profesional de salud médica                                                                                    | Apertude®, cabotegravir                                 |  |

- ☐ Otros (Por favor, especifique): \_\_\_\_\_
- ☐ No sé

H2. ¿Dónde obtuvo información sobre profilaxis preexposición (PrEP) en los últimos 6 meses? (Elija todos los que apliquen).

- ☐ Médico, enfermero/a u otro proveedor/a de atención médica
- ☐ Amigo del miembro de la familia
- ☐ Escuela
- ☐ Una persona con la que mantiene relaciones sexuales
- ☐ Una persona con la que consume drogas
- ☐ Un/a consejero/a sobre el VIH
- ☐ La televisión
- ☐ Noticias
- ☐ Medios de comunicación social (Por favor, especifique)
- ☐ Otros (Por favor, especifique): \_\_\_\_\_
- ☐ No he recibido información sobre profilaxis preexposición (PrEP) en los últimos 6 meses
- ☐ No sé

H3. Por favor, elija todos los tipos de profilaxis preexposición (PrEP) que haya consultado con un médico o un/a proveedor/a de atención médica:

|                                                    |                                 |                                                                                                             |                                                                                       |
|----------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Uso Diario de profilaxis preexposición (PrEP) Oral | Una pastilla tomada diariamente | Truvada®, Descovy®, emtricitabina/fumarato de disoproxilo de tenofovir, emtricitabina/tenofovir alafenamida |  |
|----------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                          |                                                                                                                                                         |                                                         |                                                                                     |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Uso Intermitente de profilaxis preexposición (PrEP) Oral | Una pastilla que se toma antes y después de tener relaciones sexuales. También se conoce como PrEP 2-1-1, PrEP intermitente o PrEP dictado por eventos. | Truvada®, emtricitabina/fumarato disoproxy de tenofovir |  |
| Profilaxis preexposición (PrEP) Inyectable               | Una inyección administrada por un médico/profesional de salud médica                                                                                    | Apretude®, cabotegravir                                 |  |

- o Otros (Por favor, especifique): \_\_\_\_\_
- o No sé

H4. ¿Qué tipos de profilaxis preexposición (PrEP) ha usado anteriormente? Por favor, clasifíquelos por orden de uso (1=primer tipo de PrEP usado, 2 = segundo tipo de PrEP usado, etc.).

|                                                          |                                                                                                                                                         |                                                                                                             |                                                                                       |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Uso Diario de profilaxis preexposición (PrEP) Oral       | Una pastilla tomada diariamente                                                                                                                         | Truvada®, Descovy®, emtricitabina/fumarato de disoproxilo de tenofovir, emtricitabina/tenofovir alafenamida |   |
| Uso Intermitente de profilaxis preexposición (PrEP) Oral | Una pastilla que se toma antes y después de tener relaciones sexuales. También se conoce como PrEP 2-1-1, PrEP intermitente o PrEP dictado por eventos. | Truvada®, emtricitabina/fumarato disoproxy de tenofovir                                                     |  |
| Profilaxis preexposición (PrEP) Inyectable               | Una inyección administrada por un médico/profesional de salud médica                                                                                    | Apretude®, cabotegravir                                                                                     |  |

- o Otros (Por favor, especifique): \_\_\_\_\_
- o No sé

H5. ¿Cuándo empezó a tomar este medicamento: [extraiga la respuesta nº 1 de la pregunta H1]? Está bien si no sabe la fecha exacta. Por favor, haga su mejor intento.

- ☐ [Mes]
- ☐ [Año]
- ☐ No sé

H6. ¿Cuándo dejó de tomar este medicamento: [extraiga la respuesta nº 1 de la pregunta H1]? Está bien si no sabe la fecha exacta. Por favor, haga su mejor intento.

- ☐ [Mes]
- ☐ [Año]
- ☐ No sé

H7. ¿Por qué dejó de tomar este medicamento, [extraiga la respuesta nº 1 de la pregunta H1]? (Elija todas las que apliquen)

- ☐ Ya no podía pagarlo
- ☐ No pensé que ya corría riesgo de contraer el VIH
- ☐ Mi seguro médico no lo cubría, o perdí mi seguro médico
- ☐ No quería seguir tomando una pastilla todos los días.
- ☐ Mis padres o tutores se enteraron y me obligaron a dejar de hacerlo
- ☐ Me olvidaba de tomar la pastilla.
- ☐ Tenía problemas para llegar a las citas de seguimiento
- ☐ Tenía problemas para conseguir profilaxis preexposición (PrEP)
  - ☐ o con la farmacia
- ☐ Tenía efectos secundarios
- ☐ La gente reaccionaba negativamente cuando se enteraron de que estaba tomando profilaxis preexposición (PrEP)
- ☐ Me preocupaban los efectos a largo plazo de profilaxis preexposición (PrEP) por mi salud
- ☐ Tenía un problema médico que hacía que no fuera seguro seguir tomando profilaxis preexposición (PrEP)
- ☐ Empecé a usar preservativos todo el tiempo
- ☐ No podía tomar el medicamento (tenía mal sabor, la pastilla era demasiado grande)
- ☐ Otros, por favor, especifique: \_\_\_\_\_
- ☐ No sé

H8. Por favor, clasifique las razones por las que dejó la profilaxis preexposición (PrEP) en ese momento en orden de importancia, con el 1 siendo la razón más importante, 2 siendo la siguiente razón más importante, hasta llegar a la razón menos importante.

[Respuestas de la pregunta H7] lista por orden de importancia

[Si hay varias opciones seleccionadas en la pregunta H4 = Repita la serie de preguntas H5-H8 para todas las selecciones; de lo contrario, H9]

H9. ¿Habló con su médico o proveedor/a de atención médica antes de dejar de tomar profilaxis preexposición (PrEP)?

- ☐ No
- ☐ Sí
- ☐ No sé

H10. Por favor, elija las afirmaciones que describen su comportamiento sexual después de dejar de tomar profilaxis preexposición (PrEP). (Elija todas las que apliquen)

- ☐ No tuve ningún contacto sexual después de dejar de tomar profilaxis preexposición (PrEP) [Pase a la pregunta H10].
- ☐ Tuve sexo oral después de dejar de tomar profilaxis preexposición (PrEP)
- ☐ Tuve sexo anal después de dejar de tomar profilaxis preexposición (PrEP)
- ☐ Tuve sexo vaginal cuando dejé de tomar profilaxis preexposición (PrEP) (puse mi pene en una vagina o neovagina)
- ☐ No sé

H11. Por favor, seleccione las afirmaciones que describen su uso de preservativos después de dejar de tomar profilaxis preexposición (PrEP). (Elija todas las que apliquen)

- ☐ Usé un preservativo en cada contacto sexual después de dejar de tomar profilaxis preexposición (PrEP)
- ☐ Usé un preservativo en la mayoría de los contactos sexuales después de dejar de tomar profilaxis preexposición (PrEP)
- ☐ Usé un preservativo en algunos contactos sexuales después de dejar de tomar profilaxis preexposición (PrEP)
- ☐ No usé preservativos después de dejar de tomar profilaxis preexposición (PrEP)
- ☐ No sé

H12. ¿Qué tipo de profilaxis preexposición (PrEP) tiene previsto empezar a tomar?

|                                                    |                                 |                                                                                   |                                                                                       |
|----------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Uso Diario de profilaxis preexposición (PrEP) Oral | Una pastilla tomada diariamente | Truvada®, Descovy®, tenofovir disoproxil emtricitabina, emtricitabina/alafenamida |  |
|----------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                          |                                                                                                                                                         |                                                         |                                                                                     |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Uso Intermitente de profilaxis preexposición (PrEP) Oral | Una pastilla que se toma antes y después de tener relaciones sexuales. También se conoce como PrEP 2-1-1, PrEP intermitente o PrEP dictado por eventos. | Truvada®, emtricitabina/fumarato disoproxy de tenofovir |  |
| Profilaxis preexposición (PrEP) Inyectable               | Una inyección administrada por un médico/profesional de salud médica                                                                                    | Apretude®, cabotegravir                                 |  |

- ☐ Otros (Por favor, especifique): \_\_\_\_\_
- ☐ No sé

H13. ¿Cuándo tiene previsto volver a tomar profilaxis preexposición (PrEP)? Está bien si no sabe la fecha exacta. Por favor, haga su mejor intento.

- ☐ [Mes]
- ☐ [Año]
- ☐ No sé

H14. ¿Por qué ha decidido volver a tomar profilaxis preexposición (PrEP)? (Elija todas las que apliquen)

- ☐ Tengo relaciones sexuales o estoy pensando en tenerlas con alguien que vive con el VIH
- ☐ Tengo relaciones sexuales o estoy pensando en tenerlas con alguien cuyo estado de VIH desconozco
- ☐ Quiero estar en control de mi salud sexual.
- ☐ Quiero reducir mi ansiedad en torno al sexo
- ☐ Quiero aumentar mi satisfacción sexual e intimidad
- ☐ Quiero estar protegido y saludable.
- ☐ Quiero tener un futuro mejor
- ☐ Tengo relaciones sexuales con varias parejas
- ☐ No siempre uso preservativos (o no me gusta usarlos)
- ☐ Mi(s) pareja(s) no quiere(n) usar preservativos
- ☐ Tuve un susto anterior con el VIH
- ☐ Mi proveedor/a de atención médica me lo recomendó
- ☐ Me diagnosticaron recientemente con una infección de transmisión sexual (ITS)
- ☐ Muchas personas de mi comunidad toman profilaxis preexposición (PrEP)
- ☐ Otros, por favor, especifique: \_\_\_\_\_

[Si selecciona varias opciones=H15, de lo contrario H16]

H15. Por favor, clasifique las razones por las que está volviendo a tomar profilaxis preexposición (PrEP) por orden de importancia, con el 1 siendo la razón más importante, 2 siendo la siguiente razón más importante, hasta llegar a la razón menos importante.

[Respuestas de la pregunta H14] lista por orden de importancia

H16. ¿Quién sabe que está planeando volver a tomar profilaxis preexposición (PrEP)? (Marque todo lo que apliquen)

- ☐ Miembro(s) de la familia
- ☐ Amigo
- ☐ Pareja(s) romántica(s)
- ☐ Pareja(s) sexual(es)
- ☐ Proveedor/a de atención médica (que no sea su proveedor/a de profilaxis preexposición (PrEP))
- ☐ Otro(s), por favor especifique
- ☐ Nadie
- ☐ No sé

H17. ¿Qué opina sobre que tan eficaz es profilaxis preexposición (PrEP) para prevenir que alguien se contagie del VIH, cuando es tomada de la manera prescrita?

- ☐ Muy/completamente eficaz
- ☐ Un poco eficaz
- ☐ Mínimamente eficaz
- ☐ No es tan eficaz
- ☐ No sé

H18. ¿Qué opina sobre si profilaxis preexposición (PrEP) ayuda a prevenir otros tipos de infecciones de transmisión sexual (ITS), como la gonorrea o la clamidia?

- ☐ Profilaxis preexposición (PrEP) no tiene ningún efecto sobre otras ITS
- ☐ Profilaxis preexposición (PrEP) ayuda a prevenir otras ITS
- ☐ No sé

H19. ¿Hasta qué punto cree que volver a tomar profilaxis preexposición (PrEP) afecta su probabilidad de usar preservativos?

- ☐ Significativamente menos probable
- ☐ Un poco menos probable
- ☐ No va a cambiar
- ☐ Un poco más probable
- ☐ Significativamente más probable
- ☐ No sé

Ahora queremos hacerle algunas preguntas sobre sus sentimientos relacionados con tomar profilaxis preexposición (PrEP)

H20. Por favor, seleccione el grado con el que está de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

|                                                                                                                          | Totalmente de Acuerdo | De Acuerdo | Ni de Acuerdo, ni en Descuerdo | En Descuerdo | Totalmente en Descuerdo |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------|--------------------------------|--------------|-------------------------|
| Me han rechazado románticamente por tomar profilaxis preexposición (PrEP)                                                |                       |            |                                |              |                         |
| He sido juzgado por un/a proveedor/a de atención médica por tomar profilaxis preexposición (PrEP)                        |                       |            |                                |              |                         |
| La gente de mi comunidad me ha culpado de propagar el VIH por tomar profilaxis preexposición (PrEP)                      |                       |            |                                |              |                         |
| Me han avergonzado por tomar profilaxis preexposición (PrEP) (o me han dicho que soy un/a "puto/a de Truvada o Descovy") |                       |            |                                |              |                         |
| Me han discriminado injustamente por tomar profilaxis preexposición (PrEP)                                               |                       |            |                                |              |                         |
| Me han gritado o regañado por tomar profilaxis preexposición (PrEP)                                                      |                       |            |                                |              |                         |
| He sufrido violencia física por tomar profilaxis preexposición (PrEP)                                                    |                       |            |                                |              |                         |

Ahora queremos hacerle algunas preguntas sobre sus sentimientos relacionados con volver a tomar profilaxis preexposición (PrEP).

H21. Por favor, seleccione el grado con el que está de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

|                                                                                                                                    | Totalmente de Acuerdo | De Acuerdo | Ni de Acuerdo, ni en Descuerdo | En Descuerdo | Totalmente en Descuerdo |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------|--------------------------------|--------------|-------------------------|
| Me preocupa que la gente asuma que tengo relaciones sexuales con muchas personas si saben que tomo profilaxis preexposición (PrEP) |                       |            |                                |              |                         |
| Me preocupa que la gente asuma que soy VIH+ si saben que tomo profilaxis preexposición (PrEP)                                      |                       |            |                                |              |                         |
| Me preocupa que la gente piense que mi(s) pareja(s) es(son) seropositiva(s) si saben que tomo profilaxis preexposición (PrEP)      |                       |            |                                |              |                         |
| Me preocupa incluir profilaxis preexposición (PrEP) como uno de mis medicamentos actuales en las consultas médicas                 |                       |            |                                |              |                         |
| Me da vergüenza decirles a otras personas que estoy tomando profilaxis preexposición (PrEP)                                        |                       |            |                                |              |                         |
| Me preocupa que la gente piense que soy una mala persona si sabe que tomo profilaxis preexposición (PrEP)                          |                       |            |                                |              |                         |
| Me preocupa que la gente piense que soy gay si saben que tomo profilaxis preexposición (PrEP)                                      |                       |            |                                |              |                         |
| Me preocupa que mis amigos/as se enteren de que tomo profilaxis preexposición (PrEP)                                               |                       |            |                                |              |                         |
| Me preocupa que mi familia se entere de que tomo profilaxis preexposición (PrEP)                                                   |                       |            |                                |              |                         |
| Me preocupa que mis parejas sexuales se enteren de que tomo profilaxis preexposición (PrEP)                                        |                       |            |                                |              |                         |
| Creo que la gente me hará sentir mal si les digo que tomo profilaxis preexposición (PrEP)                                          |                       |            |                                |              |                         |
| Creo que la gente me juzgará si                                                                                                    |                       |            |                                |              |                         |

|                                                  |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| sabe que tomo<br>profilaxis preexposición (PrEP) |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------|--|--|--|--|--|

I. USO PREVIO DE PROFILAXIS PREXPOSICIÓN (PrEP)  
: SIN PLANES DE REINICIAR / INSEGURO/A

I1. ¿De qué tipos de profilaxis preexposición (PrEP)  
ha oído hablar? (Elija todos los que apliquen)

|                                                                |                                                                                                                                                                                    |                                                                                            |                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Uso Diario de<br>profilaxis preexposición<br>(PrEP) Oral       | Una pastilla tomada<br>diariamente                                                                                                                                                 | Truvada®, Descovy®,<br>tenofovir disoproxyl<br>emtricitabina,<br>emtricitabina/alafenamida |    |
| Uso Intermitente de<br>profilaxis preexposición<br>(PrEP) Oral | Una pastilla que se<br>toma antes y<br>después de tener<br>relaciones<br>sexuales. También<br>se conoce como<br>PrEP 2-1-1, PrEP<br>intermitente o PrEP<br>dictado por<br>eventos. | Truvada®,<br>emtricitabina/fumarato<br>disoproxy de tenofovir                              |    |
| Profilaxis preexposición<br>(PrEP) Inyectable                  | Una inyección<br>administrada por un<br>médico/profesional<br>de salud médica                                                                                                      | Apretude®, cabotegravir                                                                    |  |

- ☐ Otros (Por favor, especifique): \_\_\_\_\_
- ☐ No sé

12. ¿Dónde obtuvo información sobre profilaxis preexposición (PrEP) en los últimos 6 meses? (Elija todos los que apliquen).

- ☐ Médico, enfermero/a u otro proveedor/a de atención médica
- ☐ Amigo del miembro de la familia
- ☐ Escuela
- ☐ Una persona con la que mantiene relaciones sexuales
- ☐ Una persona con la que consume drogas
- ☐ Un/a consejero/a sobre el VIH
- ☐ La televisión
- ☐ Noticias
- ☐ Medios de comunicación social (Por favor, especifique)
- ☐ Otros (Por favor, especifique): \_\_\_\_\_
- ☐ No he recibido información sobre profilaxis preexposición (PrEP) en los últimos 6 meses
- ☐ No sé

13. Por favor, elija todos los tipos de profilaxis preexposición (PrEP) que haya consultado con un médico o un/a proveedor/a de atención médica:

|                                                          |                                                                                                                                                         |                                                                                   |                                                                                       |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Uso Diario de profilaxis preexposición (PrEP) Oral       | Una pastilla tomada diariamente                                                                                                                         | Truvada®, Descovy®, tenofovir disoproxil emtricitabina, emtricitabina/alafenamida |   |
| Uso Intermitente de profilaxis preexposición (PrEP) Oral | Una pastilla que se toma antes y después de tener relaciones sexuales. También se conoce como PrEP 2-1-1, PrEP intermitente o PrEP dictado por eventos. | Truvada®, emtricitabina/fumarato disoproxil de tenofovir                          |  |
| profilaxis preexposición (PrEP) Inyectable               | Una inyección administrada por un médico/profesional de salud médica                                                                                    | Apretude®, cabotegravir                                                           |  |

- ☐ Otros (Por favor, especifique): \_\_\_\_\_
- ☐ No sé

14. ¿Qué otro(s) tipo(s) de profilaxis preexposición (PrEP) ha usado? Por favor, clasifíquelos por orden de uso (1=primer tipo de profilaxis preexposición (PrEP) usado, 2 = segundo tipo de PrEP usado, etc.).

|  |                                                          |                                                                                                                                                         |                                                                                   |                                                                                     |
|--|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Uso Diario de profilaxis preexposición (PrEP) Oral       | Una pastilla tomada diariamente                                                                                                                         | Truvada®, Descovy®, tenofovir disoproxil emtricitabina, emtricitabina/alafenamida |  |
|  | Uso Intermitente de profilaxis preexposición (PrEP) Oral | Una pastilla que se toma antes y después de tener relaciones sexuales. También se conoce como PrEP 2-1-1, PrEP intermitente o PrEP dictado por eventos. | Truvada®, emtricitabina/fumarato disoproxil de tenofovir                          |  |
|  | Profilaxis preexposición (PrEP) Inyectable               | Una inyección administrada por un médico/profesional de salud médica                                                                                    | Apretude®, cabotegravir                                                           |  |

- ☐ Otros (Por favor, especifique): \_\_\_\_\_
- ☐ No sé

I5. ¿Cuándo comenzó a tomar este medicamento: [extraiga la respuesta nº 1 de la pregunta H1]? Está bien si no sabe la fecha exacta. Por favor, haga su mejor intento.

- ☐ [Mes]
- ☐ [Año]
- ☐ No sé

I6. ¿Cuándo dejó de tomar este medicamento: [extraiga la respuesta nº 1 de la pregunta H1]? Está bien si no sabe la fecha exacta. Por favor, haga su mejor intento.

- ☐ [Mes]
- ☐ [Año]
- ☐ No sé

I7. ¿Por qué dejó de tomar este medicamento, [extraiga la respuesta nº 1 de la pregunta H1]? (Elija todas las que apliquen)

- ☐ Ya no podía pagarlo
- ☐ No pensé que ya corría riesgo de contraer el VIH
- ☐ Mi seguro médico no lo cubría, o perdí mi seguro médico

- ☐ No quería seguir tomando una pastilla todos los días.
- ☐ Mis padres o tutores se enteraron y me obligaron a dejar de hacerlo
- ☐ Me olvidaba de tomar la pastilla.
- ☐ Tenía problemas para llegar a las citas de seguimiento
- ☐ Tenía problemas para conseguir profilaxis preexposición (PrEP) o con la farmacia
- ☐ Tenía efectos secundarios
- ☐ La gente reaccionaba negativamente cuando se enteraron de que estaba tomando profilaxis preexposición (PrEP)
- ☐ Me preocupaban los efectos a largo plazo de profilaxis preexposición (PrEP) por mi salud
- ☐ Tenía un problema médico que hacía que no fuera seguro seguir tomando profilaxis preexposición (PrEP)
- ☐ Empecé a usar preservativos todo el tiempo
- ☐ No podía tomar el medicamento (tenía mal sabor, la pastilla era demasiado grande)
- ☐ Otros, por favor, especifique: \_\_\_\_\_
- ☐ No sé

I8. Por favor, clasifique las razones por las que dejó de tomar profilaxis preexposición (PrEP) en ese momento por orden de importancia, con el 1 siendo la razón más importante, el 2 siendo la siguiente razón más importante, hasta llegar a la razón menos importante.

[Respuestas de la pregunta I7] lista por orden de importancia

[Si selecciona varias opciones en la pregunta I4 = Repita la serie de preguntas I5-I8 para todas las selecciones; de lo contrario, I9]

I9. ¿Habló con su médico/proveedor/a de atención médica antes de dejar profilaxis preexposición (PrEP)?

- ☐ No
- ☐ Sí
- ☐ No sé

I10. Por favor, elija las afirmaciones que describan su comportamiento sexual después de dejar de tomar profilaxis preexposición (PrEP). (Elija todas las que apliquen)

- ☐ No tuve ningún contacto sexual después de dejar de tomar profilaxis preexposición (PrEP) [Pase a I10]
- ☐ Tuve sexo oral después de dejar de tomar profilaxis preexposición (PrEP)
- ☐ Tuve sexo anal después de dejar de tomar profilaxis preexposición (PrEP)
- ☐ Tuve sexo vaginal cuando dejé de tomar profilaxis preexposición (PrEP) (meter el pene en la vagina)
- ☐ No sé

I11. Por favor, elija las afirmaciones que describan su uso de preservativos después de dejar de tomar profilaxis preexposición (PrEP). (Elija todas las que apliquen)

- ☐ Usé un preservativo en cada contacto sexual después de dejar de tomar profilaxis preexposición (PrEP)
- ☐ Usé un preservativo en la mayoría de los contactos sexuales después de dejar de tomar profilaxis preexposición (PrEP)
- ☐ Usé un preservativo en algunos contactos sexuales después de dejar de tomar profilaxis preexposición (PrEP)
- ☐ No usé preservativos después de dejar de tomar profilaxis preexposición (PrEP)
- ☐ No sé

[Si E3=No, pase a I19]

I12. ¿Qué tipo de profilaxis preexposición (PrEP) está considerando empezar a tomar? [una respuesta]

|                                                          |                                                                                                                                                         |                                                                                   |                                                                                       |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Uso Diario de profilaxis preexposición (PrEP) Oral       | Una pastilla tomada diariamente                                                                                                                         | Truvada®, Descovy®, tenofovir disoproxil emtricitabina, emtricitabina/alafenamida |    |
| Uso Intermitente de profilaxis preexposición (PrEP) Oral | Una pastilla que se toma antes y después de tener relaciones sexuales. También se conoce como PrEP 2-1-1, PrEP intermitente o PrEP dictado por eventos. | Truvada®, emtricitabina/fumarato disoproxil de tenofovir                          |   |
| Profilaxis preexposición (PrEP) Inyectable               | Una inyección administrada por un médico/profesional de salud médica                                                                                    | Apretude®, cabotegravir                                                           |  |

- ☐ Otros (Por favor, especifique): \_\_\_\_\_
- ☐ No sé

I13. ¿Cuándo tiene pensado volver a tomar profilaxis preexposición (PrEP)? Está bien si no sabe la fecha exacta. Por favor, haga su mejor intento.

- ☐ [Mes]
- ☐ [Año]
- ☐ No sé

I14. ¿Por qué está considerando volver a tomar profilaxis preexposición (PrEP)? (Elija todas las que apliquen)

- ☐ Tengo relaciones sexuales o estoy pensando en tenerlas con alguien que vive con el VIH
- ☐ Tengo relaciones sexuales o estoy pensando en tenerlas con alguien cuyo estado de VIH desconozco
- ☐ Quiero estar en control de mi salud sexual.
- ☐ Quiero reducir mi ansiedad en torno al sexo
- ☐ Quiero aumentar mi satisfacción sexual e intimidad
- ☐ Quiero estar protegido y saludable.
- ☐ Quiero tener un futuro mejor
- ☐ Tengo relaciones sexuales con varias parejas
- ☐ No siempre uso preservativos (o no me gusta usarlos)
- ☐ Mi(s) pareja(s) no quiere(n) usar preservativos
- ☐ Tuve un susto anterior con el VIH
- ☐ Mi proveedor/a de atención médica me lo recomendó
- ☐ Me diagnosticaron recientemente con una infección de transmisión sexual (ITS)
- ☐ Muchas personas de mi comunidad toman profilaxis preexposición (PrEP)
- ☐ Otros, por favor, especifique: \_\_\_\_\_

[Si selecciona varias opciones=I15, de lo contrario I16]

I15. Por favor, clasifique las razones por las que considerando volver a tomar profilaxis preexposición (PrEP) por orden de importancia, con el 1 siendo la razón más importante, el 2 siendo la siguiente razón más importante, hasta llegar a la razón menos importante.

[Respuestas de la pregunta I14] lista por orden de importancia

I16. ¿Quién sabe que está considerando volver a tomar profilaxis preexposición (PrEP)? (Marque todo lo que apliquen)

- ☐ Miembro(s) de la familia
- ☐ Amigo
- ☐ Pareja(s) romántica(s)
- ☐ Pareja(s) sexual(es)
- ☐ Proveedor/a de atención médica (que no sea su proveedor/a de PrEP)
- ☐ Otro(s), por favor especifique
- ☐ Nadie
- ☐ No sé

I17. ¿Por qué no está seguro/a de querer volver a tomar profilaxis preexposición (PrEP)? Seleccione todas las que apliquen.

- ☐ Me preocupan los posibles efectos secundarios
- ☐ No sé si quiero usar este tipo de profilaxis preexposición (PrEP)

- o [introduzca el tipo de la pregunta I12]
- o No tengo riesgo de contraer el VIH
- o Mi seguro medico puede que no lo cubra o he perdido mi seguro medico
- o No quiero que mis padres o tutores se enteren de que estoy tomando profilaxis preexposición (PrEP)
- o Será difícil llegar a las citas de seguimiento
- o La gente podría reaccionar negativamente si se enteran de que estoy tomando profilaxis preexposición (PrEP)
- o Estoy usando preservativos todo el tiempo
- o Otros, por favor, especifique: \_\_\_\_\_
- o No sé

I18. Por favor, clasifique las razones por las que no está seguro/a de volver a tomar profilaxis preexposición (PrEP) por orden de importancia, con el 1 siendo la razón más importante, el 2 siendo la siguiente razón más importante, hasta llegar a la razón menos importante.

[Respuestas de la pregunta I17] lista por orden de importancia

[Sólo si E3=No; de lo contrario, pase a I21]

I19. ¿Cuáles son las razones por las que no tiene previsto volver a tomar profilaxis preexposición (PrEP) en este momento? Seleccione todas las que apliquen.

- o Ya no podía pagarlo
- o No pensé que ya corría riesgo de contraer el VIH
- o Mi seguro médico no lo cubría, o perdí mi seguro médico
- o No quería seguir tomando una pastilla todos los días.
- o Mis padres o tutores se enteraron y me obligaron a dejar de hacerlo
- o Me olvidaba de tomar la pastilla.
- o Tenía problemas para llegar a las citas de seguimiento
- o Tenía problemas para conseguir profilaxis preexposición (PrEP) o con la farmacia
- o Tenía efectos secundarios
- o La gente reaccionaba negativamente cuando se enteraron de que estaba tomando PrEP
- o Me preocupaban los efectos a largo plazo de profilaxis preexposición (PrEP) por mi salud
- o Tenía un problema médico que hacía que no fuera seguro seguir tomando profilaxis preexposición (PrEP)
- o Empecé a usar preservativos todo el tiempo
- o No podía tomar el medicamento (tenía mal sabor, la pastilla era demasiado grande)
- o Otros, por favor, especifique: \_\_\_\_\_
- o No sé

I20. Por favor, clasifique las razones por las que no piensa volver a tomar profilaxis preexposición (PrEP) por orden de importancia, con el 1 siendo la razón más importante, el 2 siendo la siguiente razón más importante, hasta llegar a la razón menos importante.

[Respuestas de la pregunta I19] lista por orden de importancia

I21. ¿Qué le motivaría a volver a tomar profilaxis preexposición (PrEP)? Seleccione todas las que apliquen.

- ☐ Tener relaciones sexuales con alguien que vive con el VIH
- ☐ Tener relaciones sexuales con alguien cuyo estado serológico es desconocido
- ☐ Tener relaciones sexuales con múltiples parejas
- ☐ No usar preservativos con regularidad o la(s) pareja(s) no quiere(n) usar preservativos
- ☐ Recibir más información sobre la seguridad de [introduzca la modalidad de profilaxis preexposición (PrEP) de la pregunta I12]
- ☐ Recibir más información sobre la eficiencia de [introduzca la modalidad de profilaxis preexposición (PrEP) de la pregunta I12]
- ☐ Más personas de su comunidad comienzan a usar la profilaxis preexposición (PrEP)
- ☐ Era más fácil asistir a las visitas de seguimiento
- ☐ Tener menos citas de seguimiento/exámenes necesarios
- ☐ Tener un mejor seguro médico
- ☐ Apoyo por parte de la familia y/o los amigos/as
- ☐ Apoyo por parte de los proveedores de atención médica
- ☐ Apoyo por parte de mi(s) pareja(s)
- ☐ Otros, especifique: \_\_\_\_\_
- ☐ No sé

I22. Por favor, clasifique las razones que le motivarían a volver a tomar profilaxis preexposición (PrEP) por orden de importancia, con el 1 siendo la razón más importante, el 2 siendo la siguiente razón más importante, hasta llegar a la razón menos importante.

[Respuestas de la pregunta I21] lista por orden de importancia

Ahora queremos hacerle algunas preguntas sobre sus sentimientos relacionados con el hecho de haber tomado profilaxis preexposición (PrEP) anteriormente.

I22. Por favor, seleccione el grado con el que está de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

|                                                                           | Totalmente de Acuerdo | De Acuerdo | Ni de Acuerdo, ni en Descuerdo | En Descuerdo | Totalmente en Descuerdo |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------|--------------------------------|--------------|-------------------------|
| Me han rechazado románticamente por tomar profilaxis preexposición (PrEP) |                       |            |                                |              |                         |

|                                                                                                                          |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| He sido juzgado por un/a proveedor/a de atención médica por tomar profilaxis preexposición (PrEP)                        |  |  |  |  |  |
| La gente de mi comunidad me ha culpado de propagar el VIH por tomar profilaxis preexposición (PrEP)                      |  |  |  |  |  |
| Me han avergonzado por tomar profilaxis preexposición (PrEP) (o me han dicho que soy un/a "puto/a de Truvada o Descovy") |  |  |  |  |  |
| Me han discriminado injustamente por tomar profilaxis preexposición (PrEP)                                               |  |  |  |  |  |
| Me han gritado o regañado por tomar profilaxis preexposición (PrEP)                                                      |  |  |  |  |  |
| He sufrido violencia física por tomar profilaxis preexposición (PrEP)                                                    |  |  |  |  |  |

Ahora queremos hacerle algunas preguntas sobre sus sentimientos relacionados con la posibilidad de volver a tomar profilaxis preexposición (PrEP).

I23. Por favor, seleccione el grado con el que está de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

|                                                                                                                                    | Totalmente de Acuerdo | De Acuerdo | Ni de Acuerdo, ni en Descuerdo | En Descuerdo | Totalmente en Descuerdo |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------|--------------------------------|--------------|-------------------------|
| Me preocupa que la gente asuma que tengo relaciones sexuales con muchas personas si saben que tomo profilaxis preexposición (PrEP) |                       |            |                                |              |                         |
| Me preocupa que la gente asuma que soy VIH+ si saben que tomo profilaxis preexposición (PrEP)                                      |                       |            |                                |              |                         |
| Me preocupa que la gente piense que mi(s) pareja(s) es(son) seropositiva(s) si saben que tomo profilaxis preexposición (PrEP)      |                       |            |                                |              |                         |
| Me preocupa incluir profilaxis preexposición (PrEP) como uno de mis medicamentos actuales en las consultas médicas                 |                       |            |                                |              |                         |
| Me da vergüenza decirles a otras personas que estoy tomando profilaxis preexposición (PrEP)                                        |                       |            |                                |              |                         |
| Me preocupa que la gente piense que soy una mala persona si sabe que tomo profilaxis preexposición (PrEP)                          |                       |            |                                |              |                         |

|                                                                                               |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| Me preocupa que la gente piense que soy gay si saben que tomo profilaxis preexposición (PrEP) |  |  |  |  |  |
| Me preocupa que mis amigos/as se enteren de que tomo profilaxis preexposición (PrEP)          |  |  |  |  |  |
| Me preocupa que mi familia se entere de que tomo profilaxis preexposición (PrEP)              |  |  |  |  |  |
| Me preocupa que mis parejas sexuales se enteren de que tomo profilaxis preexposición (PrEP)   |  |  |  |  |  |
| Creo que la gente me hará sentir mal si les digo que tomo profilaxis preexposición (PrEP)     |  |  |  |  |  |
| Creo que la gente me juzgará si sabe que tomo profilaxis preexposición (PrEP)                 |  |  |  |  |  |

I24. ¿Qué opina sobre la eficiencia de profilaxis preexposición (PrEP) para prevenir que alguien se contagie del VIH, cuando es tomada de la manera prescrita?

- ☐ Muy/completamente eficaz
- ☐ Un poco eficaz
- ☐ Mínimamente eficaz
- ☐ No es tan eficaz
- ☐ No sé

I25. ¿Qué opina sobre si profilaxis preexposición (PrEP) ayuda a prevenir otros tipos de infecciones de transmisión sexual (ITS), como la gonorrea o la clamidia?

- ☐ PrEP no tiene ningún efecto sobre otras ITS
- ☐ PrEP ayuda a prevenir otras ITS
- ☐ No sé

I26. ¿Hasta qué punto cree que volver a tomar profilaxis preexposición (PrEP) afectaría su probabilidad de usar preservativos?

- ☐ Significativamente menos probable
- ☐ Un poco menos probable
- ☐ No va a cambiar
- ☐ Un poco más probable
- ☐ Significativamente más probable
- ☐ No sé

J. NO USO PREVIO DE PROFILAXIS PREXPOSICIÓN (PrEP)  
: SIN PLANES DE COMENZAR / INSEGURO/A

J1. Antes del día de hoy, ¿había oído hablar alguna vez de profilaxis preexposición (PrEP para reducir el riesgo de contraer el VIH?

[Sí = J2, de lo contrario J4]

- ☐ No
- ☐ Sí
- ☐ No sé

J2. ¿De qué tipos de profilaxis preexposición (PrEP ha oído hablar? (Elija todas las que apliquen)

|                                                          |                                                                                                                                                         |                                                                                   |                                                                                       |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Uso Diario de profilaxis preexposición (PrEP) Oral       | Una pastilla tomada diariamente                                                                                                                         | Truvada®, Descovy®, tenofovir disoproxil emtricitabina, emtricitabina/alafenamida |    |
| Uso Intermitente de profilaxis preexposición (PrEP) Oral | Una pastilla que se toma antes y después de tener relaciones sexuales. También se conoce como PrEP 2-1-1, PrEP intermitente o PrEP dictado por eventos. | Truvada®, emtricitabina/fumarato disoproxil de tenofovir                          |    |
| Profilaxis preexposición (PrEP) Inyectable               | Una inyección administrada por un médico/profesional de salud médica                                                                                    | Apretude®, cabotegravir                                                           |  |

- ☐ Otros (Por favor, especifique): \_\_\_\_\_
- ☐ No sé

J3. ¿Dónde obtuvo información sobre profilaxis preexposición (PrEP) en los últimos 6 meses? (Elija todas las que apliquen).

- ☐ Médico, enfermero/a u otro proveedor/a de atención médica
- ☐ Amigo/a o familiar
- ☐ Escuela
- ☐ Una persona con la que mantiene relaciones sexuales
- ☐ Una persona con la que consume drogas
- ☐ Un/a consejero/a sobre el VIH
- ☐ La televisión
- ☐ Noticias
- ☐ Medios de comunicación social (Por favor, especifique)
- ☐ Otros (Por favor, especifique): \_\_\_\_\_
- ☐ No he recibido información sobre profilaxis preexposición (PrEP) en los últimos 6 meses
- ☐ No sé

J4. Por favor, elija todos los tipos de profilaxis preexposición (PrEP) que haya consultado con un médico o un/a proveedor/a de atención médica:

|                                                          |                                                                                                                                                         |                                                                                   |                                                                                       |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Uso Diario de profilaxis preexposición (PrEP) Oral       | Una pastilla tomada diariamente                                                                                                                         | Truvada®, Descovy®, tenofovir disoproxil emtricitabina, emtricitabina/alafenamida |   |
| Uso Intermitente de profilaxis preexposición (PrEP) Oral | Una pastilla que se toma antes y después de tener relaciones sexuales. También se conoce como PrEP 2-1-1, PrEP intermitente o PrEP dictado por eventos. | Truvada®, emtricitabina/fumarato disoproxil de tenofovir                          |  |
| Profilaxis preexposición (PrEP) Inyectable               | Una inyección administrada por un médico/profesional de salud médica                                                                                    | Apretude®, cabotegravir                                                           |  |

- ☐ Otros (Por favor, especifique): \_\_\_\_\_
- ☐ No sé

[Año]  
No sé

[Si E4=No, salta a la pregunta J12]

J5. ¿Qué tipo de profilaxis preexposición (PrEP) están considerando empezar a tomar?

|                                                          |                                                                                                                                                         |                                                                                   |                                                                                      |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Uso Diario de profilaxis preexposición (PrEP) Oral       | Una pastilla tomada diariamente                                                                                                                         | Truvada®, Descovy®, tenofovir disoproxil emtricitabina, emtricitabina/alafenamida |   |
| Uso Intermitente de profilaxis preexposición (PrEP) Oral | Una pastilla que se toma antes y después de tener relaciones sexuales. También se conoce como PrEP 2-1-1, PrEP intermitente o PrEP dictado por eventos. | Truvada®, emtricitabina/fumarato disoproxil de tenofovir                          |   |
| Profilaxis preexposición (PrEP) Inyectable               | Una inyección administrada por un médico/profesional de salud médica                                                                                    | Apretude®, cabotegravir                                                           |  |

- ☐ Otros (Por favor, especifique): \_\_\_\_\_
- ☐ No sé

J6. ¿Cuándo tiene pensado posiblemente iniciar profilaxis preexposición (PrEP)? Está bien si no sabe la fecha exacta. Por favor, haga su mejor intento.

- ☐ [Mes]
- ☐ [Año]
- ☐ No sé

J7. ¿Por qué está considerando empezar a tomar profilaxis preexposición (PrEP)? (Elija todas las que apliquen)

- ☐ Tengo relaciones sexuales o estoy pensando en tenerlas con alguien que vive con el VIH
- ☐ Tengo relaciones sexuales o estoy pensando en tenerlas con alguien cuyo estado de VIH desconozco
- ☐ Quiero estar en control de mi salud sexual.
- ☐ Quiero reducir mi ansiedad en torno al sexo
- ☐ Quiero aumentar mi satisfacción sexual e intimidad
- ☐ Quiero estar protegido y saludable.
- ☐ Quiero tener un futuro mejor
- ☐ Tengo relaciones sexuales con varias parejas

- ☐ No siempre uso preservativos (o no me gusta usarlos)
- ☐ Mi(s) pareja(s) no quiere(n) usar preservativos
- ☐ Tuve un susto anterior con el VIH
- ☐ Mi proveedor/a de atención médica me lo recomendó
- ☐ Me diagnosticaron recientemente con una infección de transmisión sexual (ITS)
- ☐ Muchas personas de mi comunidad toman profilaxis preexposición (PrEP)
- ☐ Otros, por favor, especifique: \_\_\_\_\_

[Si selecciona varias opciones=J8, de lo contrario J9]

J8. Por favor, clasifique las razones por las que está considerando empezar a tomar profilaxis preexposición (PrEP) en orden de importancia, con el 1 siendo la razón más importante, 2 siendo la siguiente razón más importante, hasta llegar a la razón menos importante.

- ☐ [Respuestas de la pregunta J7] lista por orden de importancia

J9. ¿Quién sabe que está considerando empezar a tomar profilaxis preexposición (PrEP)?  
(Marque todo lo que apliquen)

- ☐ Miembro(s) de la familia
- ☐ Amigo/a(s)
- ☐ Pareja(s) romántica(s)
- ☐ Pareja(s) sexual(es)
- ☐ Proveedor/a de atención médica (que no sea su proveedor/a de profilaxis preexposición (PrEP))
- ☐ Otro(s), por favor especifique
- ☐ Nadie
- ☐ No sé

J10. ¿Por qué no está seguro/a de si quiere comenzar a tomar profilaxis preexposición (PrEP)?  
Seleccione todas las opciones que correspondan.

- ☐ Me preocupan los posibles efectos secundarios
- ☐ No sé si quiero usar este tipo de profilaxis preexposición (PrEP)
- ☐ [introduzca el tipo de la pregunta J4]
- ☐ No estoy en riesgo de contraer el VIH
- ☐ Es posible que mi seguro no lo cubra o que haya perdido mi seguro
- ☐ No quiero que mi(s) padre(s) o tutor(es) descubran(n) que estoy tomando profilaxis preexposición (PrEP)
- ☐ Será difícil llegar a las citas de seguimiento
- ☐ Las personas pueden reaccionar negativamente si descubren que estoy tomando profilaxis preexposición (PrEP)
- ☐ Estoy usando preservativos todo el tiempo
- ☐ Otros, especifíquese: \_\_\_\_\_
- ☐ No sé

J11. Por favor, clasifique las razones por las que no está seguro/a de comenzar a tomar profilaxis preexposición (PrEP) por orden de importancia, con el 1 siendo la razón más importante, 2 siendo la siguiente razón más importante, hasta llegar a la razón menos importante.

[Respuestas de la pregunta J10] Lista de orden de importancia

[Si E4=No; de lo contrario, vaya a J14]

J12. ¿Cuáles son las razones por las que no planea comenzar a tomar profilaxis preexposición (PrEP) en este momento? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- ☐ Ya no podía pagarlo
- ☐ No pensé que ya corría riesgo de contraer el VIH
- ☐ Mi seguro médico no lo cubría, o perdí mi seguro médico
- ☐ No quería seguir tomando una pastilla todos los días.
- ☐ Mis padres o tutores se enteraron y me obligaron a dejar de hacerlo
- ☐ Me olvidaba de tomar la pastilla.
- ☐ Tenía problemas para llegar a las citas de seguimiento
- ☐ Tenía problemas para conseguir profilaxis preexposición (PrEP) o con la farmacia
- ☐ Tenía efectos secundarios
- ☐ La gente reaccionaba negativamente cuando se enteraron de que estaba tomando PrEP
- ☐ Me preocupaban los efectos a largo plazo de profilaxis preexposición (PrEP) por mi salud
- ☐ Tenía un problema médico que hacía que no fuera seguro seguir tomando profilaxis preexposición (PrEP)
- ☐ Empecé a usar preservativos todo el tiempo
- ☐ Otros, por favor, especifique: \_\_\_\_\_
- ☐ No sé

J13. Por favor, clasifique las razones por las que no planea comenzar profilaxis preexposición (PrEP) en orden de importancia, con el 1 siendo la razón más importante, el 2 siendo la siguiente razón más importante, hasta llegar a la razón menos importante.

[Respuestas de la pregunta J12] lista por orden de importancia

J14. ¿Qué le motivaría a volver a tomar profilaxis preexposición (PrEP)? Seleccione todas las que apliquen.

- ☐ Tener relaciones sexuales con alguien que vive con el VIH
- ☐ Tener relaciones sexuales con alguien cuyo estado serológico es desconocido
- ☐ Tener relaciones sexuales con múltiples parejas
- ☐ No usar preservativos con regularidad o la(s) pareja(s) no quiere(n) usar preservativos
- ☐ Recibir más información sobre la seguridad de [introduzca la modalidad de profilaxis preexposición (PrEP) de la pregunta I12]
- ☐ Recibir más información sobre la eficiencia de [introduzca la modalidad de profilaxis preexposición (PrEP) de la pregunta I12]
- ☐ Más personas de su comunidad comienzan a usar la profilaxis preexposición (PrEP)
- ☐ Era más fácil asistir a las visitas de seguimiento
- ☐ Tener menos citas de seguimiento/exámenes necesarios
- ☐ Tener un mejor seguro médico
- ☐ Apoyo por parte de la familia y/o los amigos/as
- ☐ Apoyo por parte de los proveedores de atención médica
- ☐ Apoyo por parte de mi(s) pareja(s)
- ☐ Otros, especifique: \_\_\_\_\_
- ☐ No sé

J15. Por favor, clasifique las razones que le motivarían a volver a tomar profilaxis preexposición (PrEP) por orden de importancia, con el 1 siendo la razón más importante, el 2 siendo la siguiente razón más importante, hasta llegar a la razón menos importante.

[Respuestas de la pregunta J14] lista por orden de importancia

Ahora queremos hacerle algunas preguntas sobre sus sentimientos relacionados con la posibilidad de comenzar a tomar profilaxis preexposición (PrEP).

J16. Por favor, seleccione el grado con el que está de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

|                                                                                                         | Totalmente de Acuerdo | De Acuerdo | Ni de Acuerdo, ni en Descuerdo | En Descuerdo | Totalmente en Descuerdo |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------|--------------------------------|--------------|-------------------------|
| Me preocupa que la gente asuma que me acuesto por ahí si saben que tomo profilaxis preexposición (PrEP) |                       |            |                                |              |                         |
| Me preocupa que la gente asuma que soy VIH+ si saben que tomo profilaxis preexposición (PrEP)           |                       |            |                                |              |                         |
| Me preocupa que la gente piense que mi(s) pareja(s) es(son) seropositiva(s) si saben que tomo           |                       |            |                                |              |                         |

|                                                                                                                    |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| profilaxis preexposición (PrEP)                                                                                    |  |  |  |  |  |
| Me preocupa incluir profilaxis preexposición (PrEP) como uno de mis medicamentos actuales en las consultas médicas |  |  |  |  |  |
| Me da vergüenza decirles a otras personas que estoy tomando profilaxis preexposición (PrEP)                        |  |  |  |  |  |
| Me preocupa que la gente piense que soy una mala persona si sabe que tomo profilaxis preexposición (PrEP)          |  |  |  |  |  |
| Me preocupa que la gente piense que soy gay si saben que tomo profilaxis preexposición (PrEP)                      |  |  |  |  |  |
| Me preocupa que mis amigos/as se enteren de que tomo profilaxis preexposición (PrEP)                               |  |  |  |  |  |
| Me preocupa que mi familia se entere de que tomo profilaxis preexposición (PrEP)                                   |  |  |  |  |  |
| Me preocupa que mis parejas sexuales se enteren de que tomo profilaxis preexposición (PrEP)                        |  |  |  |  |  |
| Creo que la gente me hará sentir mal si les digo que tomo profilaxis preexposición (PrEP)                          |  |  |  |  |  |
| Creo que la gente me juzgará si sabe que tomo profilaxis preexposición (PrEP)                                      |  |  |  |  |  |

J17. ¿Qué opina sobre la eficiencia de profilaxis preexposición (PrEP). para prevenir que alguien se contagie del VIH, cuando es tomada de la manera prescrita?

- ☐ Muy/completamente eficaz
- ☐ Un poco eficaz
- ☐ Mínimamente eficaz
- ☐ No es tan eficaz
- ☐ No sé

J18. ¿Qué opina sobre si profilaxis preexposición (PrEP) ayuda a prevenir otros tipos de infecciones de transmisión sexual (ITS), como la gonorrea o la clamidia?

- ☐ PrEP no tiene ningún efecto sobre otras ITS
- ☐ PrEP ayuda a prevenir otras ITS
- ☐ No sé

J19. ¿Hasta qué punto cree que volver a tomar profilaxis preexposición (PrEP) afectaría su probabilidad de usar preservativos?

- ☐ Significativamente menos probable
- ☐ Un poco menos probable
- ☐ No va a cambiar
- ☐ Un poco más probable
- ☐ Significativamente más probable
- ☐ No sé

#### K. OPCIONES de PROFILAXIS PREXPOSICIÓN (PrEP)

[Si F4a, G5, H12 = PrEP oral diaria, entonces K1-K2]

[Si F4a, G5, H12 = PrEP oral intermitente, entonces K3-K4]

[Si F4a, G5, H12 = PrEP inyectable, entonces K5-K6]

[Si F4a, G5, H12 = Otro o No sé, entonces K13]

[Si I12, J5 = PrEP oral diaria, entonces K7-K8]

[Si I12, J5 = PrEP oral intermitente, entonces K9-K10]

[Si I12, J5 = PrEP inyectable, entonces K11-K12]

[Si I12, J5 = Otro o No sé, entonces K13]

K1. ¿Por qué ha elegido usar profilaxis preexposición (PrEP) oral diaria, en lugar de un tipo diferente de profilaxis preexposición (PrEP)? (Elija todas las que correspondan)

- ☐ Mi médico o proveedor/a de atención médica me recomendó este tipo
- ☐ Conozco personas que usan este tipo de profilaxis preexposición (PrEP)
- ☐ Creo que este tipo de profilaxis preexposición (PrEP) es más efectivo que otros tipos
- ☐ Creo que este tipo de profilaxis preexposición (PrEP) es más seguro que otros tipos
- ☐ No quiero tener que recibir inyecciones/inyecciones
- ☐ No quiero tener que asistir a una cita cada dos meses para una inyección / inyección
- ☐ Con una inyección/inyección me preocuparían los efectos secundarios prolongados (es decir, los efectos secundarios que no desaparecen durante mucho tiempo porque recibí una inyección)
- ☐ No creo que recuerde tomar profilaxis preexposición (PrEP) intermitente según lo prescrito
- ☐ No creo que profilaxis preexposición (PrEP) intermitente funcione para mí porque es difícil predecir cuándo voy a tener relaciones sexuales.
- ☐ Prefiero tener una rutina regular de tomar profilaxis preexposición (PrEP)
- ☐ Otros, por favor especifique

[Si selecciona varias opciones=K2, de lo contrario K13]

K2. Por favor, clasifique las razones por las que ha elegido profilaxis preexposición (PrEP) oral diaria, con el 1 siendo la razón más importante, 2 siendo la siguiente razón más importante, hasta llegar a la razón menos importante.

- o [Respuestas de la pregunta K1] Lista de orden de importancia

-----

K3. ¿Por qué ha elegido usar profilaxis preexposición (PrEP) oral intermitente, en lugar de un tipo diferente de profilaxis preexposición (PrEP)? (Elija todas las que correspondan)

- o Mi médico o proveedor/a de atención médica me recomendó este tipo
- o Conozco personas que usan este tipo de profilaxis preexposición (PrEP)
- o Creo que este tipo de profilaxis preexposición (PrEP) es más efectivo que otros tipos
- o Creo que este tipo de profilaxis preexposición (PrEP) es más seguro que otros tipos
- o No quiero tener que recibir inyecciones/inyecciones
- o No quiero tener que asistir a una cita cada dos meses para una inyección / inyección
- o Con una inyección/inyección me preocuparían los efectos secundarios prolongados (es decir, los efectos secundarios que no desaparecen durante mucho tiempo porque recibí una inyección)
- o No quiero tener que tomar una pastilla todos los días
- o Creo que es más fácil tomar profilaxis preexposición (PrEP) solo cuando lo necesito
- o Profilaxis preexposición (PrEP) intermitente es menos costosa
- o Otros, por favor especifique

[Si selecciona varias opciones=K4, de lo contrario, vaya a la sección K13]

K4. Por favor, clasifique las razones por las que ha elegido profilaxis preexposición (PrEP) oral intermitente, con el 1 siendo la razón más importante, 2 siendo la siguiente razón más importante, hasta llegar a la razón menos importante.

- o [Respuestas de la pregunta K3] Lista de orden de importancia

-----

K5. ¿Por qué ha elegido usar profilaxis preexposición (PrEP) inyectable, en lugar de un tipo diferente de profilaxis preexposición (PrEP)? (Elija todas las que correspondan)

- o Mi médico o proveedor/a de atención médica me recomendó este tipo
- o Conozco personas que usan este tipo de profilaxis preexposición (PrEP)
- o Creo que este tipo de profilaxis preexposición (PrEP) es más efectivo que otros tipos
- o Creo que este tipo de profilaxis preexposición (PrEP) es más seguro que otros tipos
- o No quiero tener que tomar una pastilla todos los días
- o No creo que recuerde tomar profilaxis preexposición (PrEP) oral diaria de la manera en que se prescribe
- o Me preocupa que alguien descubra que uso profilaxis preexposición (PrEP) si tuviera que tomar píldoras

- o No creo que recuerde tomar profilaxis preexposición (PrEP) intermitente según lo prescrito
- o No creo que profilaxis preexposición (PrEP) intermitente funcione para mí porque es difícil predecir cuándo voy a tener relaciones sexuales.
- o Otros, por favor especifique

[Si selecciona varias opciones=K6, de lo contrario, vaya a la sección K14]

K6. Por favor, clasifique las razones por las que usa profilaxis preexposición (PrEP) inyectable, con el 1 siendo la razón más importante, 2 siendo la siguiente razón más importante, hasta llegar a la razón menos importante.

- o [Respuestas de la pregunta K5] Lista de orden de importancia

K7. ¿Por qué está considerando profilaxis preexposición (PrEP) oral diaria, en lugar de un tipo diferente de profilaxis preexposición (PrEP)? (Elija todas las que correspondan)

- o Mi médico o proveedor/a de atención médica me recomendó este tipo
- o Conozco personas que usan este tipo de profilaxis preexposición (PrEP)
- o Creo que este tipo de profilaxis preexposición (PrEP) es más efectivo que otros tipos
- o Creo que este tipo de profilaxis preexposición (PrEP) es más seguro que otros tipos
- o No quiero tener que recibir inyecciones/inyecciones
- o No quiero tener que asistir a una cita cada dos meses para una inyección / inyección
- o Con una inyección/inyección me preocuparían los efectos secundarios prolongados (es decir, los efectos secundarios que no desaparecen durante mucho tiempo porque recibí una inyección)
- o No creo que recuerde tomar profilaxis preexposición (PrEP) intermitente según lo prescrito
- o No creo que profilaxis preexposición (PrEP) intermitente funcione para mí porque es difícil predecir cuándo voy a tener relaciones sexuales.
- o Prefiero tener una rutina regular de tomar profilaxis preexposición (PrEP)
- o Otros, por favor especifique

[Si selecciona varias opciones=K8, de lo contrario K13]

K8. Por favor, clasifique las razones por las que está considerando profilaxis preexposición (PrEP) oral diaria, con el 1 siendo la razón más importante, 2 siendo la siguiente razón más importante, hasta llegar a la razón menos importante.

[Respuestas de la pregunta K7] Lista de orden de importancia

-----

K9. ¿Por qué está considerando profilaxis preexposición (PrEP) oral intermitente, en lugar de un tipo diferente de profilaxis preexposición (PrEP)? (Elija todas las que correspondan)

- o Mi médico o proveedor/a de atención médica me recomendó este tipo
- o Conozco personas que usan este tipo de profilaxis preexposición (PrEP)
- o Creo que este tipo de profilaxis preexposición (PrEP) es más efectivo que otros tipos
- o Creo que este tipo de profilaxis preexposición (PrEP) es más seguro que otros tipos
- o No quiero tener que recibir inyecciones/inyecciones
- o No quiero tener que asistir a una cita cada dos meses para una inyección / inyección
- o Con una inyección/inyección me preocuparían los efectos secundarios prolongados (es decir, los efectos secundarios que no desaparecen durante mucho tiempo porque recibí una inyección)
- o No quiero tener que tomar una pastilla todos los días
- o Creo que es más fácil tomar profilaxis preexposición (PrEP) solo cuando lo necesito
- o Profilaxis preexposición (PrEP) intermitente es menos costosa
- o Otros, por favor especifique

[Si selecciona varias opciones=K10, de lo contrario, vaya a la sección K13]

K10. Por favor, clasifique las razones por las que está considerando la profilaxis preexposición (PrEP) oral intermitente, con el 1 siendo la razón más importante, 2 siendo la siguiente razón más importante, hasta llegar a la razón menos importante.

[Respuestas de la pregunta K9] Lista de orden de importancia

K11. ¿Por qué está considerando profilaxis preexposición (PrEP) inyectable, en lugar de un tipo diferente de profilaxis preexposición (PrEP)? (Elija todas las que correspondan)

- o Mi médico/proveedor de atención médica me recomendó este tipo
- o Conozco personas que usan este tipo de profilaxis preexposición (PrEP)
- o Creo que este tipo de profilaxis preexposición (PrEP) es más efectivo que otros tipos
- o Creo que este tipo de profilaxis preexposición (PrEP) es más seguro que otros tipos
- o No quiero tener que tomar una pastilla todos los días
- o No creo que recuerde tomar profilaxis preexposición (PrEP) oral diaria de la manera en que se prescribe
- o Me preocupa que alguien descubra que uso profilaxis preexposición (PrEP) si tuviera que tomar píldoras
- o No creo que recuerde tomar profilaxis preexposición (PrEP) intermitente según lo prescrito
- o No creo que profilaxis preexposición (PrEP) intermitente funcione para mí porque es difícil predecir cuándo voy a tener relaciones sexuales.
- o Otros, por favor especifique

[Si selecciona varias opciones=K12, de lo contrario, vaya a la sección K14]

K12. Por favor, clasifique las razones por las que está considerando profilaxis preexposición (PrEP) inyectable, con el 1 siendo la razón más importante, 2 siendo la siguiente razón más importante, hasta llegar a la razón menos importante.

[Respuestas de la pregunta K11] Lista de orden de importancia

[Si F4a, G5, H12 = PrEP inyectable, entonces salte a K14]

K13. En comparación con tomar pastillas orales de profilaxis preexposición (PrEP), ¿qué tan difícil cree que sería usar profilaxis preexposición (PrEP) inyectable según lo prescrito (recibir su inyección de profilaxis preexposición (PrEP) cada dos meses a tiempo)?

- o Profilaxis preexposición (PrEP) inyectable sería MENOS difícil de tomar según lo prescrito, en comparación con PrEP oral
- o IGUAL, el tipo de profilaxis preexposición (PrEP) no cambiaría mi capacidad para tomar profilaxis preexposición (PrEP) según lo prescrito
- o Profilaxis preexposición (PrEP) inyectable sería MÁS difícil de tomar según lo prescrito, en comparación con profilaxis preexposición (PrEP) oral
- o No sé/Prefiero no responder

[Si F4a, G5, H12 = PrEP intermitente, entonces saltar a la Sección L]

K14. En comparación con [introduzca la modalidad actual de profilaxis preexposición (PrEP)], ¿qué tan difícil cree que sería usar profilaxis preexposición (PrEP) oral intermitente (tomar dos píldoras 2-24 horas antes del sexo, una píldora 24 horas después de la primera dosis y una píldora 24 horas después de la segunda dosis)?

- o Profilaxis preexposición (PrEP) oral intermitente sería MENOS difícil de tomar, en comparación con [introduzca la modalidad actual de profilaxis preexposición (PrEP)]
- o IGUAL, profilaxis preexposición (PrEP) oral intermitente no cambiaría mi capacidad para tomar profilaxis preexposición (PrEP)
- o Profilaxis preexposición (PrEP) oral intermitente sería MÁS difícil de [introduzca la modalidad actual de profilaxis preexposición (PrEP)]
- o No lo sé/Prefiero no responder

## L. ADHERENCIA Y OBSTÁCULOS DE PROFILAXIS PREXPOSICIÓN (PrEP)

[Si F4a, G5, H12 = PrEP oral diaria, entonces L1-L5]

[Si F4a, G5, H12 = PrEP oral intermitente, entonces L6-L10]

[Si F4a, G5, H12 = PrEP inyectable, entonces L11-L17]

[Si I12, J5 = PrEP oral diaria, entonces L5]

[Si I12, J5 = PrEP oral intermitente, entonces L10]

[Si I12, J5 = PrEP inyectable, entonces L17]

[TODOS LOS PARTICIPANTES DEBEN RESPONDER L18 INDEPENDIENTEMENTE DEL USO DE PROFILAXIS PREXPOSICIÓN (PrEP)]

L1. En los últimos 7 días, ¿Cuántos días tomo profilaxis preexposición (PrEP)?

Cuadro de texto: 1-7

- o L2. En los últimos 3 meses, ¿qué porcentaje del tiempo tomo su profilaxis preexposición (PrEP) según lo prescrito (una vez al día)? Utilice la siguiente escala. 0% significaría 'NINGUNO' del tiempo y 100% significaría 'TODO' del tiempo. Si no está seguro/a, haga una su mejor intento.

% de medicamento tomado:

0 \_\_\_\_\_ [ ] \_\_\_\_\_ 100

- o L3. ¿Qué le ha impedido tomar su profilaxis preexposición (PrEP) a diario? (Elija todas las que correspondan)
- o No he tenido ningún problema para tomar mis dosis regulares de profilaxis preexposición (PrEP)
- o No pude conseguir mis pastillas en la farmacia
- o Se me acabó la receta y nunca volví a empezar
- o No tenía seguro médico para pagar las recetas
- o Me enfermó el estómago o sabía mal
- o Olvidé tomar mi pastilla
- o Tengo dolor de cabeza, sarpullido u otro síntoma físico
- o Se interpuso en el camino de mi horario diario
- o No tenía ganas de tomarlo, necesitaba un descanso
- o Cambio en la situación de vida/me mudé
- o Preocupado/a de que alguien piense que tengo VIH
- o Se enfermó con otra enfermedad, no se sentía bien (por ejemplo, resfriado, gripe, etc.)
- o No creo que ya necesito las pastillas, puedo mantenerme saludable sin ellas
- o Familiares y / o amigos/as no me ayudaron a recordar
- o Familiares y/o amigos/as me dijeron que no debía tomarlos
- o No hay ningún lugar para guardar las pastillas en la escuela o el trabajo
- o No entendía por qué tenía que tomar las pastillas
- o Seguí enfermándome incluso cuando tomé las pastillas
- o Tomarlo me recordó al VIH
- o Otros, por favor especifique
- o No sé

[Si selecciona varias opciones=L4, de lo contrario L5]

- o L4. Por favor, clasifique las cosas que le han impedido tomar profilaxis preexposición (PrEP), con el 1 siendo la razón más importante por la que cambió, el 2 siendo la siguiente razón más importante, hasta llegar a la razón menos importante.

[Respuestas de la pregunta L3] Lista de orden de importancia

L5. Estamos interesados en cómo se siente acerca de las siguientes declaraciones. Por favor, responda indicando su seguridad sobre cada afirmación en una escala de 1 (no seguro/a) a 10 (totalmente seguro/a).

¿Qué tan seguro/a está de que puede...

Tomar profilaxis preexposición (PrEP) en un fin de semana:

Tomar profilaxis preexposición (PrEP) en un día laborable

Tomar profilaxis preexposición (PrEP) cuando se trate de cambios de horario:

Tomar profilaxis preexposición (PrEP) mientras viaja:

Tomar profilaxis preexposición (PrEP) cuando sale con amigos/as:

Tomar profilaxis preexposición (PrEP) en el trabajo / escuela:

Tomar profilaxis preexposición (PrEP) cuando tenga efectos secundarios del medicamento:

Tomar profilaxis preexposición (PrEP) cuando tenga una crisis:

Tomar profilaxis preexposición (PrEP) cuando beba o use drogas:

Asista a sus citas médicas de profilaxis preexposición (PrEP):

Siga un plan para tomar profilaxis preexposición (PrEP):

[Pase a L18]

-----

L6. En los últimos 3 meses, ¿Qué porcentaje de veces tomo su dosis completa de profilaxis preexposición (PrEP) intermitente según lo prescrito (es decir, antes y después de cualquier sexo anal sin preservativo)? Una dosis completa incluye las pastillas tomadas antes del sexo y después del sexo como en la figura. Utilice la siguiente escala. 0% significaría 'NINGUNO' del tiempo y 100% significaría 'TODO' del tiempo. Si no está seguro/a, haga su mejor intento.

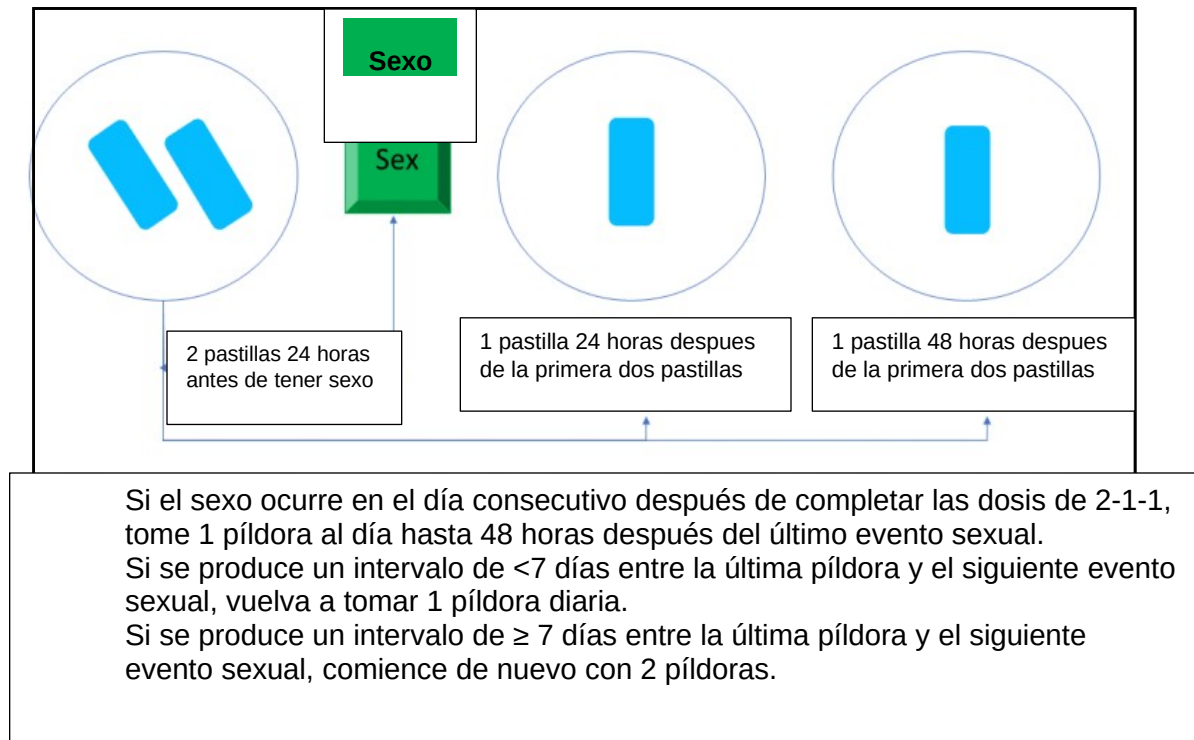
% de medicamento tomado:

0 \_\_\_\_\_ [ ] \_\_\_\_\_ 100

- o No tuve ningún sexo anal sin preservativo.

- o No sé

Figura.



[SI L6 = 100%, pase a L10]

L7. En los últimos 3 meses, ¿Qué porcentaje de las veces hizo lo siguiente antes de tener sexo anal sin preservativo? Nota: Sus respuestas deben sumar el 100%. Si alguna de las categorías no le aplican a usted, ingrese un "0". [Agregue lógica para que estas respuestas sumen el 100%]

- ☐ No tomó ninguna de las 4 pastillas: \_\_\_\_%
- ☐ Tomó 1 de las 4 pastillas: \_\_\_\_%
- ☐ Tomó 2 de las 4 pastillas: \_\_\_\_%
- ☐ Tomó 3 de las 4 pastillas: \_\_\_\_%
- ☐ L8. ¿Qué le ha impedido tomar profilaxis preexposición (PrEP) intermitente según lo prescrito (es decir, antes y después de tener sexo anal sin preservativo)? (Elija todas las que correspondan)
- ☐ No he tenido ningún problema para tomar mis dosis de profilaxis preexposición (PrEP)
- ☐ No pude conseguir mis pastillas en la farmacia o farmacia
- ☐ Se me acabó la receta y nunca volví a empezar
- ☐ Olvidé tomar mis pastillas antes del sexo
- ☐ Olvidé tomar mis pastillas después del sexo
- ☐ No sabía que iba a tener relaciones sexuales y no tenía ninguna profilaxis preexposición

(PrEP) conmigo

- o No pensé que necesitaba tomar todas las píldoras
- o No tenía seguro médico para pagar las recetas
- o Me enfermó el estómago o sabía mal
- o Tengo dolor de cabeza, sarpullido u otro síntoma físico
- o No tenía ganas de tomarlo, necesitaba un descanso
- o Cambio en la situación de vida/traslado
- o Preocupado/a de que alguien piense que tengo VIH
- o Se enfermó con otra enfermedad, no se sentía bien (por ejemplo, resfriado, gripe, etc.)
- o No creo que ya necesito las pastillas, puedo mantenerme saludable sin ellas
- o Familiares y / o amigos/as no me ayudaron a recordar
- o Familiares y/o amigos/as me dijeron que no debía tomarlos
- o No hay ningún lugar para guardar las pastillas en la escuela o el trabajo
- o No entendía por qué tenía que tomar las pastillas
- o Seguí enfermándome incluso cuando tomé las pastillas
- o Tomarlo me recordó al VIH
- o Otros, por favor especifique
- o No sé

[Si selecciona varias opciones=L8, de lo contrario L10]

L9. Por favor, clasifique las cosas que le han impedido tomar profilaxis preexposición (PrEP), con el 1 siendo la razón más importante por la que cambió, el 2 siendo la siguiente razón más importante, hasta llegar a la razón menos importante.

- o [Respuestas de la pregunta L7] lista por orden de importancia

L10. Estamos interesados en cómo se siente acerca de las siguientes declaraciones. Por favor, responda indicando su seguridad sobre cada afirmación en una escala de 1 (no seguro/a) a 10 (totalmente seguro/a).

¿Qué tan seguro/a está de que puede...

Tomar profilaxis preexposición (PrEP) en un fin de semana si es necesario:

Tomar profilaxis preexposición (PrEP) en un día laborable si es necesario:

Tomar profilaxis preexposición (PrEP) cuando se trate de cambios de horario:

Tomar profilaxis preexposición (PrEP) mientras viaja si es necesario:

Tomar profilaxis preexposición (PrEP) cuando salga con amigos si es necesario:

Tomar profilaxis preexposición (PrEP) en el trabajo / escuela si es necesario:

Tomar profilaxis preexposición (PrEP) cuando tenga efectos secundarios del medicamento:

Tomar profilaxis preexposición (PrEP) cuando tenga una crisis:

Tomar profilaxis preexposición (PrEP) cuando beba o use drogas si es necesario:

Asista a sus citas médicas de profilaxis preexposición (PrEP):

Siga un plan para tomar profilaxis preexposición (PrEP):

[Pase a L18]

-----

L11. ¿Cuándo fue la fecha de su última inyección de profilaxis preexposición (PrEP)? (Si desconoce la fecha exacta, use el primero del mes de la inyección).

\_\_\_dd/mm/yyyy\_\_\_

L12. ¿Cual es la fecha de su próxima inyección de profilaxis preexposición (PrEP)? (Si desconoce la fecha exacta, use el primero del mes de la inyección).

\_\_\_dd/mm/yyyy\_\_\_

L13. ¿Alguna vez ha pasado más de 2 meses entre inyecciones de profilaxis preexposición (PrEP)?

[Sí=L14, de lo contrario L15]

- ☐ No
- ☐ Sí
- ☐ No sé

L14. ¿Cuántas veces ha pasado más de 2 meses entre inyecciones de profilaxis preexposición (PrEP)? Está bien si no sabe la respuesta exacta; Proporcione su mejor intento.

[Texto libre]

L15. ¿Qué se le ha impedido a recibir sus inyecciones de profilaxis preexposición (PrEP)? (Elija todas las que correspondan)

- ☐ No he tenido ningún problema para recibir mis inyecciones regulares de profilaxis preexposición (PrEP)

- o No se pudo obtener una cita de inyección
- o La ubicación de la cita estaba demasiado lejos o no podía conseguir transporte
- o Insatisfecho/a con la calidad de los servicios clínicos
- o Actitudes negativas del personal de la clínica
- o Preocupado/a por pagar la inyección
- o Irritación en el lugar de la inyección
- o Tenía algún otro síntoma físico
- o Olvidé programar o asistir a mi cita
- o Se interpuso en el camino de mi horario
- o No tenía ganas de tomarlo, necesitaba un descanso
- o Cambio en la situación de vida/traslado
- o Preocupado/a de que alguien piense que tengo VIH
- o Se enfermó con otra enfermedad, no se sentía bien (por ejemplo, resfriado, gripe, etc.)
- o No creo que ya necesito las inyecciones, puedo mantenerme saludable sin ellas
- o Familiares y / o amigos/as no me ayudaron a recordar
- o Familiares y/o amigos me dijeron que no debería recibirlos
- o No entendía por qué tenía que recibir las inyecciones
- o Seguí enfermándome incluso cuando recibí las inyecciones
- o Tenerlos me recordó al VIH
- o Otro, por favor especifique
- o No sé

[Múltiples opciones seleccionadas= L16, de lo contrario L17]

L16. Por favor, clasifique las cosas que la han impedido tomar profilaxis preexposición (PrEP), con el 1 siendo la razón más importante por la que cambió, el 2 siendo la siguiente razón más importante, hasta llegar a la razón menos importante.

- o [Respuestas de L15] Lista de orden de importancia

L17. Estamos interesados en cómo se siente acerca de las siguientes declaraciones. Por favor, responda indicando su seguridad sobre cada afirmación en una escala de 1 (no seguro/a) a 10 (totalmente seguro/a).

¿Qué tan seguro/a está de que puede...

Asista a sus citas inyectables de profilaxis preexposición (PrEP):

Sigue un plan para obtener su profilaxis preexposición (PrEP):

[TODOS LOS PARTICIPANTES]

L18. Califique cuánto influye cada uno de los siguientes elementos en su decisión de tomar profilaxis preexposición (PrEP).

|  | Para nada | Un poco | Una cantidad | Mucho |
|--|-----------|---------|--------------|-------|
|  |           |         |              |       |

|                                                                                                                                                                                           |  |  | moderada |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|----------|--|
| Tener que hablar con un/a proveedor/a de atención médica sobre mi vida sexual                                                                                                             |  |  |          |  |
| Tener que hablar con una proveedor/a de atención médica sobre profilaxis preexposición (PrEP)                                                                                             |  |  |          |  |
| Amigos/as que descubren que estoy tomando profilaxis preexposición (PrEP)                                                                                                                 |  |  |          |  |
| Pareja(s) sexual(es) enterándose(s) de que estoy tomando profilaxis preexposición (PrEP)                                                                                                  |  |  |          |  |
| Miembros de la familia que descubren que estoy tomando profilaxis preexposición (PrEP)                                                                                                    |  |  |          |  |
| Los efectos a largo plazo de profilaxis preexposición (PrEP) en mi salud                                                                                                                  |  |  |          |  |
| La posibilidad de que profilaxis preexposición (PrEP) no proporcione una protección completa contra el VIH                                                                                |  |  |          |  |
| La posibilidad de que si soy diagnosticado como VIH positivo, ciertos medicamentos no funcionen                                                                                           |  |  |          |  |
| Los posibles efectos secundarios de profilaxis preexposición (PrEP)                                                                                                                       |  |  |          |  |
| Tener que acordarse de tomar una pastilla o recibir una inyección                                                                                                                         |  |  |          |  |
| Obtener transporte a las citas/laboratorios de profilaxis preexposición (PrEP)                                                                                                            |  |  |          |  |
| Regresar para citas de seguimiento y laboratorios de profilaxis preexposición (PrEP)                                                                                                      |  |  |          |  |
| Volver a surtir una receta de profilaxis preexposición (PrEP)                                                                                                                             |  |  |          |  |
| Usar el seguro para obtener cobertura para los costos de profilaxis preexposición (PrEP)                                                                                                  |  |  |          |  |
| Cubrir los costos de profilaxis preexposición (PrEP) (incluyendo las visitas al consultorio o los copagos de visitas al consultorio, los costos de laboratorio, los costos de transporte) |  |  |          |  |

## M. USO DE TECNOLOGÍA Y COMPORTAMIENTO DE BÚSQUEDA DE PAREJA EN LÍNEA

En esta sección, le haremos preguntas sobre sus dispositivos y su uso de redes sociales e Internet.

M1. En promedio, ¿Cuántas horas al día pasa en el Internet, aparte del trabajo o la escuela?  
(Redondear a la hora más cercana) \_\_\_\_\_ [entero 0-24]

M2. ¿Cuál de los siguientes dispositivos tiene? (Marque todo lo que corresponda)  
[Si el teléfono celular entonces M4, si el teléfono inteligente entonces M3, de lo contrario M4]  
o Celular (teléfono móvil básico para llamar o enviar mensajes de texto; no tiene acceso a Internet, aplicaciones o una pantalla táctil)

- ☐ Teléfono inteligente (teléfono móvil avanzado con acceso a Internet, aplicaciones y pantalla táctil)
- ☐ Computadora de escritorio
- ☐ Ordenador portátil
- ☐ Tableta
- ☐ Lector de libros electrónicos
- ☐ Rastreador de ejercicios o reloj inteligente
- ☐ Otros, por favor especifique

M3. ¿Con qué frecuencia usa aplicaciones en su teléfono inteligente (por ejemplo: TikTok, Instagram, aplicaciones de citas, aplicaciones bancarias, Snapchat)?

- ☐ Más de una vez al día
- ☐ Aproximadamente una vez al día
- ☐ Un par de veces a la semana
- ☐ Aproximadamente una vez a la semana
- ☐ Menos de una vez a la semana
- ☐ No uso aplicaciones en mi teléfono

M4. ¿Comparte regularmente su teléfono con una o más personas (como una pareja, familiar o amigos/as)?

- ☐ Sí
- ☐ No

M5. ¿Qué tipo de servicio telefónico tiene?

- ☐ Tengo una cuenta de prepago
- ☐ Tengo un contrato mensual
- ☐ Estoy en un plan compartido
- ☐ Otro, por favor especifique
- ☐ No sé

M6. ¿Cuántas veces en los últimos 3 meses se ha desconectado su teléfono, porque la factura que no se pagó o porque su teléfono se perdió o fue robado?

[Nunca=M8, de lo contrario M7]

- ☐ Nunca
- ☐ Una vez
- ☐ Dos veces
- ☐ 3 a 5 veces
- ☐ Más de 5 veces
- ☐ Otros, por favor especifique
- ☐ No sé

M7. La última vez que se desconectó el teléfono, ¿Cuanto tiempo estuvo desconectado?

- ☐ 1 día o menos

- ☐ 2 a 7 días
- ☐ 1 a 4 semanas
- ☐ 1 mes o más
- ☐ Otro, por favor especifique
- ☐ No sé

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

|                                                                                                | Nunca | Raramente | A veces | Frecuentemente |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------|---------|----------------|
| Hacer nuevos amigos                                                                            |       |           |         |                |
| Chatear con amigos                                                                             |       |           |         |                |
| Encontrar una cita                                                                             |       |           |         |                |
| Conocer parejas para tener sexo                                                                |       |           |         |                |
| Buscar oportunidades laborales                                                                 |       |           |         |                |
| Rastrear sus comportamientos de salud (dieta, ejercicio, administración de medicamentos, etc.) |       |           |         |                |
| Crear recordatorios de eventos (tomar una pastilla diaria, hacer ejercicio, etc.)              |       |           |         |                |

M9. ¿Cuáles son las 3 plataformas de redes sociales que usa con más frecuencia?

- ☐ YouTube (en inglés)
- ☐ LinkedIn (en inglés)
- ☐ Reddit
- ☐ WhatsApp (en inglés)
- ☐ Snapchat
- ☐ Twitter
- ☐ Facebook (en inglés)
- ☐ Instagram (en inglés)
- ☐ TikTok
- ☐ Otros, por favor especifique
- ☐ No sé

M10. **[Escala de Ybarra]** En los últimos 12 meses, ¿Ha buscado en línea alguno de los siguientes temas por sí mismo/a? (Marque todo lo que corresponda)

- ☐ Sexualidad o atracción sexual
- ☐ Cómo tener relaciones sexuales o posiciones sexuales
- ☐ VIH/SIDA u otras enfermedades de transmisión sexual
- ☐ Preservativos u otros tipos de anticonceptivos
- ☐ PrEP (terapia de profilaxis preexposición)
- ☐ PEP (profilaxis posexposición)
- ☐ Problemas de estado físico o peso
- ☐ Drogas o alcohol

- o Violencia o abuso
- o Medicamentos o efectos secundarios de medicamentos
- o Depresión, ansiedad o suicidio
- o Ninguno

M11. Por favor indique que tan de acuerdo está con las siguientes declaraciones

|                                                                                           | Totalmente de Acuerdo | De Acuerdo | Ni de Acuerdo, ni en Descuerdo | En Descuerdo | Totalmente en Descuerdo |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------|--------------------------------|--------------|-------------------------|
| Sé qué recursos de salud están disponibles en el Internet.                                | ( )                   | ( )        | ( )                            | ( )          | ( )                     |
| Sé cómo encontrar recursos de salud útiles en el Internet.                                | ( )                   | ( )        | ( )                            | ( )          | ( )                     |
| Sé cómo usar el Internet para responder mis preguntas sobre la salud.                     | ( )                   | ( )        | ( )                            | ( )          | ( )                     |
| Sé cómo usar la información de salud que encuentro en el Internet para ayudarme.          | ( )                   | ( )        | ( )                            | ( )          | ( )                     |
| Tengo las habilidades que necesito para evaluar los recursos de salud que encuentro en el | ( )                   | ( )        | ( )                            | ( )          | ( )                     |

|                                                                                                                                 |     |     |     |     |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| Internet.                                                                                                                       |     |     |     |     |     |
| Puedo distinguir los recursos de salud de alta calidad en comparacion con los recursos de salud de baja calidad en el Internet. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Me siento seguro/a en el uso de la información del Internet para tomar decisiones de salud.                                     | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Sé dónde encontrar recursos de salud útiles en el Internet.                                                                     | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |

## N. RELACIONES Y PRIORIDADES DE SALUD SEXUAL

N1. ¿Cómo define su estado de relación principal? **[Pregunta de enrutamiento, no puede omitir]**

- o Soltero **[Saltar a la Sección O]**
- o Citas casuales / amigos/as con beneficios **[Saltar a la Sección O]**
- o En una relación (Tener una pareja / parejas o cónyuge)
- o Otros, especifique **[Saltar a la Sección O]**
- o No sé **[Saltar a la Sección O]**

Las personas tienen diferentes prioridades de salud sexual. Por ejemplo, algunas personas le dan prioridad al permanecer VIH negativo; otros quieren divertirse lo más posible con sus parejas; Otros quieren sentirse lo más cerca y conectados posible con sus parejas. N2. Para

estas siguientes preguntas, estamos interesados en usted y en las prioridades de salud sexual de su pareja romántica principal. Al pensar en usted y en las prioridades de salud sexual de su pareja principal, indique hasta qué punto está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones.

|                                                                                                                                     | Totalmente de Acuerdo | De Acuerdo | Ni de Acuerdo, ni en Descuerdo | En Desacuerdo | Totalmente en Descacuerdo |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------|--------------------------------|---------------|---------------------------|
| Siento que mi pareja y yo estamos "en la misma página" en términos de las decisiones que tomamos sobre la salud sexual y el riesgo. | ( )                   | ( )        | ( )                            | ( )           | ( )                       |
| Cuando se trata de la toma de decisiones sexuales, siento que mi pareja y yo somos "de la misma opinión"                            | ( )                   | ( )        | ( )                            | ( )           | ( )                       |
| A veces siento que mis prioridades para mi salud sexual son incompatibles con los objetivos de mi pareja.                           | ( )                   | ( )        | ( )                            | ( )           | ( )                       |
| Estoy seguro/a de que mi                                                                                                            | ( )                   | ( )        | ( )                            | ( )           | ( )                       |

|                                                                                                         |     |     |     |     |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| pareja y yo generalmente compartimos las mismas prioridades cuando se trata de salud sexual.            |     |     |     |     |     |
| Tomar decisiones de salud sexual con mi pareja puede ser difícil porque tenemos diferentes prioridades. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |

## O. COMPORTAMIENTOS SEXUALES

Este conjunto de preguntas le preguntará sobre sus comportamientos sexuales. A veces, compartir información sobre comportamientos sexuales puede hacer que las personas se sientan incómodas. Queremos que recuerde que toda esta información se mantiene confidencial y se recopila solo con fines de investigación. Esta información ayudará a este estudio a aprender más sobre la profilaxis preexposición (PrEP) y la prevención del VIH. Por favor, sea lo más honesto posible.

**O1. En los últimos 3 meses, ¿Con cuántas parejas sexuales ha tenido relaciones sexuales?**  
[NumSexPartner] \_\_\_\_\_ (rango 0-99) *(campo de texto)*

[Si NumSexPartner =0 entonces salta a la Sección P]

[Si NumSexPartner = 1 entonces O2-O5]

[Si NumSexPartner > 1 entonces O6-O9]

[RECEPTIVO ANAL]

Las siguientes preguntas se refieren a su comportamiento sexual durante los últimos 3 meses. Nuestro enfoque en esta sección será exclusivamente en el **sexo anal**. Por lo tanto, **solo incluya parejas con las que tuvo sexo anal**.

**O2. En los últimos 3 meses, ¿Tuvo sexo anal receptivo con esta persona (fue el receptivo)?**

[Sí = O3, de lo contrario O?]

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sé

O3. Acerca de esta persona, ¿Le puso su pene en su recto **sin** condón/preservativo?

[ReceptiveAI>NoCondom]

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sé

O4. Con respecto a esta persona ... [OneRecAIHIVStatus]

- ☐ Le dijo que era VIH negativo y no tendría ninguna razón para dudarlo. [Negativo]
- ☐ Le dijo que era VIH positivo y que era indetectables
- ☐ Le dijo que era VIH positivo, pero NO dijo que era indetectable.
- ☐ No estaba completamente seguro/a del estado de VIH de esta persona.  
[EstadoDesconocido]
- ☐ No sé

O5. ¿Esta persona estaba usando profilaxis preexposición (PrEP)? [OneRecAIPrep]

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sé

[Salte a O10]

O6. **En los últimos 3 meses**, ¿Con cuántas de estas personas [NumSexPartner] tuvo **sexo anal receptivo** (fue el pasivo)? [IA receptiva]

\_\_\_\_\_ (rango 0-[NumSexPartner]) (relleno) [Si >0 entonces O7, de lo contrario O14]

O7. De estas personas [ReceptiveAI], ¿Cuántas ponen sus penes en Su recto **sin condón/preservativo**? \_\_\_\_ [ReceptiveAI>NoCondom] (Rango 0-[ReceptiveAI]) (relleno)

O8. De las personas [ReceptiveAI] con las que tuvo **sexo anal receptivo**, cuántas ...  
(Introduzca un número en cada casilla. Introduzca 0 (cero) si no hay ninguno. Sus respuestas deben sumar a [ReceptiveAI]).

- ☐ ¿Le dijeron que eran VIH negativos y no tendría ninguna razón para dudarlo? \_\_\_\_\_
- ☐ ¿Le dijeron que eran VIH positivos y que eran indetectables? \_\_\_\_\_
- ☐ Le dijeron que eran VIH positivos, pero NO dijeron que eran indetectables. \_\_\_\_\_
- ☐ ¿No estaban completamente seguros/as de su estado de VIH? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_(TOTAL) [MultRecAIHIVTotal] Este número debe ser la suma de las 3 respuestas anteriores, y debe contar a medida que se rellenan las respuestas. Valide que [MultRecUAIHIVTotal] = [ReceptiveAI]

O9. Que usted sepa, ¿Cuántas de estas personas estaban tomando profilaxis preexposición (PrEP)? [MultRecAIPrep] \_\_\_\_ (rango 0-[ReceptiveAI]) (relleno)

[Saltar a O14]

-----

[ANAL INSERTIVO]

[Si NumSexPartner = 1 entonces O10-O13]

[Si NumSexPartner > 1 entonces O14-O17]

O10. Tenemos algunas preguntas más sobre su comportamiento sexual con la persona que fue su pareja sexual anal **en los últimos 3 meses**.

**En los últimos 3 meses**, ¿Tuvo **sexo anal insertivo** con esta persona (fue el activo)? [IA insertiva]

[Sí = O11, de lo contrario]

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sé

O11. Acerca de esta persona, ¿Le puso el pene en su recto **sin condón/preservativo**? [InsertiveAINoCondom]

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sé

[Si se responde O4, saltar a O13]

O12. Con respecto a esta persona ... [OneRecAIHIVStatus]

- ☐ Le dijo que era VIH negativo y no tendría ninguna razón para dudarlo. [Negativo]
- ☐ Le dijo que era VIH positivo y que era indetectable
- ☐ Le dijo que era VIH positivo, pero NO dijo que era indetectable.
- ☐ No estaba completamente seguro/a del estado de VIH de esta persona. [EstadoDesconocido]
- ☐ No sé

[Si se responde O5, saltar a O18]

O13. ¿Esta persona estaba usando PrEP? [OneRecAIPrep]

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sé

[Saltar a O18]

-----

O14. Tenemos algunas preguntas más sobre su comportamiento sexual con las personas que fueron sus parejas sexuales anales **en los últimos 3 meses**.

**En los últimos 3 meses**, ¿Con cuántas de estas personas [NumSexPartner] tuvo **sexo anal insertivo** (eras el mejor)? [InsertiveAI] \_\_\_\_ (rango 0-[NumSexPartner]) *(relleno)* [Si >0 entonces O15, de lo contrario O22]

O15. De estas personas [InsertiveAI], ¿En cuántas de estas personas puso su pene en su recto **sin condón/preservativo**? \_\_\_\_ [InsertiveAINoCondom] (rango 0-[InsertiveAI]) *(relleno)*

O16. De las personas [InsertiveAI] con las que tuvo **sexo anal insertivo**, ¿Cuántas ... *(Introduzca un número en cada casilla. Introduzca 0 (cero) si no hay ninguno. Sus respuestas deben sumar a [InsertiveAI]).*

- ☐ ¿Le dijeron que eran VIH negativos y no tenía ninguna razón para dudarlo? \_\_\_\_
- ☐ ¿Le dijeron que eran VIH positivos y que eran indetectables? \_\_\_\_
- ☐ ¿Le dijeron que eran VIH positivos, pero NO dijeron que eran indetectables? \_\_\_\_
- ☐ ¿No estaban completamente seguro de su estado de VIH? \_\_\_\_

\_\_\_\_(TOTAL) [MultInsAIHIVTotal] Este número debe ser la suma de las 3 respuestas anteriores, y debe contar a medida que se rellenan las respuestas. Validar que [MultInsUAIHIVTotal] = [InsertiveAI]

O17. Que usted sepa , ¿Cuántas de estas personas estaban tomando PrEP? [MultRecAIPrep] \_\_\_\_ (rango 0-[InsertiveAI]) *(relleno)*

[Saltar a O22]

-----  
[VAGINAL]

Ahora le haremos preguntas sobre su experiencia con **el sexo vaginal en los últimos 3 meses**. Nuestro enfoque en esta sección es exclusivamente en el **sexo vaginal**.

[Si NumSexPartner = 1 entonces O18-O21]

[Si NumSexPartner > 1 entonces O22-O25]

O18. **En los últimos 3 meses**, ¿Tuvo **sexo vaginal** con esta persona (Le puso el pene en su vagina)? [VI]

[Sí = O19, de lo contrario]

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sé

O19. Acerca de esta persona, ¿Le puso el pene en su vagina **sin condón/preservativo**?  
[InsertiveVINoCondom]

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sé

O20. Con respecto a esta persona ... [OneRecAIHIVStatus]

- ☐ Le dijo que era VIH negativo y no tendría ninguna razón para dudarlo. [Negativo]
- ☐ Le dijo que eran VIH positivo y que era indetectable
- ☐ Le dijo que era VIH positivo, pero NO dijo que era indetectable.
- ☐ No estaba completamente seguro/a del estado de VIH de esta persona.  
[EstadoDesconocido]
- ☐ No sé

O21. ¿Esta persona estaba usando PrEP? [OneRecAIPrep]

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sé

[Saltar al enrutamiento antes de O26]

O22. **En los últimos 3 meses**, ¿Con cuántas parejas sexuales tuvo **sexo vaginal** (Le puso el pene en su vagina)? [VI] \_\_\_\_ (rango 0-[NumVagSexPartner]) *(relleno)* [Si >0 entonces O23, de lo contrario enrutamiento antes de O26]

O23. De estas personas [InsertiveVI], ¿En cuántas de estas personas puso su pene en sus vaginas **sin condón/preservativo**? \_\_\_\_ [InsertiveVINoCondom] (rango 0-[InsertiveAI]) *(relleno)*

O24. De las personas [InsertiveVI] con las que tuvo **sexo vaginal**, cuántas... *(Introduzca un número en cada casilla. Introduzca 0 (cero) si no hay ninguno. Sus respuestas deben sumar [InsertiveVI]).*

- ☐ ¿Le dijeron que eran VIH negativos y no tendría ninguna razón para dudarlo? \_\_\_\_
- ☐ ¿Le dijeron que eran VIH positivos y que eran indetectables? \_\_\_\_
- ☐ Le dijeron que eran VIH positivos, pero NO dijeron que eran indetectables. \_\_\_\_
- ☐ ¿No estaba completamente seguro de su estado de VIH? \_\_\_\_

\_\_\_\_ *(TOTAL)* [MultInsVIHIVTotal] Este número debe ser la suma de las 3 respuestas anteriores, y debe coincidir a medida que se rellenan las respuestas. Validar que [MultInsVIHIVTotal] = [InsertiveVI]

O25. Que usted sepa, ¿Cuántas de estas personas estaban tomando PrEP?  
[MultRecVIPrep] \_\_\_\_ (rango 0-[InsertiveVI]) *(relleno)*

[Si O2 = NO, N6 = 0, O10 = NO, O14 = 0 entonces no se informó sexo anal, saltar a O27]

O26. Ahora vamos a pedirle que recuerde cualquier sexo anal que haya tenido en los últimos 2 meses (8 semanas). Si no está seguro/a de alguna respuesta a continuación, haga su mejor intento.

Pensando en la semana pasada, [introduzca el rango de fechas aquí con calendario]:

¿Cuántas veces tuvo sexo anal?

¿Cuántas veces tuvo sexo anal sin preservativo?

Pensando en hace 2 semanas, [introduzca en el rango de fechas aquí con calendario]:

¿Cuántas veces tuvo sexo anal?

¿Cuántas veces tuvo sexo anal sin preservativo?

Pensando en hace 3 semanas, [introduzca el rango de fechas aquí con calendario]:

¿Cuántas veces tuvo sexo anal?

¿Cuántas veces tuvo sexo anal sin preservativo?

Pensando en hace 4 semanas, [introduzca el rango de fechas aquí con calendario]:

¿Cuántas veces tuvo sexo anal?

¿Cuántas veces tuvo sexo anal sin preservativo?

Pensando en hace 5 semanas, [introduzca el rango de fechas aquí con calendario]:

¿Cuántas veces tuvo sexo anal?

¿Cuántas veces tuvo sexo anal sin preservativo?

Pensando en hace 6 semanas, [introduzca el rango de fechas aquí con calendario]:

¿Cuántas veces tuvo sexo anal?

¿Cuántas veces tuvo sexo anal sin preservativo?

Pensando en hace 7 semanas, [introduzca el rango de fechas aquí con calendario]:

¿Cuántas veces tuvo sexo anal?

¿Cuántas veces tuvo sexo anal sin preservativo?

Pensando en hace 8 semanas, [introduzca el rango de fechas aquí con calendario]:

¿Cuántas veces tuvo sexo anal?

¿Cuántas veces tuvo sexo anal sin preservativo?

O27. En los últimos 12 meses, ¿Ha tenido algún tipo de sexo con alguien a cambio de cosas que necesitaba (como dinero, drogas, comida, refugio, etc.)?

☐ No

☐ Sí

☐ No sé

O28. En los últimos 12 meses, ¿Le ha dado algo a otra persona (como dinero, drogas, comida, refugio, etc.) a cambio de que tenga relaciones sexuales consigo?

- ☐ No
- ☐ Sí
- ☐ No sé

## P. CONSUMO DE SUSTANCIAS

Las siguientes preguntas se refieren a su consumo de alcohol y drogas. Sabemos que esta información es personal. Recuerde que toda esta información se mantiene confidencial y se reúne solo con fines de investigación.

P1. ¿Cuál de los siguientes drogas ha usado en su vida (solo para uso no médico)? (Elija todas las que correspondan)

[Si no hay ninguno, vaya a la sección Q]

- ☐ Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, cigarros, cigarrillos electrónicos, etc.)
- ☐ Alcohol (cerveza, vino, licores, etc.)
- ☐ Cannabis (marihuana, marihuana, hierba, comestibles, hachís, cannabis sintético, vapeo, etc.)
- ☐ Cocaína (coca, crack, etc.)
- ☐ Anfetaminas (speed, metanfetamina, pastillas para adelgazar, molly, éxtasis, Ritalin, Adderall, etc.)
- ☐ Inhalantes (poppers, nitroso, pegamento, gasolina, diluyente de pintura, etc.)
- ☐ Sedantes, tranquilizantes o pastillas para dormir (valium, Serepax, Rohypnol, Xanax, Ambien, GHB, etc.)
- ☐ Alucinógenos (LSD, ácido, hongos, PCP, ketamina, etc.)
- ☐ Opioides (heroína, morfina, metadona, codeína, oxicotina, Percocet, Vicodin, etc.)
- ☐ Otros, por favor especifique
- ☐ Ninguno
- ☐ No sé

P2. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha usado ... [solo introduzca sustancias de arriba]

[Si todo Nunca, entonces salte a P6]

|                                                                                  | Nunca | Una o dos veces | Mensual | Semanal | Diario o casi a diario |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------|---------|---------|------------------------|
| Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, cigarros, cigarrillos electrónicos, etc.) |       |                 |         |         |                        |
| Alcohol (cerveza, vino, licores, etc.)                                           |       |                 |         |         |                        |
| Cannabis (marihuana, comestibles, marihuana, hierba, hachís, cannabis            |       |                 |         |         |                        |

|                                                                                                         |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| sintético, vapeo, etc.)                                                                                 |  |  |  |  |  |
| Cocaína (coca, crack, etc.)                                                                             |  |  |  |  |  |
| Anfetaminas (speed, metanfetamina, pastillas para adelgazar, molly, éxtasis, Ritalin, Adderall, etc.)   |  |  |  |  |  |
| Inhalantes (poppers, nitroso, pegamento, gasolina, diluyente de pintura, etc.)                          |  |  |  |  |  |
| Sedantes, tranquilizantes o pastillas para dormir (valium, Serepax, Rohypnol, Xanax, Ambien, GHB, etc.) |  |  |  |  |  |
| Alucinógenos (LSD, ácido, hongos, PCP, ketamina, etc.)                                                  |  |  |  |  |  |
| Opioides (heroína, morfina, metadona, codeína, oxicotina, Percocet, Vicodin, etc.)                      |  |  |  |  |  |
| Otros, por favor especifique                                                                            |  |  |  |  |  |

P3. Durante los últimos tres meses, ¿Con qué frecuencia ha tenido un fuerte deseo o necesidad de usar ...

|                                                                                                         | Nunca | Una o dos veces | Mensual | Semanal | Diario o casi a diario |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------|---------|---------|------------------------|
| Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, cigarros, cigarrillos electrónicos, etc.)                        |       |                 |         |         |                        |
| Alcohol (cerveza, vino, licores, etc.)                                                                  |       |                 |         |         |                        |
| Cannabis (marihuana, comestibles, marihuana, hierba, hachís, cannabis sintético, vapeo, etc.)           |       |                 |         |         |                        |
| Cocaína (coca, crack, etc.)                                                                             |       |                 |         |         |                        |
| Anfetaminas (speed, metanfetamina, pastillas para adelgazar, molly, éxtasis, Ritalin, Adderall, etc.)   |       |                 |         |         |                        |
| Inhalantes (poppers, nitroso, pegamento, gasolina, diluyente de pintura, etc.)                          |       |                 |         |         |                        |
| Sedantes, tranquilizantes o pastillas para dormir (valium, Serepax, Rohypnol, Xanax, Ambien, GHB, etc.) |       |                 |         |         |                        |
| Alucinógenos (LSD, ácido, hongos, PCP, ketamina, etc.)                                                  |       |                 |         |         |                        |
| Opioides (heroína, morfina, metadona, codeína, oxicotina, Percocet, Vicodin, etc.)                      |       |                 |         |         |                        |
| Otros, por favor especifique                                                                            |       |                 |         |         |                        |

P4. Durante los últimos tres meses, ¿Con qué frecuencia su uso de [introduzca substances de los últimos 3 meses] ha provocado problemas de salud, sociales, legales o financieros?

|                                                                                                         | Nunca | Una o dos veces | Mensual | Semanal | Diario o casi a diario |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------|---------|---------|------------------------|
| Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, cigarros, cigarrillos electrónicos, etc.)                        |       |                 |         |         |                        |
| Alcohol (cerveza, vino, licores, etc.)                                                                  |       |                 |         |         |                        |
| Cannabis (marihuana, comestibles, marihuana, hierba, hachís, cannabis sintético, vapeo, etc.)           |       |                 |         |         |                        |
| Cocaína (coca, crack, etc.)                                                                             |       |                 |         |         |                        |
| Anfetaminas (speed, metanfetamina, pastillas para adelgazar, molly, éxtasis, Ritalin, Adderall, etc.)   |       |                 |         |         |                        |
| Inhalantes (poppers, nitroso, pegamento, gasolina, diluyente de pintura, etc.)                          |       |                 |         |         |                        |
| Sedantes, tranquilizantes o pastillas para dormir (valium, Serepax, Rohypnol, Xanax, Ambien, GHB, etc.) |       |                 |         |         |                        |
| Alucinógenos (LSD, ácido, hongos, PCP, ketamina, etc.)                                                  |       |                 |         |         |                        |
| Opioides (heroína, morfina, metadona, codeína, oxicotina, Percocet, Vicodin, etc.)                      |       |                 |         |         |                        |
| Otros, por favor especifique                                                                            |       |                 |         |         |                        |

P5. Durante los últimos tres meses, ¿Con qué frecuencia no ha hecho lo que normalmente se esperaba de usted debido a su uso de [introduzca sustancias de los últimos 3 meses]?

|                                                                                                       | Nunca | Una o dos veces | Mensual | Semanal | Diario o casi a diario |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------|---------|---------|------------------------|
| Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, cigarros, cigarrillos electrónicos, etc.)                      |       |                 |         |         |                        |
| Alcohol (cerveza, vino, licores, etc.)                                                                |       |                 |         |         |                        |
| Cannabis (marihuana, comestibles, marihuana, hierba, hachís, cannabis sintético, vapeo, etc.)         |       |                 |         |         |                        |
| Cocaína (coca, crack, etc.)                                                                           |       |                 |         |         |                        |
| Anfetaminas (speed, metanfetamina, pastillas para adelgazar, molly, éxtasis, Ritalin, Adderall, etc.) |       |                 |         |         |                        |
| Inhalantes (poppers, nitroso,                                                                         |       |                 |         |         |                        |

|                                                                                                         |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| pegamento, gasolina, diluyente de pintura, etc.)                                                        |  |  |  |  |  |
| Sedantes, tranquilizantes o pastillas para dormir (valium, Serepax, Rohypnol, Xanax, Ambien, GHB, etc.) |  |  |  |  |  |
| Alucinógenos (LSD, ácido, hongos, PCP, ketamina, etc.)                                                  |  |  |  |  |  |
| Opioides (heroína, morfina, metadona, codeína, oxicotina, Percocet, Vicodin, etc.)                      |  |  |  |  |  |
| Otros, por favor especifique                                                                            |  |  |  |  |  |

Pág. 6. ¿ Alguna vez un amigo/a o pariente o alguien más ha expresado preocupación por su uso de [introduzca sustancias ALGUNA vez usada]?

|                                                                                                         | No, nunca | Sí, en los últimos 3 meses | Sí, pero no en los últimos 3 meses |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------|------------------------------------|
| Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, cigarros, cigarrillos electrónicos, etc.)                        |           |                            |                                    |
| Alcohol (cerveza, vino, licores, etc.)                                                                  |           |                            |                                    |
| Cannabis (marihuana, comestibles, marihuana, hierba, hachís, cannabis sintético, vapeo, etc.)           |           |                            |                                    |
| Cocaína (coca, crack, etc.)                                                                             |           |                            |                                    |
| Anfetaminas (speed, metanfetamina, pastillas para adelgazar, molly, éxtasis, Ritalin, Adderall, etc.)   |           |                            |                                    |
| Inhalantes (poppers, nitroso, pegamento, gasolina, diluyente de pintura, etc.)                          |           |                            |                                    |
| Sedantes, tranquilizantes o pastillas para dormir (valium, Serepax, Rohypnol, Xanax, Ambien, GHB, etc.) |           |                            |                                    |
| Alucinógenos (LSD, ácido, hongos, PCP, ketamina, etc.)                                                  |           |                            |                                    |
| Opioides (heroína, morfina, metadona, codeína, oxicotina, Percocet, Vicodin, etc.)                      |           |                            |                                    |
| Otros, por favor especifique                                                                            |           |                            |                                    |

P7. ¿ Alguna vez ha intentado reducir el uso de [introduzca sustancias usadas] pero falló?

|                                                                                  | No, nunca | Sí, en los últimos 3 meses | Sí, pero no en los últimos 3 meses |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------|------------------------------------|
| Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, cigarros, cigarrillos electrónicos, etc.) |           |                            |                                    |
| Alcohol (cerveza, vino, licores, etc.)                                           |           |                            |                                    |
| Cannabis (marihuana, comestibles, marihuana,                                     |           |                            |                                    |

|                                                                                                         |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| hierba, hachís, cannabis sintético, vapeo, etc.)                                                        |  |  |  |
| Cocaína (coca, crack, etc.)                                                                             |  |  |  |
| Anfetaminas (speed, metanfetamina, pastillas para adelgazar, molly, éxtasis, Ritalin, Adderall, etc.)   |  |  |  |
| Inhalantes (poppers, nitroso, pegamento, gasolina, diluyente de pintura, etc.)                          |  |  |  |
| Sedantes, tranquilizantes o pastillas para dormir (valium, Serepax, Rohypnol, Xanax, Ambien, GHB, etc.) |  |  |  |
| Alucinógenos (LSD, ácido, hongos, PCP, ketamina, etc.)                                                  |  |  |  |
| Opioides (heroína, morfina, metadona, codeína, oxicotina, Percocet, Vicodin, etc.)                      |  |  |  |
| Otros, por favor especifique                                                                            |  |  |  |

Pág. 8. ¿Alguna vez ha usado algún medicamento por inyección (solo para uso no médico)?

- ☐ No, nunca
- ☐ Sí, en los últimos 3 meses
- ☐ Sí, pero no en los últimos 3 meses

[Si P2 = Nunca entonces salte a la Sección Q]

Pág. 9. **Durante los últimos 30 días**, ¿Usó [tubería en sustancias usadas] inmediatamente antes o durante las relaciones sexuales? (Marque todo lo que corresponda). [SexOnDrugs]

|                                                                                                         | No,<br>nunca | Sí |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----|
| Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, cigarros, cigarrillos electrónicos, etc.)                        |              |    |
| Alcohol (cerveza, vino, licores, etc.)                                                                  |              |    |
| Cannabis (marihuana, comestibles, marihuana, hierba, hachís, cannabis sintético, vapeo, etc.)           |              |    |
| Cocaína (coca, crack, etc.)                                                                             |              |    |
| Anfetaminas (speed, metanfetamina, pastillas para adelgazar, molly, éxtasis, Ritalin, Adderall, etc.)   |              |    |
| Inhalantes (poppers, nitroso, pegamento, gasolina, diluyente de pintura, etc.)                          |              |    |
| Sedantes, tranquilizantes o pastillas para dormir (valium, Serepax, Rohypnol, Xanax, Ambien, GHB, etc.) |              |    |
| Alucinógenos (LSD, ácido, hongos, PCP, ketamina, etc.)                                                  |              |    |
| Opioides (heroína, morfina, metadona, codeína, oxicotina, Percocet, Vicodin, etc.)                      |              |    |
| Otros, por favor especifique                                                                            |              |    |

## P. SALUD MENTAL

## Depresión

### Examinador PHQ-2/GAD-2

P1. En las **últimas 2 semanas**, ¿Con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?

|                                                     | Para nada<br>(0) | Varios días<br>(1) | Más de la mitad de los días<br>(2) | Casi todos los días<br>(3) |
|-----------------------------------------------------|------------------|--------------------|------------------------------------|----------------------------|
| Poco interés o placer en hacer las cosas            |                  |                    |                                    |                            |
| Sentirse deprimido, deprimido o sin esperanza       |                  |                    |                                    |                            |
| Sentirse nervioso, ansioso o nervioso               |                  |                    |                                    |                            |
| No ser capaz de detener o controlar la preocupación |                  |                    |                                    |                            |

[Aquellos con una puntuación combinada  $\geq 3$  en los artículos 1 y 2 (PHQ-2) completan los 6 ítems restantes del PHQ-8.

Aquellos con una puntuación combinada  $\geq 3$  en los artículos 3 y 4 (GAD-2) completan los 5 ítems restantes del GAD-7.]

### PHQ-8

P2. En las **últimas 2 semanas**, ¿Con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?

|                                                                                                                                                                               | Para nada<br>(0) | Varios días<br>(1) | Más de la mitad de los días<br>(2) | Casi todos los días<br>(3) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------------|------------------------------------|----------------------------|
| ¿Tiene problemas para conciliar el sueño o permanecer dormido, o dormir demasiado?                                                                                            |                  |                    |                                    |                            |
| ¿Se siente cansado/a o tiene poca energía?                                                                                                                                    |                  |                    |                                    |                            |
| ¿Falta de apetito o comer en exceso?                                                                                                                                          |                  |                    |                                    |                            |
| ¿Se siente/ mal con usted mismo/a, o que es un fracaso o se ha decepcionado a si mismo /ao a su familia?                                                                      |                  |                    |                                    |                            |
| ¿Tiene problemas para concentrarse en cosas, como leer el periódico o ver televisión?                                                                                         |                  |                    |                                    |                            |
| ¿Moverse o hablar tan lentamente que otras personas podrían haberlo notado, o lo contrario, estar tan inquieto o inquieto que se ha estado moviendo mucho más de lo habitual? |                  |                    |                                    |                            |

## Ansiedad

### GAD-7

P3. En las **últimas 2 semanas**, ¿Con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?

|                                                           | Para nada<br>(0) | Varios días<br>(1) | Más de la mitad de los días<br>(2) | Casi todos los días<br>(3) |
|-----------------------------------------------------------|------------------|--------------------|------------------------------------|----------------------------|
| ¿Se preocupa demasiado por cosas diferentes?              |                  |                    |                                    |                            |
| ¿Problemas para relajarse?                                |                  |                    |                                    |                            |
| ¿Está tan inquieto/a que le es difícil quedarse quieto/a? |                  |                    |                                    |                            |
| ¿Se molesta o se irrita fácilmente?                       |                  |                    |                                    |                            |
| ¿Siente miedo como si algo horrible pudiera suceder?      |                  |                    |                                    |                            |

## R. DISCRIMINACIÓN COTIDIANA

R1. En su vida cotidiana, ¿Con qué frecuencia le sucede alguna de las siguientes cosas?

[Si todas las respuestas = menos de una vez al año o nunca, entonces salte a la sección S]

|                                                                                        | Casi a diario | Al menos una vez a la semana | Un par de veces al mes | Algunas veces al año | Menos de una vez al año | Nunca |
|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------------------------|------------------------|----------------------|-------------------------|-------|
| Lo/la tratan con menos cortesía que a otras personas.                                  |               |                              |                        |                      |                         |       |
| Lo/a tratan con menos respeto que a otras personas.                                    |               |                              |                        |                      |                         |       |
| Usted recibe un servicio de mala calidad que otras personas en restaurantes o tiendas. |               |                              |                        |                      |                         |       |
| La gente actúa como si pensarán que no es inteligente.                                 |               |                              |                        |                      |                         |       |
| La gente actúa como si le tuvieran miedo.                                              |               |                              |                        |                      |                         |       |
| La gente actúa como si pensarán que es deshonesto/a.                                   |               |                              |                        |                      |                         |       |
| Las personas actúan como si fueran mejores que usted.                                  |               |                              |                        |                      |                         |       |
| Lo/a insultan                                                                          |               |                              |                        |                      |                         |       |
| Usted es amenazado/a o acosado/a.                                                      |               |                              |                        |                      |                         |       |

R2. ¿Cuáles cree que son las principales razones por las que experimentó esta discriminación? (Elija todas las que correspondan)

- ☐ Su ascendencia u orígenes nacionales
- ☐ Su identidad de género
- ☐ Su raza
- ☐ Su edad
- ☐ Su religión
- ☐ Su altura
- ☐ Su peso
- ☐ Algún otro aspecto de su apariencia física
- ☐ Su orientación sexual
- ☐ Su educación o nivel de ingresos
- ☐ Su estado de VIH
- ☐ Su estado de discapacidad
- ☐ Otros, por favor especifique
- ☐ No sé

R3. ¿Qué tan difícil fue recuperarse cuando experimentó discriminación debido a su: [para cada elemento seleccionado anteriormente]

- ☐ Muy fácil

- o Fácil
- o Duro
- o Muy duro

## S. APOYO SOCIAL Y AISLAMIENTO

### Apoyo emocional

S1. Por favor, responda a cada declaración:

|                                                                     | Nunca | Raramente | A veces | Usualmente | Siempre |
|---------------------------------------------------------------------|-------|-----------|---------|------------|---------|
| Tengo a alguien que me escuchará cuando necesite hablar.            |       |           |         |            |         |
| Tengo a alguien en quien confiar o hablar sobre mí o mis problemas. |       |           |         |            |         |
| Tengo a alguien que me hace sentir apreciado.                       |       |           |         |            |         |
| Tengo a alguien con quien hablar cuando tengo un mal día.           |       |           |         |            |         |

### Apoyo informativo

S2. Por favor, responda a cada declaración:

|                                                                                              | Nunca | Raramente | A veces | Usualmente | Siempre |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------|---------|------------|---------|
| Tengo a alguien que me da buenos consejos sobre una crisis si lo necesito.                   |       |           |         |            |         |
| Tengo a alguien a quien recurrir para obtener sugerencias sobre cómo lidiar con un problema. |       |           |         |            |         |
| Tengo a alguien que me da información si la necesito.                                        |       |           |         |            |         |
| Recibo consejos útiles sobre cosas importantes en la vida.                                   |       |           |         |            |         |

### Apoyo instrumental

S3. Por favor, responda a cada declaración:

|                                                           | Nunca | Raramente | A veces | Usualmente | Siempre |
|-----------------------------------------------------------|-------|-----------|---------|------------|---------|
| ¿Tiene a alguien que le ayude si está aislado en su cama? |       |           |         |            |         |
| ¿Tiene a alguien que lo lleve al                          |       |           |         |            |         |

|                                                                       |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| médico si lo necesita?                                                |  |  |  |  |  |
| ¿Tiene a alguien que le ayude con sus tareas diarias si está enfermo? |  |  |  |  |  |
| ¿Tiene a alguien para hacer mandados si lo necesita?                  |  |  |  |  |  |

Aislamiento social

S4. Por favor, responda a cada declaración:

|                                                                                                                                                                 | Nunca | Raramente | A veces | Usualmente | Siempre |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------|---------|------------|---------|
| Me siento excluido/a.<br>Siento que la gente apenas me conoce.<br>Me siento aislado/a de los demás.<br>Siento que la gente está a mi alrededor pero no conmigo. |       |           |         |            |         |

---

¡Con esto concluye nuestra encuesta! ¡Gracias por participar!

Si tiene alguna pregunta o comentario con respecto a esta encuesta, proporciónelos a continuación.