Formulario aprobado
OMB N.º 0920-1428
Fecha de vencimiento: 31/01/2027

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)
N (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 profil profilaxis prexposición (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, comuníqueselo 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]

- o No
- o Sí
- o No sé

B2. En los últimos 12 meses, ¿Ha estado sin hogar en algún momento?
[Sí = B3, de lo contrario B4]

- o No
- o Sí
- o No sé

B3. ¿Está usted actualmente sin hogar?

- o No
- o Sí
- o No sé

B4. ¿En qué código postal vive? _____

- o No sé

B5. ¿Nació en los Estados Unidos?

- o No
- o Sí
- o No sé

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

- o No
- o Sí
- o No sé

B7. ¿Cuál es su estado civil actual?

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

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

B8. ¿Actualmente está estudiando?

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

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

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

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

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

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

- o De $20,000 a $24,999 dólares
- o De $25,000 a $29,999 dólares
- o De $30,000 a $34,999 dólares
- o De $35,000 a $39,999 dólares
- o De $40,000 a $49,999 dólares
- o De $50,000 a $59,999 dólares
- o De $60,000 a $74,999 dólares
- o De $75,000 a $99,999 dólares
- o De $100,000 dólares o más
- o 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?

- o No
- o Sí
- o 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?

- o Sí
- o No
- o No sé
- o Prefiero no contestar

B15. ¿Cuál es su principal medio de transporte?

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

B16. ¿Ha sido detenido alguna vez?
[Sí = B17, de lo contrario, vaya a la sección C]

- o No
- o Sí

- o No sé

B17. ¿Ha estado alguna vez en la cárcel, prisión o en un reformatorio para menores?
- o No
- o Sí
- o 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]
- o Sí, tengo uno propio
- o Sí, tengo cobertura por parte de mis padres/tutores
- o Sí, tengo cobertura por parte de mi cónyuge/pareja.
- o No
- o No sé

C2. ¿Qué tipo de seguro o cobertura médica tiene actualmente? Seleccione todo lo que corresponda.
- o Un plan de salud privado - a través de un empleador o comprado directamente
- o Medicaid - para algunas personas con bajos recursos
- o Medicare - para las personas mayores y con discapacidades
- o Algún otro plan gubernamental
- o TRICARE / CHAMPUS
- o Cobertura por la Administración de Veteranos
- o Otro tipo de seguro médico
- o 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...?
- o En el último año
- o Hace más de 1 año pero menos de 2 años
- o Hace 2 a 5 años
- o Hace más de 5 años
- o 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]

- o No
- o Sí
- o No sé

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

- o En los últimos 3 meses
- o Hace entre 3 y 6 meses
- o Hace más de 6 meses pero menos de un año
- o 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")

- o Herpes genital
- o Gonorrea
- o Clamidia
- o Sífilis
- o Verrugas genitales o anales
- o Otra ITS, especifique: ____
- o Ninguna de estas
- o 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").

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

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

- o Muy improbable
- o Un poco improbable
- o Un poco probable
- o Muy probable
- o 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]

- o No
- o Sí
- o 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.

- o [Mes]
- o [Año]
- o 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 Descacuerdo
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 prexposición, o PrEP, es un medicamento que puede utilizarse para reducir el riesgo de infección contra el VIH. Profilaxis prexposición (PrEP) es recetada por un médico / profesional de salud médica.

E1. ¿Está utilizando actualmente profilaxis prexposición (PrEP)?
[Sí = pase a la sección F]

- o Sí
- o No

E2. ¿Ha utilizado profilaxis prexposición (PrEP) anteriormente?
[No = pase a la sección E4]

- o Sí
- o No

E3. ¿Piensa volver a tomar profilaxis prexposición (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].

- o Sí
- o No
- o No estoy seguro/a

E4. ¿Piensa empezar a tomar profilaxis prexposición (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]

- o Sí
- o No
- o No estoy seguro/a

F. USO ACTUAL DE PROFILAXIS PREXPOSICIÓN (PrEP)

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

	Uso Diario de profilaxis prexposición (PrEP) Oral	Una pastilla tomada diariamente	Truvada®, Descovy®, tenofovir disoproxyl emtricitabina, emtricitabina/alafenamida	
	Uso Intermitente de profilaxis prexposición (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 prexposición (PrEP) Inyectable	Una inyección administrada por un médico/profesional de salud médica	Apretude®, cabotegravir	

- o Otros (especifique)_____
- o No sé

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

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

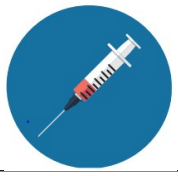
F3. Por favor, elija todos los tipos de profilaxis prexposición (PrEP) que haya consultado con un médico o un/a proveedor/a de atención médica:

	Uso Diario de profilaxis prexposición (PrEP) Oral	Una pastilla tomada diariamente	Truvada®, Descovy®, tenofovir disoproxyl emtricitabina, emtricitabina/alafenamida	
	Uso Intermitente de profilaxis prexposición (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 prexposición (PrEP) Inyectable	Una inyección administrada por un médico/profesional de salud médica	Apretude®, cabotegravir	

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

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

	Uso Diario de profilaxis prexposición (PrEP) Oral	Una pastilla tomada diariamente	Truvada®, Descovy®, emtricitabina/fumarato de disoproxilo de tenofovir, emtricitabina/tenofovir alafenamida	
	Uso Intermitente de profilaxis prexposición (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 prexposición (PrEP) Inyectable	Una inyección administrada por un médico/profesional de salud médica	Apretude®, cabotegravir	

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

F5. ¿Cuándo empezó a tomar este medicamento: [extraiga la respuesta de la pregunta F4]? Está bien si no sabe la fecha exacta. Por favor, haga su mejor intento.

- o [Mes]
- o [Año]
- o No sé

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

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

[Si selecciona varias opciones=F6b, de lo contrario F7]
F6b. Por favor, clasifique las razones por que actualmente usa profilaxis prexposición (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 prexposición (PrEP), un tipo de profilaxis prexposición (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 prexposición (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 prexposición (PrEP) Oral	Una pastilla tomada diariamente	Truvada®, Descovy®, emtricitabina/fumarato de disoproxilo de tenofovir, emtricitabina/tenofovir alafenamida	
	Uso Intermitente de profilaxis prexposición (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 prexposición (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 prexposición (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.

- o [Mes]
- o [Año]
- o 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.

- o [Mes]
- o [Año]
- o No sé

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

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

F12. Por favor, clasifique las razones por las que cambió de profilaxis prexposición (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.

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

[Si >1 método de profilaxis prexposición (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.

- o [Mes]
- o [Año]
- o 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.

- o [Mes]
- o [Año]
- o No sé

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

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

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

F23. Por favor, clasifique las razones por las que cambió de tipo de profilaxis prexposición (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.

- o [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 prexposición (PrEP) que está usando actualmente?

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

- o Muy insatisfecho/a

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

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

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

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

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

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

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

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

Ahora queremos hacerle algunas preguntas sobre sus experiencias y sentimientos relacionados con el uso de profilaxis prexposición (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 en Descuerdo	Desacuerdo	Descacuerdo
Me han rechazado románticamente por tomar profilaxis prexposición (PrEP)					
He sido juzgado por un/a proveedor/a de atención médica por tomar profilaxis prexposición (PrEP)					
La gente de mi comunidad me ha culpado de propagar el VIH por tomar profilaxis prexposición (PrEP)					
Me han avergonzado por tomar profilaxis prexposición (PrEP) (o me han dicho que soy un/a "puto/a de Truvada o Descovy")					
Me han discriminado injustamente por tomar profilaxis prexposición (PrEP)					
Me han gritado o regañado por tomar profilaxis prexposición (PrEP)					
He sufrido violencia física por tomar profilaxis prexposición (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 prexposición (PrEP)					
Me preocupa que la gente asuma que soy VIH+ si saben que tomo profilaxis prexposición (PrEP)					
Me preocupa que la gente piense que mi(s) pareja(s) es(son) seropositiva(s) si saben que tomo profilaxis prexposición (PrEP)					
Me preocupa incluir profilaxis prexposición (PrEP) como uno de mis medicamentos actuales en las consultas					

médicas					
Me da vergüenza decirles a otras personas que estoy tomando profilaxis prexposición (PrEP)					
Me preocupa que la gente piense que soy una mala persona si sabe que tomo profilaxis prexposición (PrEP)					
Me preocupa que la gente piense que soy gay si saben que tomo profilaxis prexposición (PrEP)					
Me preocupa que mis amigos/as se enteren de que tomo profilaxis prexposición (PrEP)					
Me preocupa que mi familia se entere de que tomo profilaxis prexposición (PrEP)					
Me preocupa que mis parejas sexuales se enteren de que tomo profilaxis prexposición (PrEP)					
Creo que la gente me hará sentir mal si les digo que tomo profilaxis prexposición (PrEP)					
Creo que la gente me juzgará si sabe que tomo profilaxis prexposición (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 prexposición (PrEP) para reducir el riesgo de contraer el VIH?
[SÍ = G2, de lo contrario G4]

- o No
- o Sí
- o No sé

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

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

	Uso Intermitente de profilaxis prexposición (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 prexposición (PrEP) Inyectable	Una inyección administrada por un médico/profesional de salud médica	Apretude®, cabotegravir	

- o Otros (Por favor, especifique): _____
- o No he oído hablar de ninguna de estas opciones de profilaxis prexposición (PrEP)
- o No sé

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

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

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

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

	Uso Intermitente de profilaxis prexposición (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 prexposición (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 prexposición (PrEP) tiene previsto iniciar?

	Uso Diario de profilaxis prexposición (PrEP) Oral	Una pastilla tomada diariamente	Truvada®, Descovy®, emtricitabina/fumarato de disoproxilo de tenofovir, emtricitabina/tenofovir alafenamida	
	Uso Intermitente de profilaxis prexposición (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 prexposición (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 prexposición (PrEP)? Está bien si no sabe la fecha exacta. Por favor, haga su mejor intento.

- o [Mes]
- o [Año]
- o No sé

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

- o Tengo relaciones sexuales o estoy pensando en tenerlas con alguien que vive con el VIH
- o Tengo relaciones sexuales o estoy pensando en tenerlas con alguien cuyo estado de VIH desconozco
- o Quiero estar en control de mi salud sexual.
- o Quiero reducir mi ansiedad en torno al sexo
- o Quiero aumentar mi satisfacción sexual e intimidad
- o Quiero estar protegido y saludable.
- o Quiero tener un futuro mejor
- o Tengo relaciones sexuales con varias parejas
- o No siempre uso preservativos (o no me gusta usarlos)
- o Mi(s) pareja(s) no quiere(n) usar preservativos
- o Tuve un susto anterior con el VIH
- o Mi proveedor/a de atención médica me lo recomendó
- o Me diagnosticaron recientemente con una infección de transmisión sexual (ITS)
- o Muchas personas de mi comunidad toman profilaxis prexposición (PrEP)
- o 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 prexposición (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 G7] lista por orden de importancia

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

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

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

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

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

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

G12. ¿Quién sabe que está planeando empezar a tomar profilaxis prexposición (PrEP)? (Marque todo lo que apliquen)

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

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

G13. Seleccione cuánto 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 prexposición (PrEP)					
Me preocupa que la gente asuma que soy VIH+ si saben que tomo profilaxis prexposición (PrEP)					
Me preocupa que la gente piense que mi(s) pareja(s) es(son) seropositiva(s) si saben que tomo					

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

[Pase a la sección K]

H. REANUDACIÓN DE PROFILAXIS PREXPOSICIÓN (PrEP)

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

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

	Uso Intermitente de profilaxis prexposición (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 prexposición (PrEP) Inyectable	Una inyección administrada por un médico/profesional de salud médica	Apretude®, cabotegravir	

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

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

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

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

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

	Uso Intermitente de profilaxis prexposición (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 prexposición (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 prexposición (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 prexposición (PrEP) Oral	Una pastilla tomada diariamente	Truvada®, Descovy®, emtricitabina/fumarato de disoproxilo de tenofovir, emtricitabina/tenofovir alafenamida	
	Uso Intermitente de profilaxis prexposición (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 prexposición (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.

- o [Mes]
- o [Año]
- o 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.

- o [Mes]
- o [Año]
- o No sé

H7. ¿Por qué dejó de tomar este medicamento, [extraiga la respuesta nº 1 de la pregunta H1]? (Elija 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 prexposición (PrEP)
- o o con la farmacia
- o Tenía efectos secundarios
- o La gente reaccionaba negativamente cuando se enteraron de que estaba tomando profilaxis prexposición (PrEP)
- o Me preocupaban los efectos a largo plazo de profilaxis prexposición (PrEP) por mi salud
- o Tenía un problema médico que hacía que no fuera seguro seguir tomando profilaxis prexposición (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

H8. Por favor, clasifique las razones por las que dejó la profilaxis prexposición (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 prexposición (PrEP)?

- o No
- o Sí
- o No sé

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

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

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

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

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

	Uso Diario de profilaxis prexposición (PrEP) Oral	Una pastilla tomada diariamente	Truvada®, Descovy®, tenofovir disoproxyl emtricitabina, emtricitabina/alafenamida	

	Uso Intermitente de profilaxis prexposición (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 prexposición (PrEP) Inyectable	Una inyección administrada por un médico/profesional de salud médica	Apretude®, cabotegravir	

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

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

- o [Mes]
- o [Año]
- o No sé

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ahora queremos hacerle algunas preguntas sobre sus sentimientos relacionados con tomar profilaxis prexposición (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 Desacuerdo	Totalmente en Descacuerdo
Me han rechazado románticamente por tomar profilaxis prexposición (PrEP)					
He sido juzgado por un/a proveedor/a de atención médica por tomar profilaxis prexposición (PrEP)					
La gente de mi comunidad me ha culpado de propagar el VIH por tomar profilaxis prexposición (PrEP)					
Me han avergonzado por tomar profilaxis prexposición (PrEP) (o me han dicho que soy un/a "puto/a de Truvada o Descovy")					
Me han discriminado injustamente por tomar profilaxis prexposición (PrEP)					
Me han gritado o regañado por tomar profilaxis prexposición (PrEP)					
He sufrido violencia física por tomar profilaxis prexposición (PrEP)					

Ahora queremos hacerle algunas preguntas sobre sus sentimientos relacionados con volver a tomar profilaxis prexposición (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 Desacuerdo	Totalmente en Descacuerdo
Me preocupa que la gente asuma que tengo relaciones sexuales con muchas personas si saben que tomo profilaxis prexposición (PrEP)					
Me preocupa que la gente asuma que soy VIH+ si saben que tomo profilaxis prexposición (PrEP)					
Me preocupa que la gente piense que mi(s) pareja(s) es(son) seropositiva(s) si saben que tomo profilaxis prexposición (PrEP)					
Me preocupa incluir profilaxis prexposición (PrEP) como uno de mis medicamentos actuales en las consultas médicas					
Me da vergüenza decirles a otras personas que estoy tomando profilaxis prexposición (PrEP)					
Me preocupa que la gente piense que soy una mala persona si sabe que tomo profilaxis prexposición (PrEP)					
Me preocupa que la gente piense que soy gay si saben que tomo profilaxis prexposición (PrEP)					
Me preocupa que mis amigos/as se enteren de que tomo profilaxis prexposición (PrEP)					
Me preocupa que mi familia se entere de que tomo profilaxis prexposición (PrEP)					
Me preocupa que mis parejas sexuales se enteren de que tomo profilaxis prexposición (PrEP)					
Creo que la gente me hará sentir mal si les digo que tomo profilaxis prexposición (PrEP)					
Creo que la gente me juzgará si					

sabe que tomo profilaxis prexposición (PrEP)					

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

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

	Uso Diario de profilaxis prexposición (PrEP) Oral	Una pastilla tomada diariamente	Truvada®, Descovy®, tenofovir disoproxyl emtricitabina, emtricitabina/alafenamida	
	Uso Intermitente de profilaxis prexposición (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 prexposición (PrEP) Inyectable	Una inyección administrada por un médico/profesional de salud médica	Apretude®, cabotegravir	

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

I2. ¿Dónde obtuvo información sobre profilaxis prexposición (PrEP) en los últimos 6 meses? (Elija todos los que apliquen).

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

I3. Por favor, elija todos los tipos de profilaxis prexposición (PrEP) que haya consultado con un médico o un/a proveedor/a de atención médica:

	Uso Diario de profilaxis prexposición (PrEP) Oral	Una pastilla tomada diariamente	Truvada®, Descovy®, tenofovir disoproxyl emtricitabina, emtricitabina/alafenamida	
	Uso Intermitente de profilaxis prexposición (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 prexposición (PrEP) Inyectable	Una inyección administrada por un médico/profesional de salud médica	Apretude®, cabotegravir	

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

I4. ¿Qué otro(s) tipo(s) de profilaxis prexposición (PrEP) ha usado? Por favor, clasifíquelos por orden de uso (1=primer tipo de profilaxis prexposición (PrEP) usado, 2 = segundo tipo de PrEP usado, etc.).

	Uso Diario de profilaxis prexposición (PrEP) Oral	Una pastilla tomada diariamente	Truvada®, Descovy®, tenofovir disoproxyl emtricitabina, emtricitabina/alafenamida	
	Uso Intermitente de profilaxis prexposición (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 prexposición (PrEP) Inyectable	Una inyección administrada por un médico/profesional de salud médica	Apretude®, cabotegravir	

- o Otros (Por favor, especifique): _____
- o 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.

- o [Mes]
- o [Año]
- o 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.

- o [Mes]
- o [Año]
- o No sé

I7. ¿Por qué dejó de tomar este medicamento, [extraiga la respuesta nº 1 de la pregunta H1]? (Elija 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 prexposición (PrEP) o con la farmacia
- o Tenía efectos secundarios
- o La gente reaccionaba negativamente cuando se enteraron de que estaba tomando profilaxis prexposición (PrEP)
- o Me preocupaban los efectos a largo plazo de profilaxis prexposición (PrEP) por mi salud
- o Tenía un problema médico que hacía que no fuera seguro seguir tomando profilaxis prexposición (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

I8. Por favor, clasifique las razones por las que dejó de tomar profilaxis prexposición (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 prexposición (PrEP)?

- o No
- o Sí
- o No sé

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

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

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

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

[Si E3=No, pase a I19]
I12. ¿Qué tipo de profilaxis prexposición (PrEP) está considerando empezar a tomar? [una respuesta]

	Uso Diario de profilaxis prexposición (PrEP)Oral	Una pastilla tomada diariamente	Truvada®, Descovy®, tenofovir disoproxyl emtricitabina, emtricitabina/alafenamida	
	Uso Intermitente de profilaxis prexposición (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 prexposición (PrEP) Inyectable	Una inyección administrada por un médico/profesional de salud médica	Apretude®, cabotegravir	

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

I13. ¿Cuándo tiene pensado volver a tomar profilaxis prexposición (PrEP)
? Está bien si no sabe la fecha exacta. Por favor, haga su mejor intento.
- o [Mes]
- o [Año]
- o No sé

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

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

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

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

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

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

I18. Por favor, clasifique las razones por las que no está seguro/a de volver a tomar profilaxis prexposición (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 prexposición (PrEP) en este momento? Seleccione 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 prexposición (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 prexposición (PrEP) por mi salud
- Tenía un problema médico que hacía que no fuera seguro seguir tomando profilaxis prexposición (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

I20. Por favor, clasifique las razones por las que no piensa volver a tomar profilaxis prexposición (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 prexposición (PrEP)? Seleccione todas las que apliquen.

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

I22. Por favor, clasifique las razones que le motivarían a volver a tomar profilaxis prexposición (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 prexposición (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 Desacuerdo	Totalmente en Descacuerdo
Me han rechazado románticamente por tomar profilaxis prexposición (PrEP)					

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

Ahora queremos hacerle algunas preguntas sobre sus sentimientos relacionados con la posibilidad de volver a tomar profilaxis prexposición (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 Desacuerdo	Totalmente en Descacuerdo
Me preocupa que la gente asuma que tengo relaciones sexuales con muchas personas si saben que tomo profilaxis prexposición (PrEP)					
Me preocupa que la gente asuma que soy VIH+ si saben que tomo profilaxis prexposición (PrEP)					
Me preocupa que la gente piense que mi(s) pareja(s) es(son) seropositiva(s) si saben que tomo profilaxis prexposición (PrEP)					
Me preocupa incluir profilaxis prexposición (PrEP) como uno de mis medicamentos actuales en las consultas médicas					
Me da vergüenza decirles a otras personas que estoy tomando profilaxis prexposición (PrEP)					
Me preocupa que la gente piense que soy una mala persona si sabe que tomo profilaxis prexposición (PrEP)					

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

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

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

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

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

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

- o Significativamente menos probable
- o Un poco menos probable
- o No va a cambiar
- o Un poco más probable
- o Significativamente más probable
- o 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 prexposición (PrEP para reducir el riesgo de contraer el VIH?
[SÍ = J2, de lo contrario J4]

- o No
- o Sí
- o No sé

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

	Uso Diario de profilaxis prexposición (PrEP) Oral	Una pastilla tomada diariamente	Truvada®, Descovy®, tenofovir disoproxyl emtricitabina, emtricitabina/alafenamida	
	Uso Intermitente de profilaxis prexposición (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 prexposición (PrEP) Inyectable	Una inyección administrada por un médico/profesional de salud médica	Apretude®, cabotegravir	

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

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

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

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

	Uso Diario de profilaxis prexposición (PrEP) Oral	Una pastilla tomada diariamente	Truvada®, Descovy®, tenofovir disoproxyl emtricitabina, emtricitabina/alafenamida	
	Uso Intermitente de profilaxis prexposición (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 prexposición (PrEP) Inyectable	Una inyección administrada por un médico/profesional de salud médica	Apretude®, cabotegravir	

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

[Año]
No sé

[Si E4=No, salta a la pregunta J12]
J5. ¿Qué tipo de profilaxis prexposición (PrEP) están considerando empezar a tomar?

	Uso Diario de profilaxis prexposición (PrEP) Oral	Una pastilla tomada diariamente	Truvada®, Descovy®, tenofovir disoproxyl emtricitabina, emtricitabina/alafenamida	
	Uso Intermitente de profilaxis prexposición (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 prexposición (PrEP) Inyectable	Una inyección administrada por un médico/profesional de salud médica	Apretude®, cabotegravir	

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

J6. ¿Cuándo tiene pensado posiblemente iniciar profilaxis prexposición (PrEP)? Está bien si no sabe la fecha exacta. Por favor, haga su mejor intento.
- o [Mes]
- o [Año]
- o No sé

J7. ¿Por qué está considerando emepzar a tomar profilaxis prexposición (PrEP)? (Elija todas las que apliquen)
- o Tengo relaciones sexuales o estoy pensando en tenerlas con alguien que vive con el VIH
- o Tengo relaciones sexuales o estoy pensando en tenerlas con alguien cuyo estado de VIH desconozco
- o Quiero estar en control de mi salud sexual.
- o Quiero reducir mi ansiedad en torno al sexo
- o Quiero aumentar mi satisfacción sexual e intimidad
- o Quiero estar protegido y saludable.
- o Quiero tener un futuro mejor
- o Tengo relaciones sexuales con varias parejas

- o No siempre uso preservativos (o no me gusta usarlos)
- o Mi(s) pareja(s) no quiere(n) usar preservativos
- o Tuve un susto anterior con el VIH
- o Mi proveedor/a de atención médica me lo recomendó
- o Me diagnosticaron recientemente con una infección de transmisión sexual (ITS)
- o Muchas personas de mi comunidad toman profilaxis prexposición (PrEP)
- o 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 prexposición (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 J7] lista por orden de importancia

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

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

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

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

J11. Por favor, clasifique las razones por las que no está seguro/a de comenzar a tomar profilaxis prexposición (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 prexposición (PrEP) en este momento? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- 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 prexposición (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 prexposición (PrEP) por mi salud
- o Tenía un problema médico que hacía que no fuera seguro seguir tomando profilaxis prexposición (PrEP)
- o Empecé a usar preservativos todo el tiempo
- o Otros, por favor, especifique: _____
- o No sé

J13. Por favor, clasifique las razones por las que no planea comenzar profilaxis prexposición (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 prexposición (PrEP)? Seleccione todas las que apliquen.

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

J15. Por favor, clasifique las razones que le motivarían a volver a tomar profilaxis prexposición (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 prexposición (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 Desacuerdo	Totalmente en Descacuerdo
Me preocupa que la gente asuma que me acuesto por ahí si saben que tomo profilaxis prexposición (PrEP)					
Me preocupa que la gente asuma que soy VIH+ si saben que tomo profilaxis prexposición (PrEP)					
Me preocupa que la gente piense que mi(s) pareja(s) es(son) seropositiva(s) si saben que tomo					

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

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

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

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

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

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

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

K. OPCIONES de PROFILAXIS PREXPOSICIÓN (PrEP)

[Si F4, G5, H12 = PrEP oral diaria, entonces K1-K2]
[Si F4, G5, H12 = PrEP oral intermitente, entonces K3-K4]
[Si F4, G5, H12 = PrEP inyectable, entonces K5-K6]
[Si F4, 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 prexposición (PrEP) oral diaria, en lugar de un tipo diferente de profilaxis prexposición (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 prexposición (PrEP)
- o Creo que este tipo de profilaxis prexposición (PrEP) es más efectivo que otros tipos
- o Creo que este tipo de profilaxis prexposición (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 prexposición (PrEP) intermitente según lo prescrito
- o No creo que profilaxis prexposición (PrEP) intermitente funcione para mí porque es difícil predecir cuándo voy a tener relaciones sexuales.
- o Prefiero tener una rutina regular de tomar profilaxis prexposición (PrEP)
- o 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 prexposición (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 prexposición (PrEP) oral intermitente, en lugar de un tipo diferente de profilaxis prexposición (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 prexposición (PrEP)
- o Creo que este tipo de profilaxis prexposición (PrEP) es más efectivo que otros tipos
- o Creo que este tipo de profilaxis prexposición (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 prexposición (PrEP) solo cuando lo necesito
- o Profilaxis prexposición (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 prexposición (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 prexposición (PrEP) inyectable, en lugar de un tipo diferente de profilaxis prexposición (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 prexposición (PrEP)
- o Creo que este tipo de profilaxis prexposición (PrEP) es más efectivo que otros tipos
- o Creo que este tipo de profilaxis prexposición (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 prexposición (PrEP) oral diaria de la manera en que se prescribe
- o Me preocupa que alguien descubra que uso profilaxis prexposición (PrEP) si tuviera que tomar píldoras

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

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

K6. Por favor, clasifique las razones por las que usa profilaxis prexposición (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 K5] Lista de orden de importancia

K7. ¿Por qué está considerando profilaxis prexposición (PrEP)
oral diaria, en lugar de un tipo diferente de profilaxis prexposición (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 prexposición (PrEP)
- Creo que este tipo de profilaxis prexposición (PrEP) es más efectivo que otros tipos
- Creo que este tipo de profilaxis prexposición (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 prexposición (PrEP) intermitente según lo prescrito
- No creo que profilaxis prexposición (PrEP) intermitente funcione para mí porque es difícil predecir cuándo voy a tener relaciones sexuales.
- Prefiero tener una rutina regular de tomar profilaxis prexposición (PrEP)
- 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 prexposición (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 prexposición (PrEP) oral intermitente, en lugar de un tipo diferente de profilaxis prexposición (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 prexposición (PrEP)
- o Creo que este tipo de profilaxis prexposición (PrEP) es más efectivo que otros tipos
- o Creo que este tipo de profilaxis prexposición (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 prexposición (PrEP) solo cuando lo necesito
- o Profilaxis prexposición (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 prexposición (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 prexposición (PrEP) inyectable, en lugar de un tipo diferente de profilaxis prexposición (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 prexposición (PrEP)
- o Creo que este tipo de profilaxis prexposición (PrEP) es más efectivo que otros tipos
- o Creo que este tipo de profilaxis prexposición (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 prexposición (PrEP) oral diaria de la manera en que se prescribe
- o Me preocupa que alguien descubra que uso profilaxis prexposición (PrEP) si tuviera que tomar píldoras
- o No creo que recuerde tomar profilaxis prexposición (PrEP) intermitente según lo prescrito
- o No creo que profilaxis prexposición (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 prexposición (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 F4, G5, H12 = PrEP inyectable, entonces salte a K14]

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

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

[Si F4, G5, H12 = PrEP intermitente, entonces saltar a la Sección L]

K14. En comparación con [introduzca la modalidad actual de profilaxis prexposición (PrEP)], ¿qué tan difícil cree que sería usar profilaxis prexposición (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)?

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

L. ADHERENCIA Y OBSTÁCULOS DE PROFILAXIS PREXPOSICIÓN (PrEP)

[Si F4, G5, H12 = PrEP oral diaria, entonces L1-L5]
[Si F4, G5, H12 = PrEP oral intermitente, entonces L6-L10]
[Si F4, G5, H12 = PrEP inyectable, eentonces 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 prexposición (PrEP)?
Cuadro de texto: 1-7

- o L2. En los últimos 3 meses, ¿qué porcentaje del tiempo tomo su profilaxis prexposición (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 prexposición (PrEP) a diario? (Elija todas las que correspondan)
- o No he tenido ningún problema para tomar mis dosis regulares de profilaxis prexposición (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 prexposición (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 prexposición (PrEP) en un fin de semana:
Tomar profilaxis prexposición (PrEP) en un día laborable
Tomar profilaxis prexposición (PrEP) cuando se trate de cambios de horario:
Tomar profilaxis prexposición (PrEP) mientras viaja:
Tomar profilaxis prexposición (PrEP) cuando sale con amigos/as:
Tomar profilaxis prexposición (PrEP) en el trabajo / escuela:
Tomar profilaxis prexposición (PrEP) cuando tenga efectos secundarios del medicamento:
Tomar profilaxis prexposición (PrEP) cuando tenga una crisis:
Tomar profilaxis prexposición (PrEP) cuando beba o use drogas:
Asista a sus citas médicas de profilaxis prexposición (PrEP):
Siga un plan para tomar profilaxis prexposición (PrEP):

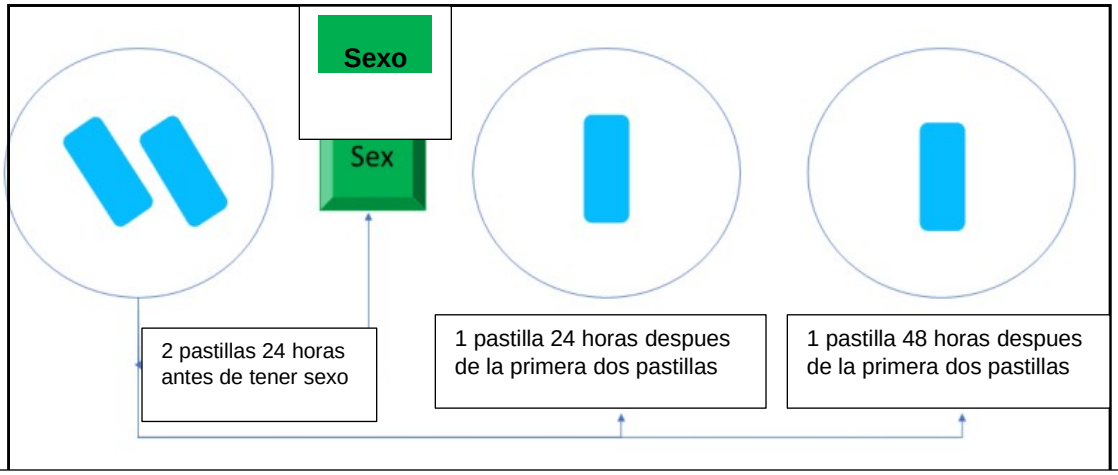
[Pase a L18]

L6. En los últimos 3 meses, ¿Qué porcentaje de veces tomo su dosis completa de profilaxis prexposición (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 el sexo ocurre en el día consecutivo después de completar las dosis de 2-1-1, tome 1 píldora al día hasta 48 horas después del último evento sexual.
Si se produce un intervalo de <7 días entre la última píldora y el siguiente evento sexual, vuelva a tomar 1 píldora diaria.
Si se produce un intervalo de ≥ 7 días entre la última píldora y el siguiente evento sexual, comience de nuevo con 2 píldoras.

[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%]

- o No tomó ninguna de las 4 pastillas: ___%
- o Tomó 1 de las 4 pastillas: ____ %
- o Tomó 2 de las 4 pastillas: ____ %
- o Tomó 3 de las 4 pastillas: ___ %

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

(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 prexposición (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 prexposición (PrEP) en un fin de semana si es necesario:
Tomar profilaxis prexposición (PrEP) en un día laborable si es necesario:
Tomar profilaxis prexposición (PrEP) cuando se trate de cambios de horario:
Tomar profilaxis prexposición (PrEP) mientra viaja si es necesario:
Tomar profilaxis prexposición (PrEP) cuando salga con amigos si es necesario:
Tomar profilaxis prexposición (PrEP) en el trabajo / escuela si es necesario:
Tomar profilaxis prexposición (PrEP) cuando tenga efectos secundarios del medicamento:
Tomar profilaxis prexposición (PrEP) cuando tenga una crisis:
Tomar profilaxis prexposición (PrEP) cuando beba o use drogas si es necesario:
Asista a sus citas médicas de profilaxis prexposición (PrEP):
Siga un plan para tomar profilaxis prexposición (PrEP):

[Pase a L18]

L11. ¿Cuándo fue la fecha de su última inyección de profilaxis prexposición (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 prexposición (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 prexposición (PrEP)?
[Sí=L14, de lo contrario L15]

- o No
- o Sí
- o No sé

L14. ¿Cuántas veces ha pasado más de 2 meses entre inyecciones de profilaxis prexposición (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 prexposición (PrEP)? (Elija todas las que correspondan)

- o No he tenido ningún problema para recibir mis inyecciones regulares de profilaxis prexposición (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 prexposición (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 prexposición (PrEP):
Sigue un plan para obtener su profilaxis prexposición (PrEP):

[TODOS LOS PARTICIPANTES]
L18. Califique cuánto influye cada uno de los siguientes elementos en su decisión de tomar profilaxis prexposición (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 prexposición (PrEP)				
Amigos/as que descubren que estoy tomando profilaxis prexposición (PrEP)				
Pareja(s) sexual(es) enterándose(s) de que estoy tomando profilaxis prexposición (PrEP)				
Miembros de la familia que descubren que estoy tomando profilaxis prexposición (PrEP)				
Los efectos a largo plazo de profilaxis prexposición (PrEP) en mi salud				
La posibilidad de que profilaxis prexposición (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 prexposición (PrEP)				
Tener que acordarse de tomar una pastilla o recibir una inyección				
Obtener transporte a las citas/laboratorios de profilaxis prexposición (PrEP)				
Regresar para citas de seguimiento y laboratorios de profilaxis prexposición (PrEP)				
Volver a surtir una receta de profilaxis prexposición (PrEP)				
Usar el seguro para obtener cobertura para los costos de profilaxis prexposición (PrEP)				
Cubrir los costos de profilaxis prexposición (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)

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

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

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

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

- o Sí
- o No

M5. ¿Qué tipo de servicio telefónico tiene?

- o Tengo una cuenta de prepago
- o Tengo un contrato mensual
- o Estoy en un plan compartido
- o Otro, por favor especifique
- o 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]

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

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

- o 1 día o menos

- o 2 a 7 días
- o 1 a 4 semanas
- o 1 mes o más
- o Otro, por favor especifique
- o 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				
Encontar 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?

- o YouTube (en inglés)
- o LinkedIn (en inglés)
- o Reddit
- o WhatsApp (en inglés)
- o Snapchat
- o Twitter
- o Facebook (en inglés)
- o Instagram (en inglés)
- o TikTok
- o Otros, por favor especifique
- o 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)

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

- Violencia o abuso
- Medicamentos o efectos secundarios de medicamentos
- Depresión, ansiedad o suicidio
- 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 Desacuerdo	Totalmente en Descacuerdo
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 prexposición (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?]

- O Sí
- O No
- O No sé

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

- O Sí
- O No
- O No sé

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

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

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

- O Sí
- O No
- O 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?** ___ [ReceptiveAINoCondom] (*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]).

- o ¿Le dijeron que eran VIH negativos y no tendria ninguna razón para dudarlo? ____
- o ¿Le dijeron que eran VIH positivos y que eran indetectables? ____
- o Le dijeron que eran VIH positivos, pero NO dijeron que eran indetectables. ____
- *o* ¿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 prexposición (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]

- O Sí
- O No
- O No sé

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

- O Sí
- O No
- O No sé

[Si se responde O4, saltar a O13]
O12. Con respecto a esta persona ... [OneRecAIHIVStatus]

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

[Si se responde O5, saltar a O18]
O13. ¿Esta persona estaba usando PrEP? [OneRecAIPrep]

- O Sí
- O No
- O 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]

- O Sí
- O No
- O No sé

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

- O Sí
- O No
- O No sé

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

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

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

- O Sí
- O No
- O 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]).*

- o ¿Le dijeron que eran VIH negativos y no tendria ninguna razón para dudarlo? ____
- o ¿Le dijeron que eran VIH positivos y que eran indetectables? ____
- o Le dijeron que eran VIH positivos, pero NO dijeron que eran indetectables. ____
- o ¿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.)?

- o No
- o Sí
- o 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?

- o No
- o Sí
- o 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 reune 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]

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

- o No, nunca
- o Sí, en los últimos 3 meses
- o 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, 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 (0)	Varios días (1)	Más de la mitad de los días (2)	Casi todos los días (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 ≥ 3 en los articulos 1 y 2 (PHQ-2) completan los 6 ítems restantes del PHQ-8.
Aquellos con una puntuación combinada ≥ 3 en los articulos 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 (0)	Varios días (1)	Más de la mitad de los días (2)	Casi todos los días (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 (0)	Varios días (1)	Más de la mitad de los días (2)	Casi todos los días (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 pensaran que no es inteligente.						
La gente actúa como si le tuvieran miedo.						
La gente actúa como si pensaran 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)

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

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

- o 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. Siento que la gente apenas me conoce. Me siento aislado/a de los demás. 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.