

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

**Attachment 4d
Patient Quarterly 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 de Seguimiento de mChoice Todos los Puntos de Tiempo

Esta encuesta se utilizará para las encuestas de seguimiento de 3, 6, 9, 12 y 18 meses. La pregunta B6 sólo requerirá una respuesta en los intervalos de 6, 12 y 18 meses. La Sección Q no formará parte de la evaluación de seguimiento de 18 meses.

Tabla de Contenidos

- A. CORRELATOS SOCIOECONÓMICOS Y DE RIESGO
- B. ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA, COMUNICACIÓN Y PRUEBAS/DIAGNÓSTICO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)
- C. VIH
- D. ENCAMINAMIENTO DE PROFILAXIS PREXPOSICIÓN (PrEP)
- E. USO ACTUAL DE PROFILAXIS PREXPOSICIÓN (PrEP)
- F. REANUDACIÓN DE PROFILAXIS PREXPOSICIÓN (PrEP)
- G. USO PREVIO DE PROFILAXIS PREXPOSICIÓN (PrEP): SIN PLANES DE REINICIAR / INSEGURO/A
- H. OPCIONES DE PREP
- I. ADHERENCIA Y OBSTÁCULOS DE PROFILAXIS PREXPOSICIÓN (PrEP)
- J. USO DE TECNOLOGÍA Y COMPORTAMIENTO DE BÚSQUEDA DE PAREJA EN LÍNEA
- N. RELACIONES Y PRIORIDADES DE SALUD SEXUAL
- L. COMPORTAMIENTOS SEXUALES
- M. USO DE SUSTANCIAS
- N. SALUD MENTAL
- O. DISCRIMINACIÓN COTIDIANA
- P. APOYO SOCIAL Y AISLAMIENTO
- Q. SATISFACCIÓN DE LA APLICACIÓN MCHOICE

¡Bienvenido a mChoice!

Gracias por su participación en este importante proyecto. ***Esta encuesta tardará aproximadamente de 4 a 5 minutos en completarse.***

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 en la encuesta. Toda esta información ayudará a este estudio a aprender más sobre profilaxis preexposición (PrEP), la prevención del VIH y otros temas importantes.

Preguntas de Memoria basadas en el Tiempo

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

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

Aviso sobre el lenguaje

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

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

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

R. CORRELATOS SOCIOECONÓMICOS Y DE RIESGO

A1. En los últimos 3 meses, ¿Ha estado sin hogar? Por personas sin hogar, nos referimos a que vivía en la calle, en un refugio, en un hotel de ocupación de habitación individual (SRO) o en un automóvil.

[Sí = A 2, de lo contrario A3]

- ☐ No
- ☐ Sí
- ☐ No sé

A2. ¿Actualmente no tiene hogar?

- ☐ No
- ☐ Sí
- ☐ No sé

A3. ¿En qué código postal vive? _____

- ☐ No sé

A4. ¿Cuál es su estado civil actual?

- ☐ Casado
- ☐ Vivir juntos como casados
- ☐ Separado
- ☐ Divorciado
- ☐ Viudo
- ☐ Nunca se casó
- ☐ No sé

A5. ¿Está actualmente en la escuela?

- ☐ No
- ☐ Sí, a tiempo completo
- ☐ Sí, a tiempo parcial
- ☐ Inscrito en un programa pero con un permiso temporal de ausencia
- ☐ Negarse a responder

A6. ¿Qué describe mejor su situación laboral? Esta:

- ☐ Empleado a tiempo completo
- ☐ Empleado a tiempo parcial
- ☐ Una ama de casa
- ☐ Un estudiante de tiempo completo
- ☐ Jubilado
- ☐ Incapaz de trabajar por razones de salud
- ☐ Desempleado
- ☐ Otra cosa _____
- ☐ No sé

A7. En los últimos 3 meses, ¿Hubo un momento en el que no había suficiente dinero en su casa para el alquiler, la comida, el teléfono o los servicios públicos como gas o electricidad?

- ☐ No
- ☐ Sí
- ☐ No sé

A8. En los últimos 3 meses, ¿Usted u otros adultos en el hogar alguna vez redujeron el tamaño de sus comidas o se saltaron comidas porque no había suficiente dinero para la comida?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sé
- ☐ Prefiero no responder

A9. ¿Cuál es su principal medio de transporte?

- ☐ Automóvil o motocicleta personal
- ☐ Amigo, pariente o vecino
- ☐ Transporte público (autobús, metro, tren)
- ☐ Bicicleta
- ☐ Andante
- ☐ Lyft, Uber u otro servicio de viaje compartido
- ☐ Algo más
- ☐ No sé

A10. ¿Ha sido arrestado en los últimos 3 meses?

[Sí = A11, de lo contrario la siguiente Sección B]

- ☐ No
- ☐ Sí
- ☐ No sé

A11. ¿Ha sido encarcelado, encarcelado o detenido juvenil (juvy) en los últimos 3 meses?

- ☐ No
- ☐ Sí
- ☐ No sé

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

B1. ¿Actualmente tiene seguro médico o cobertura de atención médica? Esto incluye seguro de salud privado (por ejemplo: Blue Cross Blue Shield o seguro privado para padres) y seguro o cobertura de atención médica pública (por ejemplo: Medicaid o Medicare).

[Sí = B 2, de lo contrario B3]

- ☐ Sí, tengo el mío propio
- ☐ Sí, estoy cubierto por mi padre/tutor
- ☐ Sí, estoy cubierto por mi cónyuge/pareja.
- ☐ No
- ☐ No sé

B2. ¿Qué tipo de seguro o cobertura de salud tiene actualmente? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- ☐ Un plan de salud privado - a través de un empleador o comprado directamente
- ☐ Medicaid - para algunas personas con bajos ingresos
- ☐ Medicare - para ancianos y personas con discapacidades
- ☐ Algún otro plan del gobierno
- ☐ TRICARE / CHAMPUS
- ☐ Cobertura de la Administración de Veteranos
- ☐ Algún otro seguro de salud
- ☐ No sé

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

B3. En los últimos 3 meses, ¿Se ha hecho la prueba de una ITS que no era VIH?

[Sí = B 4, de lo contrario B5]

- ☐ No
- ☐ Sí
- ☐ No sé

B4. **¿En los últimos 3 meses**, su médico o un profesional de la salud le ha dicho que tuvo alguna de las siguientes ITS? (Marque todo lo que corresponda. Si no se aplica ninguno, marque "Ninguno de estos")

- ☐ Genital Herpes
- ☐ Gonorrea
- ☐ Clamidia
- ☐ Sífilis
- ☐ Verrugas genitales o anales
- ☐ Otra ITS, especifique: _____
- ☐ Ninguno de estos
- ☐ No sé

B5. ¿Qué tan probable es que se haga la prueba de ITS **en los próximos 3 meses?**

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

B6. [Esta sección se completará solo en las evaluaciones de 6, 12 y 18 meses.] ¿Qué tan seguro está de que podría comunicarse sobre lo siguiente (si es necesario) con los proveedores de atención médica?

	No estoy del todo seguro	Algo seguro	Moderadamente seguro	Muy seguro	Totalmente seguro
Preguntarle a su proveedor de atención médica cosas sobre una enfermedad que tenga / haya tenido que le preocupe.				☐	☐
Discutir abiertamente con su proveedor de atención médica cualquier problema que pueda estar relacionado con sus medicamentos				☐	☐
Resolver las diferencias con su proveedor de atención médica cuando surgen				☐	☐
Preguntarle a su proveedor de atención médica cosas sobre su salud (como pruebas o tratamientos) que le preocupan.				☐	☐
Discutir abiertamente con su proveedor de atención médica su consumo pasado o actual de drogas y / o alcohol?				☐	☐
Discutir abiertamente con su proveedor de atención médica su actividad sexual				☐	☐

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 se mantendrán completamente confidenciales.

C1. En los **últimos 3 meses**, ¿Se ha hecho una prueba del VIH?

[Sí = C 2 de lo contrario C3]

- ☐ No
- ☐ Sí
- ☐ No sé

C2. ¿Cuándo se hizo la prueba del VIH? Introduzca el mes y el año. Está bien si no sabe la fecha exacta. Por favor, haga su mejor intento.

- ☐ [Mes]
- ☐ [Año]
- ☐ No sé

C3. En general, ¿Qué tan preocupado está por contraer el VIH?

Nada preocupado Extremadamente preocupado

0 -----10

C4. Tenga en cuenta las siguientes declaraciones y seleccione cuánto 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 las personas en mi comunidad discriminarían a alguien con VIH	1	2	3	4	5
La mayoría de las personas en mi comunidad apoyarían los derechos de una persona con VIH a vivir y trabajar donde quisiera.	1	2	3	4	5
La mayoría de las personas en mi comunidad no serían amigos de alguien con VIH	1	2	3	4	5
La mayoría de las personas en mi comunidad piensan	1	2	3	4	5

que las personas que contrajeron el VIH a través del sexo o el uso de drogas han obtenido lo que merecen.					
---	--	--	--	--	--

D. ENCAMINAMIENTO DE PROFILAXIS PREXPOSICIÓN (PrEP)

La Profilaxis preexposición, o PrEP, es un medicamento que se puede usar para reducir el riesgo de infección por VIH. La PrEP es recetada por un médico/proveedor de atención médica.

D1. ¿Está usando profilaxis preexposición (PrEP) actualmente?

[Sí = saltar a la Sección E]

- ☐ Sí
- ☐ No

D2. ¿Ha usado profilaxis preexposición (PrEP) anteriormente?

- ☐ Sí
- ☐ No

D3. ¿Está planeando **reiniciar** profilaxis preexposición (PrEP) pronto (por pronto, queremos decir en las próximas 1-2 semanas), si dejó de tomar profilaxis preexposición (PrEP) brevemente después de la visita inicial?

[Sí = saltar a la Sección F; De lo contrario, vaya a la Sección G]

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No estoy seguro

E. USO ACTUAL DE PROFILAXIS PREXPOSICIÓN (PrEP)

E1. En los últimos 3 meses, ¿Qué tipos de profilaxis preexposición (PrEP) ha oído hablar y / o discutido? (Elija todas las que correspondan)

Profilaxis preexposición (PrEP) oral diaria	Una pastilla tomada diariamente	Truvada®, Descovy®, emtricitabina/fumarato de disoproxilo de tenofovir, emtricitabina/tenofovir alafenamida	
---	---------------------------------	---	---

Profilaxis preposición (PrEP) oral intermitente	Una pastilla tomada antes y después del sexo. También llamada PrEP 2-1-1, PrEP a pedido, intermitente o impulsada por eventos	Truvada®, emtricitabina/fumarato de tenofovir disoproxil	
Profilaxis preposición (PrEP) inyectable	Una inyección, una inyección administrada por un médico/proveedor de atención médica	Apretude®, cabotegravir	

- ☐ Otros (especifíquese): _____
- ☐ No sé

E2. En los últimos 3 meses, ¿Dónde ha obtenido la mayor parte de su información sobre la profilaxis preposición (PrEP)? (Elija todas las que correspondan).

- ☐ Médico, enfermero practicante u otro proveedor de atención médica
- ☐ Amigo o familiar
- ☐ Escuela
- ☐ Una persona con la que tiene relaciones sexuales
- ☐ Una persona con la que consume drogas
- ☐ Consejero de VIH
- ☐ Televisión
- ☐ Noticia
- ☐ Redes sociales (especifique):
- ☐ Otros (especifíquese):
- ☐ No he recibido información sobre la profilaxis preposición (PrEP)
- ☐ No sé

E3. Elija todos los tipos de profilaxis preposición (PrEP) que ha discutido con un médico / proveedor de atención médica:

Profilaxis preposición (PrEP) oral diaria	Una pastilla tomada diariamente	Truvada®, Descovy®, emtricitabina/fumarato de disoproxilo de tenofovir, emtricitabina/tenofovir alafenamida	
--	--	--	---

Profilaxis preposición (PrEP) oral intermitente	Una pastilla tomada antes y después del sexo. También llamada PrEP 2-1-1, PrEP a pedido, intermitente o impulsada por eventos	Truvada®, emtricitabina/fumarato de tenofovir disoproxil	
Profilaxis preposición (PrEP) inyectable	Una inyección, una inyección administrada por un médico/proveedor de atención médica	Apretude®, cabotegravir	

- ☐ Otros (especifíquese): _____
- ☐ No sé

E4. ¿Qué tipo de profilaxis preposición (PrEP) está usando actualmente?

Profilaxis preposición (PrEP) oral diaria	Una pastilla tomada diariamente	Truvada®, Descovy®, emtricitabina/fumarato de disoproxilo de tenofovir, emtricitabina/tenofovir alafenamida	
Profilaxis preposición (PrEP) oral intermitente	Una pastilla tomada antes y después del sexo. También llamada PrEP 2-1-1, PrEP a pedido, intermitente o impulsada por eventos	Truvada®, emtricitabina/fumarato de tenofovir disoproxil	
Profilaxis preposición (PrEP) inyectable	Una inyección, una inyección administrada por un médico/proveedor de atención médica	Apretude®, cabotegravir	

- ☐ Otros (especifíquese): _____
- ☐ No sé

E5. ¿Cuándo comenzó a tomar este medicamento: [respuesta de extracción de E4]? Está bien si no sabe la fecha exacta. Por favor, proporcione su mejor suposición.

- ☐ [Mes]
- ☐ [Año]

- o No sé

E6a. ¿Por qué actualmente usa profilaxis preexposición (PrEP)? (Elija todas las que correspondan)

- o Estoy teniendo relaciones sexuales o pensando en tener relaciones sexuales con alguien que vive con el VIH
- o Estoy teniendo relaciones sexuales o pensando en tener relaciones sexuales con alguien cuyo estado de VIH no conozco
- o Quiero tener el 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 seguro y saludable
- o Quiero tener un futuro mejor
- o Estoy teniendo relaciones sexuales con múltiples parejas
- o No siempre uso condones/preservativos (o no me gusta usarlos)
- o Mi(s) pareja(s) no usá(n) condones/preservativos
- o Tuve un susto previo de VIH
- o Mi proveedor de atención médica me lo recomendó
- o Recientemente me diagnosticaron una infección de transmisión sexual (ITS)
- o Muchas personas en mi comunidad toman profilaxis preexposición (PrEP)
- o Otros, por favor especifique:

[Seleccionadas múltiples opciones = E 6b, de lo contrario E7]

E6b. Por favor, clasifique las razones por las que actualmente está usando profilaxis preexposición (PrEP) en orden de importancia, siendo 1 la razón más importante, 2 la siguiente razón más importante, hasta la razón menos importante.

- o [Respuestas de E6a] Lista de orden de clasificación

E7. En los últimos 3 meses, ¿Ha usado algún otro tipo de profilaxis preexposición (PrEP), un tipo de profilaxis preexposición (PrEP) diferente al que está usando actualmente?

[Sí = E8, de lo contrario E17]

- o No
- o Sí
- o No sé

E8. ¿Qué otro(s) tipo(s) de profilaxis preexposición (PrEP) ha usado? Por favor, clasifíquelos en orden de usted (1 = primer tipo de PrEP utilizado, 2 = 2º tipo de PrEP utilizado, etc.).

Profilaxis preexposición (PrEP) oral diaria	Una pastilla tomada diariamente	Truvada®, Descovy®, emtricitabina/fumarato de disoproxilo de tenofovir, emtricitabina/tenofovir alafenamida	
---	---------------------------------	---	---

Profilaxis preexposición (PrEP) oral intermitente	Una pastilla tomada antes y después del sexo. También llamada PrEP 2-1-1, PrEP a pedido, intermitente o impulsada por eventos	Truvada®, emtricitabina/fumarato de tenofovir disoproxil	
Profilaxis preexposición (PrEP) inyectable	Una inyección, una inyección administrada por un médico/proveedor de atención médica	Aprelude®, cabotegravir	

- ☐ Otros (especifíquese): _____
- ☐ No sé

[Las preguntas E 9- E 17 se refieren al primer método de PrEP seleccionado en E8]

E9. ¿Cuándo comenzó este medicamento: [extraiga la respuesta # 1 de E8]? Está bien si no sabe la fecha exacta. Por favor, proporcione su mejor suposición.

[Mes]

[Año]

No sé

E10. ¿Cuándo suspendió este medicamento: [extraiga la respuesta # 1 de E8]? Está bien si no sabe la fecha exacta. Por favor, proporcione su mejor intento.

[Mes]

[Año]

No sé

E 11. ¿Por qué cambió a un tipo diferente de profilaxis preexposición (PrEP) de [extraiga la respuesta #1 de E8]? (Elija todas las que correspondan)

- ☐ Recomendado por el médico/proveedor de atención médica
- ☐ Recomendado por un amigo, pareja o familiar
- ☐ El coste
- ☐ Efectos secundarios
- ☐ Cuestiones relativas a los seguros
- ☐ Más fácil de usar
- ☐ Más seguro de usar
- ☐ Más eficaz en la prevención de la infección por VIH
- ☐ Requirió menos visitas / laboratorios / visitas a farmacia
- ☐ El horario de dosificación fue más fácil de recordar
- ☐ Las personas tenían menos probabilidades de descubrir que estaba tomando PrEP
- ☐ Otro, especifique: _____

- ☐ No sé

E12. Por favor, clasifica las razones por las que cambió de profilaxis preexposición (PrEP) en ese momento en orden de importancia, siendo 1 la razón más importante por la que cambió, 2 la siguiente razón más importante, hasta la razón menos importante.

- ☐ [Respuestas de E11] Lista de orden de clasificación

[Si >1 método PrEP seleccionado en E 8 =E13; De lo contrario, vaya a E17].

E13. ¿Cuándo comenzó este medicamento: [extraiga la respuesta # 2 de E8]? Está bien si no sabe la fecha exacta. Por favor, proporcione su mejor intento.

[Mes]

[Año]

No sé

E14. ¿Cuándo suspendió este medicamento: [extraiga la respuesta # 2 de E8]? Está bien si no sabe la fecha exacta. Por favor, proporcione su mejor intento.

[Mes]

[Año]

No sé

E15. ¿Por qué cambió a un tipo diferente de profilaxis preexposición (PrEP) de [respuesta # 2 de E9]? (Marque todo lo que corresponda)

- ☐ Recomendado por el médico/proveedor de atención médica
- ☐ Recomendado por un amigo, pareja o familiar
- ☐ El coste
- ☐ Efectos secundarios
- ☐ Cuestiones relativas a los seguros
- ☐ Más fácil de usar
- ☐ Más seguro de usar
- ☐ Más eficaz en la prevención de la infección por VIH
- ☐ Requirió menos visitas / laboratorios / visitas a farmacia
- ☐ El horario de dosificación fue más fácil de recordar
- ☐ Las personas tenían menos probabilidades de descubrir que estaba tomando profilaxis preexposición (PrEP)
- ☐ Otro, especifique: _____
- ☐ No sé

[Seleccionadas múltiples opciones = E 15, de lo contrario E16]

E16. Por favor, clasifique las razones por las que cambió a un tipo diferente de profilaxis preexposición (PrEP) en orden de importancia, siendo 1 la razón más importante por la que cambió, 2 siendo la siguiente razón más importante, hasta la razón menos importante.

- ☐ [Respuestas de E15] Lista de orden de clasificación

[Saltar a E17]

E17. ¿Qué tan satisfecho está con el tipo de profilaxis preexposición (PrEP) que está usando actualmente?

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

E18. ¿Qué piensa sobre la eficacia de la profilaxis preexposición (PrEP) para evitar que alguien contraiga el VIH, cuando se toma de la manera en que se prescribe?

- ☐ Muy/completamente efectivo
- ☐ Algo efectivo
- ☐ Mínimamente eficaz
- ☐ Nada eficaz
- ☐ No sé

E19. ¿Qué piensa sobre si la profilaxis preexposición (PrEP) ayuda a prevenir otros tipos de infecciones de transmisión sexual (ITS), como la gonorrea o la clamidia?

- ☐ La profilaxis preexposición (PrEP) del VIH no tiene efecto sobre otras ITS
- ☐ La profilaxis preexposición (PrEP) del VIH ayuda a prevenir otras ITS
- ☐ No sé

E20. ¿Hasta qué punto cree que tomar PrEP afecta su probabilidad de usar condones/preservativos?

- ☐ Significativamente menos probable
- ☐ Algo menos probable
- ☐ No cambiará
- ☐ Algo más probable
- ☐ Significativamente más probable
- ☐ No sé

E21. ¿Quién sabe que usa profilaxis preexposición (PrEP)? (Marque todo lo que corresponda)

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

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

E 22. Seleccione cuánto está de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

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

E23. Seleccione cuánto está de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

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

Me preocupa incluir la profilaxis preexposición (PrEP) como uno de mis medicamentos actuales durante las citas con el médico					
Me da vergüenza decirles a otras personas que estoy tomando profilaxis preexposición (PrEP)					
Me preocupa que la gente piense que soy una mala persona si saben que tomo profilaxis preexposición (PrEP)					
Me preocupa que la gente piense que soy gay si saben que tomo profilaxis preexposición (PrEP)					
Me preocupa que mis amigos descubran que tomo profilaxis preexposición (PrEP)					
Me preocupa que mi familia descubra que tomo profilaxis preexposición (PrEP)					
Me preocupa que mis parejas sexuales descubran que tomo profilaxis preexposición (PrEP)					
Creo que la gente me hará pasar un mal rato si les digo que tomo profilaxis preexposición (PrEP)					
Creo que la gente me juzgará si saben que estoy tomando profilaxis preexposición (PrEP)					

[\[Saltar a la Sección J\]](#)

F. REANUDACIÓN DE PROFILAXIS PREXPOSICIÓN (PrEP)

F1 En los últimos 3 meses, ¿Qué tipos de PrEP ha oído hablar y / o discutido? (Elija todas las que correspondan)

Profilaxis preexposición (PrEP) oral diaria	Una pastilla tomada diariamente	Truvada®, Descovy®, emtricitabina/fumarato de disoproxilo de tenofovir, emtricitabina/tenofovir alafenamida	
Profilaxis preexposición (PrEP) oral intermitente	Una pastilla tomada antes y después del sexo. También llamada PrEP 2-1-1, PrEP a pedido, intermitente o	Truvada®, emtricitabina/fumarato de tenofovir disoproxil	

		impulsada por eventos		
	Profilaxis preexposición (PrEP) inyectable	Una inyección, una inyección administrada por un médico/proveedor de atención médica	Apretude®, cabotegravir	

- ☐ Otros (especifíquese): _____
- ☐ No sé

F2. ¿Dónde obtuvo información sobre la profilaxis preexposición (PrEP)? (Elija todas las que correspondan).

- ☐ Médico, enfermero practicante u otro proveedor de atención médica
- ☐ Amigo o familiar
- ☐ Escuela
- ☐ Una persona con la que tiene relaciones sexuales
- ☐ Una persona con la que consume drogas
- ☐ Consejero de VIH
- ☐ Televisión
- ☐ Noticia
- ☐ Redes sociales (especifique):
- ☐ Otros (especifíquese):
- ☐ No he recibido información sobre la profilaxis preexposición (PrEP)
- ☐ No sé

F3. Elija todos los tipos de profilaxis preexposición (PrEP) que ha discutido con un médico / proveedor de atención médica:

	Profilaxis preexposición (PrEP) oral diaria	Una pastilla tomada diariamente	Truvada®, Descovy®, emtricitabina/fumarato de disoproxilo de tenofovir, emtricitabina/tenofovir alafenamida	
	Profilaxis preexposición (PrEP) oral intermitente	Una pastilla tomada antes y después del sexo. También llamada PrEP 2-1-1, PrEP a pedido, intermitente o impulsada por eventos	Truvada®, emtricitabina/fumarato de tenofovir disoproxil	

Profilaxis preexposición (PrEP) inyectable	Una inyección, una inyección administrada por un médico/proveedor de atención médica	Apretude®, cabotegravir	
--	--	-------------------------	---

☐ Otros (especifíquese): _____

☐ No sé

F4. ¿Qué tipo de profilaxis preexposición (PrEP) está usando actualmente, si es que usa alguna? Si no está usando profilaxis preexposición (PrEP) actualmente, ¿Cuál fue el tipo más reciente de profilaxis preexposición (PrEP) que estaba tomando?

Profilaxis preexposición (PrEP) oral diaria	Una pastilla tomada diariamente	Truvada®, Descovy®, emtricitabina/fumarato de disoproxilo de tenofovir, emtricitabina/tenofovir alafenamida	
Profilaxis preexposición (PrEP) oral intermitente	Una pastilla tomada antes y después del sexo. También llamada PrEP 2-1-1, PrEP a pedido, intermitente o impulsada por eventos	Truvada®, emtricitabina/fumarato de tenofovir disoproxil	
Profilaxis preexposición (PrEP) inyectable	Una inyección, una inyección administrada por un médico/proveedor de atención médica	Apretude®, cabotegravir	

☐ Otros (especifíquese): _____

☐ No sé

F5. ¿Ha detenido y reiniciado la profilaxis preexposición (PrEP)?

☐ Sí

☐ No

F6. ¿Qué tipos de profilaxis preexposición (PrEP) ha usado, además del que ya mencionó en F4? Por favor, clasifíquelos en orden de uso (1 = primer tipo de PrEP utilizado, 2 = 2 ° tipo de PrEP utilizado, etc.).

	Profilaxis preexposición (PrEP) oral diaria	Una pastilla tomada diariamente	Truvada®, Descovy®, emtricitabina/fumarato de disoproxil de tenofovir, emtricitabina/tenofovir alafenamida	
	Profilaxis preexposición (PrEP) oral intermitente	Una pastilla tomada antes y después del sexo. También llamada PrEP 2-1-1, PrEP a pedido, intermitente o impulsada por eventos	Truvada®, emtricitabina/fumarato de tenofovir disoproxil	
	Profilaxis preexposición (PrEP) inyectable	Una inyección, una inyección administrada por un médico/proveedor de atención médica	Apretude®, cabotegravir	

- ☐ Otros (especifíquese): _____
- ☐ N/A
- ☐ No sé

F7. ¿Cuándo comenzó a tomar este medicamento: [respuesta de F4]? Está bien si no sabe la fecha exacta. Por favor, proporcione su mejor intento.

[Mes]

[Año]

No sé

F8. ¿Cuándo suspendió este medicamento: [extraiga la respuesta de F4]? Está bien si no sabe la fecha exacta. Por favor, proporcione su mejor intento.

[Mes]

[Año]

No sé

F9. ¿Por qué dejó de tomar este medicamento, [respuesta de F4]? (Elija todas las que correspondan)

- ☐ Ya no podía pagarlo
- ☐ Ya no creía que estuviera en riesgo de contraer el VIH
- ☐ Mi seguro no lo cubrió, o perdí mi seguro
- ☐ No quería seguir tomando una pastilla todos los días

- ☐ Mis padres o tutores se enteraron y me hicieron parar
- ☐ Seguí olvidándome de tomar mi píldora
- ☐ Tuve problemas para llegar a las citas de seguimiento
- ☐ Tuve problemas para obtener PrEP o con la farmacia
- ☐ Estaba teniendo efectos secundarios
- ☐ Las personas reaccionaron negativamente cuando se enteraron de que estaba tomando PrEP
- ☐ Estaba preocupado por los efectos a largo plazo de la profilaxis preexposición (PrEP) en mi salud
- ☐ Tuve un problema médico que hizo que no fuera seguro continuar tomando profilaxis preexposición (PrEP)
- ☐ Comencé a usar condones/preservativos todo el tiempo
- ☐ No pude tomar el medicamento (sabía mal, la píldora era demasiado grande)
- ☐ Otros, especifíquese: ____
- ☐ No sé

F10. Por favor, clasifique las razones por las que dejó la profilaxis preexposición (PrEP) en ese momento en orden de importancia, siendo 1 la razón más importante, 2 la siguiente razón más importante, hasta la razón menos importante.

- ☐ [Respuestas de F9] Lista de orden de clasificación

[Si se seleccionan varias opciones en F 6 = Repita la serie de preguntas F 7-F 10 para todas las selecciones; de lo contrario, G9]

F11. ¿Habló con su médico/proveedor de atención médica antes de suspender la profilaxis preexposición (PrEP)?

- ☐ No
- ☐ Sí
- ☐ No sé

F12. Elija las declaraciones que describen su comportamiento sexual después de dejar de tomar profilaxis preexposición (PrEP). (Elija todas las que correspondan)

- ☐ No tuve ningún contacto sexual después de dejar de tomar profilaxis preexposición (PrEP) [Saltar a G14]
- ☐ Tuve sexo oral después de dejar de tomar profilaxis preexposición (PrEP)
- ☐ Tuve sexo anal después de dejar de tomar profilaxis preexposición (PrEP)
- ☐ Tuve sexo vaginal cuando dejé de tomar profilaxis preexposición (PrEP) (poner su pene en una vagina o neovagina)
- ☐ No sé

F13. Elija las declaraciones que describen su uso de condones/preservativos después de dejar de tomar profilaxis preexposición (PrEP). (Elija todas las que correspondan)

- o Usé un condón/preservativo con cada contacto sexual después de dejar de tomar profilaxis preexposición (PrEP)
- o Usé un condón/preservativo para la mayoría de los contactos sexuales después de dejar de tomar profilaxis preexposición (PrEP)
- o Usé un condón/preservativo para algunos contactos sexuales después de dejar de tomar profilaxis preexposición (PrEP)
- o No usé condones/preservativos después de dejar de tomar profilaxis preexposición (PrEP)
- o No sé

F14. ¿Qué tipo de profilaxis preexposición (PrEP) planea comenzar?

Profilaxis preexposición (PrEP) oral diaria	Una pastilla tomada diariamente	Truvada®, Descovy®, emtricitabina/fumarato de disoproxilo de tenofovir, emtricitabina/tenofovir alafenamida	
Profilaxis preexposición (PrEP) oral intermitente	Una pastilla tomada antes y después del sexo. También llamada PrEP 2-1-1, PrEP a pedido, intermitente o impulsada por eventos	Truvada®, emtricitabina/fumarato de tenofovir disoproxil	
Profilaxis preexposición (PrEP) inyectable	Una inyección, una inyección administrada por un médico/proveedor de atención médica	Apretude®, cabotegravir	

- o Otros (especifíquese): _____
- o No sé

F15. ¿Cuándo planea reiniciar la profilaxis preexposición (PrEP)? Está bien si no sabe la fecha exacta. Por favor, proporcione su mejor intento.

[Mes]

[Año]

No sé

F16. ¿Por qué ha decidido reiniciar la profilaxis preexposición (PrEP)? (Elija todas las que correspondan)

- o Estoy teniendo relaciones sexuales o pensando en tener relaciones sexuales con alguien que vive con el VIH

- ☐ Estoy teniendo relaciones sexuales o pensando en tener relaciones sexuales con alguien cuyo estado de VIH no conozco
- ☐ Quiero tener el control de mi salud sexual
- ☐ Quiero reducir mi ansiedad en torno al sexo
- ☐ Quiero aumentar mi satisfacción sexual e intimidad
- ☐ Quiero estar seguro y saludable
- ☐ Quiero tener un futuro mejor
- ☐ Estoy teniendo relaciones sexuales con múltiples parejas
- ☐ No siempre uso condones/preservativos (o no me gustan)
- ☐ Mi pareja no usa condones/preservativos
- ☐ Tuve un susto previo de VIH
- ☐ Mi proveedor de atención médica me lo recomendó
- ☐ Recientemente me diagnosticaron una infección de transmisión sexual (ITS)
- ☐ Muchas personas en mi comunidad toman profilaxis preexposición (PrEP)
- ☐ Otros, especifique:

[Seleccionadas múltiples opciones = F 17, de lo contrario F18]

F17. Por favor, clasifique las razones por las que está reiniciando la profilaxis preexposición (PrEP) en orden de importancia, siendo 1 la razón más importante, 2 la siguiente razón más importante, hasta la razón menos importante.

- ☐ [Respuestas de G16] Lista de orden de clasificación

F18. ¿Quién sabe que está planeando reiniciar la profilaxis preexposición (PrEP)? (Marque todo lo que corresponda)

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

F19. ¿Qué piensa sobre la eficacia de la profilaxis preexposición (PrEP) para evitar que alguien contraiga el VIH, cuando se toma de la manera en que se prescribe?

- ☐ Muy/completamente efectivo
- ☐ Algo efectivo
- ☐ Mínimamente eficaz
- ☐ Nada eficaz
- ☐ No sé

F20. ¿Qué piensa sobre si la profilaxis preexposición (PrEP) ayuda a prevenir otros tipos de infecciones de transmisión sexual (ITS), como la gonorrea o la clamidia?

- ☐ La PrEP del VIH no tiene efecto sobre otras ITS
- ☐ La PrEP del VIH ayuda a prevenir otras ITS
- ☐ No sé

F21. ¿Hasta qué punto cree que reiniciar la profilaxis preexposición (PrEP) afectará su probabilidad de usar condones/preservativos?

- ☐ Significativamente menos probable
- ☐ Algo menos probable
- ☐ No cambiará
- ☐ Algo más probable
- ☐ Significativamente más probable
- ☐ No sé

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

F 22. Seleccione cuánto está de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

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

Ahora queremos hacerle algunas preguntas sobre sus sentimientos relacionados con el reinicio de la PrEP.

F23. Seleccione cuánto está de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

	Totalmente de Acuerdo	De Acuerdo	Ni de Acuerdo, ni en Descuerdo	En Descuerdo	Totalmente en Descuerdo
Me preocupa que la gente asuma que tengo relaciones sexuales con muchas personas si saben que tomo profilaxis preexposición (PrEP)					
Me preocupa que la gente asuma que soy VIH + si saben que tomo profilaxis preexposición (PrEP)					
Me preocupa que la gente piense que mi(s) pareja(s) son VIH+ si saben que tomo profilaxis preexposición (PrEP)					
Me preocupa incluir la profilaxis preexposición (PrEP) como uno de mis medicamentos actuales durante las citas con el médico					
Me da vergüenza decirles a otras personas que estoy tomando profilaxis preexposición (PrEP)					
Me preocupa que la gente piense que soy una mala persona si saben que tomo profilaxis preexposición (PrEP)					
Me preocupa que la gente piense que soy gay si saben que tomo profilaxis preexposición (PrEP)					
Me preocupa que mis amigos descubran que tomo profilaxis preexposición (PrEP)					
Me preocupa que mi familia descubra que tomo profilaxis preexposición (PrEP)					
Me preocupa que mis parejas sexuales descubran que tomo profilaxis preexposición (PrEP)					
Creo que la gente me hará pasar un mal rato si les digo que tomo profilaxis preexposición (PrEP)					
Creo que la gente me juzgará si saben que estoy tomando profilaxis preexposición (PrEP)					

G. USO PREVIO DE PrEP: SIN PLANES DE REINICIAR / INSEGURO/A

G1. En los últimos 3 meses, ¿Qué tipos de profilaxis preexposición (PrEP) ha escuchado y / o discutido (elija todos los que correspondan)

Profilaxis preexposición (PrEP) oral diaria	Una pastilla tomada diariamente	Truvada®, Descovy®, emtricitabina/fumarato de disoproxilo de tenofovir, emtricitabina/tenofovir alafenamida	
Profilaxis preexposición (PrEP) oral intermitente	Una pastilla tomada antes y después del sexo. También llamada PrEP 2-1-1, PrEP a pedido, intermitente o impulsada por eventos	Truvada®, emtricitabina/fumarato de tenofovir disoproxil	
Profilaxis preexposición (PrEP) inyectable	Una inyección, una inyección administrada por un médico/proveedor de atención médica	Apretude®, cabotegravir	

- ☐ Otros (especifíquese): _____
- ☐ No sé

G2. ¿Dónde obtuvo información sobre la profilaxis preexposición (PrEP)? (Elija todas las que correspondan).

- ☐ Médico, enfermero practicante u otro proveedor de atención médica
- ☐ Amigo o familiar
- ☐ Escuela
- ☐ Una persona con la que tiene relaciones sexuales
- ☐ Una persona con la que consume drogas
- ☐ Consejero de VIH
- ☐ Televisión
- ☐ Noticia
- ☐ Redes sociales (especifique):
- ☐ Otros (especifíquese):
- ☐ No he recibido información sobre la profilaxis preexposición (PrEP)
- ☐ No sé

G3. Elija todos los tipos de profilaxis preexposición (PrEP) que ha discutido con un médico / proveedor de atención médica:

Profilaxis preexposición (PrEP) oral diaria	Una pastilla tomada diariamente	Truvada®, Descovy®, emtricitabina/fumarato de disoproxilo de tenofovir, emtricitabina/tenofovir alafenamida	
Profilaxis preexposición (PrEP) oral intermitente	Una pastilla tomada antes y después del sexo. También llamada PrEP 2-1-1, PrEP a pedido, intermitente o impulsada por eventos	Truvada®, emtricitabina/fumarato de tenofovir disoproxil	
Profilaxis preexposición (PrEP) inyectable	Una inyección, una inyección administrada por un médico/proveedor de atención médica	Apretude®, cabotegravir	

- ☐ Otros (especifíquese): _____
- ☐ No sé

G4. ¿Qué tipos de profilaxis preexposición (PrEP) ha usado alguna vez? Por favor, clasifíquelos en orden de uso (1 = primer tipo de PrEP utilizado, 2 = 2° tipo de PrEP utilizado, etc.).

	Profilaxis preexposición (PrEP) oral diaria	Una pastilla tomada diariamente	Truvada®, Descovy®, emtricitabina/fumarato de disoproxilo de tenofovir, emtricitabina/tenofovir alafenamida	
	Profilaxis preexposición (PrEP) oral intermitente	Una pastilla tomada antes y después del sexo. También llamada PrEP 2-1-1, PrEP a pedido, intermitente o impulsada por eventos	Truvada®, emtricitabina/fumarato de tenofovir disoproxil	
	Profilaxis preexposición (PrEP) inyectable	Una inyección, una inyección administrada por un médico/proveedor de atención médica	Apretude®, cabotegravir	

- ☐ Otros (especifíquese): _____
- ☐ No sé

G5. ¿Cuándo comenzó este medicamento: [extraiga la respuesta # 1 de G4]? Está bien si no sabe la fecha exacta. Por favor, proporcione su mejor intento.

[Mes]

[Año]

No sé

G6. ¿Cuándo suspendió este medicamento: [extraiga la respuesta # 1 de G4]? Está bien si no sabe la fecha exacta. Por favor, proporcione su mejor suposición.

[Mes]

[Año]

No sé

G7. ¿Por qué dejó de tomar este medicamento, [extraiga la respuesta # 1 de G4]? (Elija todas las que correspondan)

- ☐ Ya no podía pagarlo
- ☐ Ya no creía que estuviera en riesgo de contraer el VIH
- ☐ Mi seguro no lo cubrió, o perdí mi seguro
- ☐ No quería seguir tomando una pastilla todos los días
- ☐ Mis padres o tutores se enteraron y me hicieron parar

- ☐ Seguí olvidándome de tomar mi píldora
- ☐ Tuve problemas para llegar a las citas de seguimiento
- ☐ Tuve problemas para obtener profilaxis preexposición (PrEP) o con la farmacia
- ☐ Estaba teniendo efectos secundarios
- ☐ Las personas reaccionaron negativamente cuando se enteraron de que estaba tomando PrEP
- ☐ Estaba preocupado por los efectos a largo plazo de la profilaxis preexposición (PrEP) en mi salud
- ☐ Tuve un problema médico que hizo que no fuera seguro continuar tomando profilaxis preexposición (PrEP)
- ☐ Comencé a usar condones/preservativos todo el tiempo
- ☐ No pude tomar el medicamento (sabía mal, la píldora era demasiado grande)
- ☐ Otros, especifíquese: ____
- ☐ No sé

G8. Por favor, clasique las razones por las que dejó la profilaxis preexposición (PrEP) en ese momento en orden de importancia, siendo 1 la razón más importante, 2 la siguiente razón más importante, hasta la razón menos importante.

- ☐ [Respuestas del G7] Lista de orden de clasificación

[Si se seleccionan varias opciones en G 4 = Repita la serie de preguntas G 5-G 8 para todas las selecciones; de lo contrario, G9]

G9. ¿Habló con su médico/proveedor de atención médica antes de suspender la profilaxis preexposición (PrEP)?

- ☐ No
- ☐ Sí
- ☐ No sé

G10. Elija las declaraciones que describen su comportamiento sexual después de dejar de tomar profilaxis preexposición (PrEP). (Elija todas las que correspondan)

- o No tuve ningún contacto sexual después de dejar de tomar PrEP [\[Saltar a H12\]](#)
 - o Tuve sexo oral después de dejar de tomar profilaxis preexposición (PrEP)
 - o Tuve sexo anal después de dejar de tomar profilaxis preexposición (PrEP)
 - o Tuve sexo vaginal cuando dejé de tomar profilaxis preexposición (PrEP) (poner el pene en una vagina)
 - o No sé
-
- o G11. Elija las declaraciones que describen su uso de condones/preservativos después de dejar de tomar profilaxis preexposición (PrEP). (Elija todas las que correspondan)
 - o Usé un condón/preservativo con cada contacto sexual después de dejar de tomar profilaxis preexposición (PrEP)
 - o Usé un condón/preservativo para la mayoría de los contactos sexuales después de dejar de tomar profilaxis preexposición (PrEP)
 - o Usé un condón/preservativo para algunos contactos sexuales después de dejar de tomar profilaxis preexposición (PrEP)
 - o No usé condones/preservativos después de dejar de tomar profilaxis preexposición (PrEP)
 - o No sé

[Si D3=No, saltar a G19]

G12. ¿Qué tipo de profilaxis preexposición (PrEP) está considerando comenzar? [una respuesta]

Profilaxis preexposición (PrEP) oral diaria	Una pastilla tomada diariamente	Truvada®, Descovy®, emtricitabina/fumarato de disoproxilo de tenofovir, emtricitabina/tenofovir alafenamida	
Profilaxis preexposición (PrEP) oral intermitente	Una pastilla tomada antes y después del sexo. También llamada PrEP 2-1-1, PrEP a pedido, intermitente o impulsada por eventos	Truvada®, emtricitabina/fumarato de tenofovir disoproxil	
Profilaxis preexposición (PrEP) inyectable	Una inyección, una inyección administrada por un médico/proveedor de atención médica	Apretude®, cabotegravir	

- o Otros (especifíquese): _____
- o No sé

G13. ¿Cuándo planea reiniciar la profilaxis preexposición (PrEP)? Está bien si no sabe la fecha exacta. Por favor, proporcione su mejor intento.

- ☐ [Mes]
- ☐ [Año]
- ☐ No sé

G14. ¿Por qué está considerando reiniciar la profilaxis preexposición (PrEP)? (Elija todas las que correspondan)

- ☐ Estoy teniendo relaciones sexuales o pensando en tener relaciones sexuales con alguien que vive con el VIH
- ☐ Estoy teniendo relaciones sexuales o pensando en tener relaciones sexuales con alguien cuyo estado de VIH no conozco
- ☐ Quiero tener el control de mi salud sexual
- ☐ Quiero reducir mi ansiedad en torno al sexo
- ☐ Quiero aumentar mi satisfacción sexual e intimidad
- ☐ Quiero estar seguro y saludable
- ☐ Quiero tener un futuro mejor
- ☐ Estoy teniendo relaciones sexuales con múltiples parejas
- ☐ No siempre uso condones/preservativos (o no me gustan)
- ☐ Mi pareja no usa condones/preservativos
- ☐ Tuve un susto previo de VIH
- ☐ Mi proveedor de atención médica me lo recomendó
- ☐ Recientemente me diagnosticaron una infección de transmisión sexual (ITS)
- ☐ Muchas personas en mi comunidad toman profilaxis preexposición (PrEP)
- ☐ Otros, especifique

[Seleccionadas múltiples opciones = G 15, de lo contrario G16]

G15. Por favor, clasifique las razones por las que está considerando reiniciar la profilaxis preexposición (PrEP) en orden de importancia, siendo 1 la razón más importante, 2 la siguiente razón más importante, hasta la razón menos importante.

- ☐ [Respuestas de G14] Lista de orden de clasificación

G16. ¿Quién sabe que está considerando reiniciar la profilaxis preexposición (PrEP)? (Marque todo lo que corresponda)

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

G17. ¿Por qué no está seguro de si quiere reiniciar la profilaxis preexposición (PrEP)?

Seleccione todas las opciones que correspondan.

- ☐ Me preocupan los posibles efectos secundarios
- ☐ No sé si quiero usar este tipo de PrEP [tubería en tipo de I12]
- ☐ No estoy en riesgo de contraer el VIH
- ☐ Es posible que mi seguro no lo cubra o que haya perdido mi seguro
- ☐ No quiero que mi(s) padre(s) o tutor(es) descubran(n) que estoy tomando profilaxis preexposición (PrEP)
- ☐ Será difícil llegar a las citas de seguimiento
- ☐ Las personas pueden reaccionar negativamente si descubren que estoy tomando profilaxis preexposición (PrEP)
- ☐ Estoy usando condones/preservativos todo el tiempo
- ☐ Otros, especifíquese: _____
- ☐ No sé

G18. Por favor, clasifique las razones por las que no está seguro de volver a comenzar profilaxis preexposición (PrEP) en orden de importancia, siendo 1 la razón más importante, 2 la siguiente razón más importante, hasta la razón menos importante.

- ☐ [Respuestas de G17] Lista de orden de clasificación

[Sólo si D3=No; de lo contrario, saltar a G21]

G19. ¿Cuáles son las razones por las que no planea reiniciar la profilaxis preexposición (PrEP) en este momento? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- ☐ No puedo pagarlo en este momento
- ☐ No estoy en riesgo de contraer el VIH
- ☐ Mi seguro no lo cubrirá, o no tengo seguro
- ☐ No quiero tomar una pastilla todos los días
- ☐ Mis padres o tutores se enterarán
- ☐ Me olvidaré de tomar mi píldora
- ☐ Tendré problemas para llegar a las citas de seguimiento
- ☐ Tendré problemas para obtener PrEP o con la farmacia
- ☐ Me preocupan los efectos secundarios
- ☐ Las personas reaccionarán negativamente si descubren que estoy tomando profilaxis preexposición (PrEP)
- ☐ Me preocupan los efectos a largo plazo de la profilaxis preexposición (PrEP) en mi salud
- ☐ Tengo un problema médico que hace que no sea seguro tomar profilaxis preexposición (PrEP)
- ☐ Uso condones/preservativos todo el tiempo
- ☐ Otros, especifíquese: ____
- ☐ No sé

G20. Por favor, clasifique las razones por las que no planea reiniciar la profilaxis preexposición (PrEP) en orden de importancia, siendo 1 la razón más importante, 2 la siguiente razón más importante, hasta la razón menos importante.

- o [Respuestas de G19] Lista de orden de clasificación

G21. ¿Qué le motivaría a reiniciar la PrEP? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- o Tener relaciones sexuales con alguien que vive con el VIH
- o Tener relaciones sexuales con alguien cuyo estado de VIH es desconocido
- o Tener relaciones sexuales con múltiples parejas
- o No usar condones/preservativos regularmente o pareja(s) no quiere usar condones/preservativos
- o Recibiendo más información sobre la seguridad de [tubería en modalidad PrEP de I12]
- o Recibir más información sobre la efectividad de [tubería en modalidad PrEP de I12]
- o Más personas en su comunidad comienzan a usar profilaxis preexposición (PrEP)
- o Fue más fácil asistir a las visitas de seguimiento
- o Se necesitan menos citas de seguimiento/laboratorios
- o Tener un mejor seguro de salud
- o Apoyo de familiares y/o amigos
- o Apoyo de proveedores médicos
- o Apoyo de mi(s) socio(s)
- o Otro, especifique: _____
- o No sé

G 2 2. Por favor, clasifique las razones que lo motivarían a reiniciar la profilaxis preexposición (PrEP) en orden de importancia, siendo 1 la razón más importante, 2 la siguiente razón más importante, hasta la razón menos importante.

- o [Respuestas del G21] Lista de orden de clasificación

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

G23. Seleccione cuánto está de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

	Totalmente de Acuerdo	De Acuerdo	Ni de Acuerdo, ni en Descuerdo	En Descuerdo	Totalmente en Descuerdo
He sido rechazado románticamente por tomar profilaxis preexposición (PrEP)					
He sido juzgado por un proveedor de atención médica por tomar profilaxis preexposición (PrEP)					
La gente de mi comunidad me ha culpado por propagar el VIH a través					

del uso de profilaxis preexposición (PrEP)					
Me han avergonzado por tomar profilaxis preexposición (PrEP) (o me han dicho que soy una "puta / puta de Truvada o Descovy")					
He sido discriminado injustamente por tomar profilaxis preexposición (PrEP)					
Me han gritado o regañado por tomar profilaxis preexposición (PrEP)					
He experimentado violencia física por tomar profilaxis preexposición (PrEP)					

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

G24. 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 preexposición (PrEP)					
Me preocupa que la gente asuma que soy VIH + si saben que tomo profilaxis preexposición (PrEP)					
Me preocupa que la gente piense que mi(s) pareja(s) son VIH+ si saben que tomo profilaxis preexposición (PrEP)					
Me preocupa incluir la profilaxis preexposición (PrEP) como uno de mis medicamentos actuales durante las citas con el médico					
Me da vergüenza decirles a otras personas que estoy tomando profilaxis preexposición (PrEP)					
Me preocupa que la gente piense que soy una mala persona si saben que tomo profilaxis preexposición (PrEP)					
Me preocupa que la gente piense que soy gay si saben que tomo profilaxis preexposición (PrEP)					
Me preocupa que mis amigos					

descubran que tomo profilaxis preexposición (PrEP)					
Me preocupa que mi familia descubra que tomo profilaxis preexposición (PrEP)					
Me preocupa que mis parejas sexuales descubran que tomo profilaxis preexposición (PrEP)					
Creo que la gente me hará pasar un mal rato si les digo que tomo profilaxis preexposición (PrEP)					
Creo que la gente me juzgará si saben que estoy tomando profilaxis preexposición (PrEP)					

G25. ¿Qué piensa sobre la eficacia de la profilaxis preexposición (PrEP) para evitar que alguien contraiga el VIH, cuando se toma de la manera en que se prescribe?

- ☐ Muy/completamente efectivo
- ☐ Algo efectivo
- ☐ Mínimamente eficaz
- ☐ Nada eficaz
- ☐ No sé

G26. ¿Qué piensa sobre si la profilaxis preexposición (PrEP) ayuda a prevenir otros tipos de infecciones de transmisión sexual (ITS), como el herpes?

- ☐ La PrEP del VIH no tiene efecto sobre otras ITS
- ☐ La PrEP del VIH ayuda a prevenir otras ITS
- ☐ No sé

G27. ¿Hasta qué punto cree que reiniciar la profilaxis preexposición (PrEP) afectaría su probabilidad de usar condones/preservativos?

- ☐ Significativamente menos probable
- ☐ Algo menos probable
- ☐ No cambiará
- ☐ Algo más probable
- ☐ Significativamente más probable
- ☐ No sé

H. OPCIONES DE PROFILAXIS PREXPOSICIÓN (PrEP)

[Si E4, F12 = PrEP oral diaria entonces H 1-H 2]

[Si E4, F12 = PrEP oral intermitente entonces H 3-H 4]

[Si E4, F12 = PrEP inyectable entonces H 5-H 6]

[Si E4, F12 = Otro o No sé entonces H13]

[Si G12 = PrEP oral diaria entonces H 7-H 8]

[Si G12 = PrEP oral intermitente entonces H 9-H 10]

[Si G 12 = PrEP inyectable entonces H 11-H 12]

[Si G12 = Otro o No sé entonces H13]

H1. ¿Por qué ha elegido usar profilaxis preexposición (PrEP) oral diaria, en lugar de un tipo diferente de profilaxis preexposición (PrEP)? (Elija todas las que correspondan)

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

[Seleccionadas múltiples opciones = H 2, de lo contrario H13]

H2. Por favor, clasifique las razones por las que ha elegido la profilaxis preexposición (PrEP) oral diaria, siendo 1 la razón más importante, 2 la siguiente razón más importante, hasta la razón menos importante.

- ☐ [Respuestas de H1] Lista de orden de clasificación

H3. ¿Por qué ha elegido usar profilaxis preexposición (PrEP) oral intermitente, en lugar de un tipo diferente de profilaxis preexposición (PrEP)? (Elija todas las que correspondan)

- ☐ Mi médico/proveedor de atención médica me recomendó este tipo
- ☐ Conozco personas que usan este tipo de profilaxis preexposición (PrEP)
- ☐ Creo que este tipo de profilaxis preexposición (PrEP) es más efectivo que otros tipos
- ☐ Creo que este tipo de profilaxis preexposición (PrEP) es más seguro que otros tipos
- ☐ No quiero tener que recibir inyecciones
- ☐ No quiero tener que asistir a una cita cada dos meses para una inyección
- ☐ Con una inyección me preocuparían los efectos secundarios de acción prolongada (es decir, los efectos secundarios que no desaparecen durante mucho tiempo porque recibí una inyección)
- ☐ No quiero tener que tomar una pastilla todos los días

- o Creo que es más fácil tomar profilaxis preexposición (PrEP) solo cuando lo necesito
- o La PrEP intermitente es menos costosa
- o Otros, por favor especifique

[Seleccionadas múltiples opciones = H 4, de lo contrario Sección H13]

H4. Por favor, clasifique las razones por las que ha elegido la profilaxis preexposición (PrEP) oral intermitente, siendo 1 la razón más importante, 2 la siguiente razón más importante, hasta la razón menos importante.

- o [Respuestas de H3] Lista de orden de clasificación

H5. ¿Por qué ha elegido usar profilaxis preexposición (PrEP) inyectable, en lugar de un tipo diferente de profilaxis preexposición (PrEP)? (Elija todas las que correspondan)

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

[Seleccionadas múltiples opciones = H 6, de lo contrario Sección H14]

H6. Por favor, clasifique las razones por las que tiene profilaxis preexposición (PrEP) inyectable, siendo 1 la razón más importante, 2 la siguiente razón más importante, hasta la razón menos importante.

- o [Respuestas de H5] Lista de orden de clasificación

H7. ¿Por qué está considerando la profilaxis preexposición (PrEP) oral diaria, en lugar de un tipo diferente de profilaxis preexposición (PrEP)? (Elija todas las que correspondan)

- o Mi médico/proveedor de atención médica me recomendó este tipo
- o Conozco personas que usan este tipo de profilaxis preexposición (PrEP)
- o Creo que este tipo de profilaxis preexposición (PrEP) es más efectivo que otros tipos
- o Creo que este tipo de profilaxis preexposición (PrEP) es más seguro que otros tipos
- o No quiero tener que recibir inyecciones
- o No quiero tener que asistir a una cita cada dos meses para una inyección

- o Con una inyección me preocuparían los efectos secundarios de acción prolongada (es decir, los efectos secundarios que no desaparecen durante mucho tiempo porque recibí una inyección)
- o No creo que recuerde tomar profilaxis preexposición (PrEP) intermitente según lo prescrito
- o No creo que la profilaxis preexposición (PrEP) intermitente funcione para mí porque es difícil predecir cuándo voy a tener relaciones sexuales.
- o Prefiero tener una rutina regular de tomar profilaxis preexposición (PrEP)
- o Otros, por favor especifique

[Seleccionadas múltiples opciones = H 8, de lo contrario H13]

H8. Por favor, clasifique las razones por las que está considerando la profilaxis preexposición (PrEP) oral diaria, siendo 1 la razón más importante, 2 la siguiente razón más importante, hasta la razón menos importante.

- o [Respuestas de H7] Lista de orden de clasificación

H9. ¿Por qué está considerando la profilaxis preexposición (PrEP) oral intermitente, en lugar de un tipo diferente de profilaxis preexposición (PrEP)? (Elija todas las que correspondan)

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

[Seleccionadas múltiples opciones = H 10, de lo contrario Sección H13]

H10. Por favor, clasifique las razones por las que está considerando la profilaxis preexposición (PrEP) oral intermitente, siendo 1 la razón más importante, 2 la siguiente razón más importante, hasta la razón menos importante.

- o [Respuestas de H9] Lista de orden de clasificación

H11. ¿Por qué está considerando la profilaxis preexposición (PrEP) inyectable, en lugar de un tipo diferente de profilaxis preexposición (PrEP)? (Elija todas las que correspondan)

- o Mi médico/proveedor de atención médica me recomendó este tipo
- o Conozco personas que usan este tipo de profilaxis preexposición (PrEP)

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

[Seleccionadas múltiples opciones = H 12, de lo contrario Sección H14]

H12. Por favor, clasifique las razones por las que está considerando la profilaxis preexposición (PrEP) inyectable, siendo 1 la razón más importante, 2 la siguiente razón más importante, hasta la razón menos importante.

- o [Respuestas de H11] Lista de orden de clasificación

[Si E4, F12 = PrEP inyectable, entonces saltar a H14]

H13. En comparación con tomar píldoras orales de profilaxis preexposición (PrEP), ¿qué tan difícil cree que sería usar profilaxis preexposición (PrEP) inyectable según lo prescrito (recibir su inyección de profilaxis preexposición (PrEP) cada dos meses a tiempo)?

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

[Si E4, F12 = PrEP intermitente, entonces Saltar a la Sección I]

H14. En comparación con [tubería en la modalidad actual de PrEP], ¿Qué tan difícil cree que sería usar profilaxis preexposición (PrEP) a pedido (tomar dos píldoras 2-24 horas antes del sexo, una píldora 24 horas después de la primera dosis y una píldora 24 horas después de la segunda dosis)?

- o La profilaxis preexposición (PrEP) a pedido sería MENOS difícil de tomar, en comparación con [tubería en la modalidad actual de PrEP]
- o IGUAL, la profilaxis preexposición (PrEP) a pedido no cambiaría mi capacidad para tomar profilaxis preexposición (PrEP)
- o La profilaxis preexposición (PrEP) bajo demanda sería MÁS difícil de [canalizar en la modalidad actual de PrEP]
- o No lo sé/Prefiero no responder

I. ADHERENCIA Y OBSTÁCULOS DE PROFILAXIS PREXPOSICIÓN (PrEP)

[Si E4,, F12 = PrEP oral diaria entonces I 1-I 5]

[Si E4,, F12 = PrEP oral intermitente entonces I 6-I 10]

[Si E4,, F12 = PrEP inyectable entonces I 11-I 17]

[Si G12, = PrEP oral diaria entonces I5]

[Si G12, = PrEP oral intermitente entonces I10]

[Si G12, = PrEP inyectable entonces I17]

[TODOS LOS PARTICIPANTES DEBEN RESPONDER I18 INDEPENDIENTEMENTE DEL USO DE LA PREPARACIÓN]

I1. En los últimos 7 días, ¿Cuántos días tomó PrEP?

Cuadro de texto: 1-7

I2. En los últimos 3 meses, ¿Qué porcentaje del tiempo tomó su 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, haga una suposición.% medicamento tomado:

0 _____ [] _____ 100

I3. ¿Qué se ha interpuesto en el camino de tomar su PrEP a diario? (Elija todas las que correspondan)

- ☐ No he tenido ningún problema para tomar mis dosis regulares de PrEP
- ☐ No pude conseguir mis pastillas en la farmacia o farmacia
- ☐ Se me acabó la receta y nunca volví a empezar
- ☐ No tenía seguro médico para pagar las recetas
- ☐ Me enfermó el estómago o sabía mal
- ☐ Olvidé tomar mi píldora
- ☐ Tengo dolor de cabeza, sarpullido u otro síntoma físico
- ☐ Se interpuso en el camino de mi horario diario
- ☐ No tenía ganas de tomarlo, necesitaba un descanso
- ☐ Cambio en la situación de vida/me trasladé
- ☐ Preocupado de que alguien piense que tengo VIH
- ☐ Se enfermó con otra enfermedad, no se sentía bien (por ejemplo, resfriado, gripe, etc.)
- ☐ No creo que ya necesito las pastillas, puedo mantenerme saludable sin ellas
- ☐ La familia y / o amigos no me ayudaron a recordar
- ☐ Familiares y/o amigos me dijeron que no debía tomarlos
- ☐ No hay ningún lugar para guardar las píldoras en la escuela o el trabajo
- ☐ No entendía por qué tenía que tomar las pastillas
- ☐ Seguí enfermándome incluso cuando tomé las píldoras

- ☐ Tomarlo me recordó al VIH
- ☐ Otros, por favor
- ☐ No sé

Sexo

especifique

[Seleccionado múltiples

opciones = I 4, de lo contrario I5]

I4. Por favor, clasifique las cosas que se han interpuesto en el camino de tomar PrEP, siendo 1 la razón más importante, 2 la siguiente razón más importante, hasta la razón menos importante.

- ☐ [Respuestas de I3] Lista de orden de clasificación

I5. Estamos interesados en cómo se siente acerca de las siguientes declaraciones. Por favor, responda indicando su confianza sobre cada afirmación en una escala de 1 (no seguro) a 10 (totalmente seguro).

¿Qué tan seguro estás de que puedes...

Toma PrEP en un fin de semana:

Tomar PrEP en un día laborable

Tome PrEP cuando se trate de cambios de horario:

Toma PrEP mientras viajas:

Tome PrEP cuando salga con amigos:

Tome PrEP en el trabajo / escuela:

Tome PrEP cuando tenga efectos secundarios de medicamentos:

Tome PrEP cuando tenga una crisis:

Tome PrEP cuando beba o use drogas:

Asista a sus citas médicas de PrEP:

Siga un plan para tomar PrEP:

[Saltar a I18]

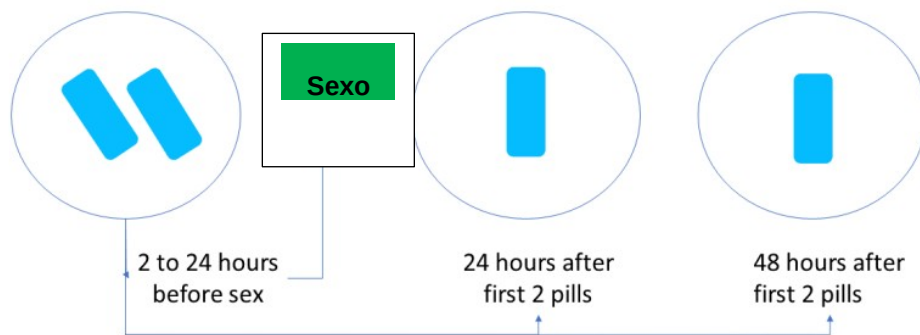
I6. En los últimos 3 meses, ¿Qué porcentaje de veces tomó su dosis completa de PrEP intermitente según lo prescrito (es decir, antes y después de cualquier sexo anal sin condón/preservativo)? Una dosis completa incluye las píldoras tomadas antes del sexo y después del sexo como en la figura. Utilice la siguiente escala. 0% significaría 'NINGUNO' del tiempo y 100% significaría 'TODO' del tiempo. Si no está seguro, haga una suposición.

% de medicación tomada:

0 _____ [] _____ 100

- ☐ No tuve ningún sexo anal sin condón/preservativo.
- ☐ No sé

Figura.



- If sex occurs on the consecutive day after completing the 2-1-1 doses, take 1 pill per day until 48 hours after the last sexual event.
- If a gap of <7 days occurs between the last pill and the next sexual event, resume 1 pill daily.
- If a gap of ≥ 7 days occurs between the last pill and next sexual event, start again with 2 pills.

[SI I 6 = 100%, saltar a I10]

17. En los últimos 3 meses, ¿Qué porcentaje de las veces hizo lo siguiente antes de tener sexo anal sin condón/preservativo? Nota: Sus respuestas deben sumar el 100%. Si alguna de las categorías no se aplica a usted, ingrese "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: ____ %

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.

18. ¿Qué se ha interpuesto en el camino de tomar su PrEP intermitente según lo prescrito (es decir, antes y después de tener sexo anal sin condón/preservativo)? (Elija todas las que correspondan)

- o No he tenido ningún problema para tomar mis dosis de 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 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/ me trasladé
- o Preocupado 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 La familia y / o amigos no me ayudaron a recordar
- o Familiares y/o amigos me dijeron que no debía tomarlos
- o No hay ningún lugar para guardar las píldoras en la escuela o el trabajo
- o No entendía por qué tenía que tomar las pastillas
- o Seguí enfermándome incluso cuando tomé las píldoras
- o Tomarlo me recordó al VIH
- o Otros, por favor especifique
- o No sé

[Seleccionado múltiples opciones = I 9, de lo contrario I10]

I9. Por favor, clasifique las cosas que se han interpuesto en el camino de tomar PrEP, siendo 1 la razón más importante, 2 la siguiente razón más importante, hasta la razón menos importante.

- o [Respuestas de I8] Lista de orden de clasificación

I10. Estamos interesados en cómo se siente acerca de las siguientes declaraciones. Por favor, responda indicando su confianza sobre cada afirmación en una escala de 1 (no seguro) a 10 (totalmente seguro).

¿Qué tan seguro está de que puede...

Tome PrEP en un fin de semana si es necesario:

Tome PrEP en un día laborable si es necesario:

Tome PrEP cuando se trate de cambios de horario:

Tome PrEP mientras viaja si es necesario:

Tome PrEP cuando salga con amigos si es necesario:

Tome PrEP en el trabajo / escuela si es necesario:

Tome PrEP cuando tenga efectos secundarios de medicamentos:

Tome PrEP cuando tenga una crisis:

Tome PrEP cuando beba o use drogas si es necesario:

Asista a sus citas médicas de PrEP:

Siga un plan para tomar PrEP:

[Saltar a I18]

I11. ¿Cuándo fue la fecha de su última inyección de PrEP? (Si se desconoce la fecha exacta, use el botón 1st del mes de inyección).

___dd/mm/yyyy___

I12. ¿Cuándo es la fecha de su próxima inyección de PrEP? (Si se desconoce la fecha exacta, use el botón 1st del mes de inyección).

____dd/mm/yyyy____

I13. ¿Alguna vez ha pasado más de 2 meses entre inyecciones de PrEP?

[Sí = I 14, de lo contrario I15]

- ☐ No
- ☐ Sí
- ☐ No sé

I14. ¿Cuántas veces ha pasado más de 2 meses entre inyecciones de PrEP? Está bien si no sabe la respuesta exacta; Proporcione su mejor intento.

[Texto libre]

I15. ¿Qué se ha interpuesto en el camino de recibir sus inyecciones de PrEP? (Elija todas las que correspondan)

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

[Seleccionado múltiples opciones = I 16, de lo contrario I17]

I16. Por favor, clasifique las cosas que se han interpuesto en el camino de tomar PrEP, siendo 1 la razón más importante, 2 la siguiente razón más importante, hasta la razón menos importante.

- o **[Respuestas de I15]** Lista de orden de clasificación

I17. Estamos interesados en cómo se siente acerca de las siguientes declaraciones. Por favor, responda indicando su confianza sobre cada afirmación en una escala de 1 (no seguro) a 10 (totalmente seguro).

¿Qué tan seguro estás de que puedes...

Asista a sus citas inyectables de PrEP:

Sigue un plan para obtener su PrEP:

[TODOS LOS PARTICIPANTES]

I18. Califique cuánto influye cada uno de los siguientes elementos en su decisión de tomar PrEP.

	Para nada	Un poco	Una cantidad moderada	Mucho
Tener que hablar con un proveedor de atención médica sobre mi vida sexual				
Tener que hablar con un proveedor de atención médica sobre la PrEP				
Amigos que descubran que estoy tomando PrEP				
Pareja(s) sexual(es) enterándose de que estoy tomando PrEP				
Miembros de la familia que descubran que estoy tomando PrEP				
Los efectos a largo plazo de la PrEP en mi salud				
La posibilidad de que la PrEP no proporcione una protección completa contra el VIH				
La posibilidad de que si me vuelvo VIH positivo, ciertos medicamentos no funcionen				
Los posibles efectos secundarios de la PrEP				
Tener que acordarse de tomar una pastilla o recibir una inyección				
Obtener transporte a las citas/laboratorios de PrEP				
Regresar para citas de seguimiento y laboratorios de PrEP				
Volver a surtir una receta de PrEP				
Usar el seguro para obtener cobertura para los costos de PrEP				

Cubrir los costos de la PrEP (incluidas las visitas al consultorio o los copagos de visitas al consultorio, los costos de laboratorio, los costos de transporte)				
--	--	--	--	--

J. 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.

J1. En promedio, ¿Cuántas horas al día pasa en internet, aparte del trabajo o la escuela?
(Redondear a la hora más cercana) _____ [entero 0-24]

J2. ¿Cuál de los siguientes dispositivos tiene? (Marque todo lo que corresponda)

[Si el teléfono celular entonces J 4, si el teléfono inteligente entonces J 3, de lo contrario J4]

- ☐ Teléfono celular (teléfono móvil básico para llamar o enviar mensajes de texto; no tiene acceso a Internet, aplicaciones o una pantalla táctil)
- ☐ Teléfono inteligente (teléfono móvil avanzado con acceso a Internet, aplicaciones y pantalla táctil)
- ☐ Computadora de escritorio
- ☐ Ordenador portátil
- ☐ Tableta
- ☐ Lector de libros electrónicos
- ☐ Rastreador de ejercicios o reloj inteligente
- ☐ Otros, por favor especifique

J3. ¿Con qué frecuencia usa aplicaciones en su teléfono inteligente (por ejemplo: TikTok, Instagram, aplicaciones de citas, aplicaciones bancarias, Snapchat)?

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

J4. ¿Comparte regularmente su teléfono con una o más personas (como una pareja, familiar o amigos)?

- ☐ Sí
- ☐ No

J5. ¿Qué tipo de servicio telefónico tiene?

- ☐ Tengo una cuenta de prepago
- ☐ Tengo un contrato mensual
- ☐ Estoy en un plan compartido
- ☐ Otros, por favor especifique

- ☐ No lo sé

J6. ¿Cuántas veces en los últimos 3 meses se ha desconectado su teléfono, porque la factura no se pagó o porque su teléfono se perdió o fue robado?

[Nunca=J8, de lo contrario J7]

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

J7. La última vez que se desconectó el teléfono, ¿Durante cuánto tiempo estuvo desconectado?

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

J8. ¿Con qué frecuencia utiliza sitios web o aplicaciones por los siguientes motivos:

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

J9. ¿Cuáles son las 3 plataformas de redes sociales que usa con más frecuencia?

- ☐ YouTube (en inglés)
- ☐ LinkedIn (en inglés)
- ☐ Reddit
- ☐ WhatsApp (en inglés)
- ☐ Snapchat
- ☐ Twitter
- ☐ Facebook (en inglés)

- ☐ Instagram (en inglés)
- ☐ TikTok
- ☐ Otros, por favor especifique
- ☐ No sé

J10. [Escala de Ybarra] En los últimos 12 meses, ¿Ha buscado en línea alguno de los siguientes temas por sí mismo? (Marque todo lo que corresponda)

- ☐ Sexualidad o atracción sexual
- ☐ Cómo tener relaciones sexuales o posiciones sexuales
- ☐ VIH/SIDA u otras enfermedades de transmisión sexual
- ☐ Condones/Preservativos u otros tipos de anticonceptivos
- ☐ PrEP (profilaxis preexposición)
- ☐ PEP (profilaxis preexposición)
- ☐ Problemas de estado físico o peso
- ☐ Drogas o alcohol
- ☐ Violencia o abuso
- ☐ Medicamentos o efectos secundarios de medicamentos
- ☐ Depresión, ansiedad o suicidio
- ☐ Ninguno

J11. Por favor indique que tan de acuerdo está con las siguientes declaraciones

	Totalmente de Acuerdo	De Acuerdo	Ni de Acuerdo, ni en Descuerdo	En Descuerdo	Totalmente en Descuerdo
Sé qué recursos de salud están disponibles en Internet.	()	()	()	()	()
Sé cómo encontrar recursos de salud útiles en Internet.	()	()	()	()	()
Sé cómo usar Internet para responder a mis preguntas	()	()	()	()	()

sobre la salud.					
Sé cómo usar la información de salud que encuentro en Internet para ayudarme.	()	()	()	()	()
Tengo las habilidades que necesito para evaluar los recursos de salud que encuentro en Internet.	()	()	()	()	()
Puedo distinguir los recursos de salud de alta calidad de los recursos de salud de baja calidad en Internet.	()	()	()	()	()
Me siento seguro en el uso de la información de Internet para tomar decisiones de salud.	()	()	()	()	()
Sé dónde encontrar recursos de salud útiles en Internet.	()	()	()	()	()

K. COMPORTAMIENTOS SEXUALES

K1. ¿Cómo define su estado de relación principal? [Pregunta de enrutamiento, no puede omitir]

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

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

K2. 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 Descuerdo
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 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.	()	()	()	()	()

L. 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 PrEP y la prevención del VIH. Por favor, sea lo más honesto posible.

L1. En los últimos 3 meses, ¿Con cuántas parejas sexuales ha tenido relaciones sexuales?
 [NúmeroParejaSexual] _____ (rango 0-99) (campo de texto)

[Si NúmeroParejaSexual=0 entonces salta a la Sección N]

[Si NúmeroParejaSexual= 1 entonces M 2-M 5]

[Si NúmeroParejaSexual > 1 entonces M 6-M 9]

[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**.

L2. En los últimos 3 meses, ¿Tuvo **sexo anal receptivo** con esta persona (eras el pasivo)?

[IA receptiva]

[Sí = L 3, de lo contrario L10]

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sé

L3. Acerca de esta persona, ¿Le pusieron el pene en su recto **sin condón/preservativo**?

[ReceptiveAINoCondom]

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sé

L4. Con respecto a esta persona ... [OneRecAIHIVStatus]

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

L5. ¿Esta persona estaba usando PrEP? [OneRecAIPrep]

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sé

[Saltar a L10]

L6. En los últimos 3 meses, ¿Con cuántas de estas personas [NúmeroParejaSexual] tuvo **sexo anal receptivo** (era el pasivo? [IA receptiva]

_____ (rango 0-[NúmeroParejaSexual]) (relleno) [Si >0 entonces L 7, de lo contrario L14]

L7. De estas personas [ReceptiveAI], ¿Cuántas pusieron el penes en su recto **sin condón/preservativo**? ____ [ReceptiveAINoCondom] (Rango 0-[ReceptiveAI]) (relleno)

L8. De las personas [ReceptiveAI] con las que tuvo **sexo anal receptivo**, cuántas ...
(Introduzca un número en cada casilla. Introduzca 0 (cero) si no hay ninguno. Sus respuestas deben sumar a [ReceptiveAI]).

- ☐ ¿Le dijeron que eran VIH negativos y no tenían 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) [MultRecAIHIVTotal] Este número debe ser la suma de las 3 respuestas anteriores, y debe contar a medida que se rellenan las respuestas. Validar que [MultRecUAIHIVTotal] = [ReceptiveAI]

L9. Que usted sepa, ¿Cuántas de estas personas estaban tomando PrEP? [MultRecAIPrep] _____ (rango 0-[ReceptiveAI]) (relleno)

[Saltar a L14]

[ANAL INSERTIVO]

[Si NúmeroParejaSexual = 1 entonces L 10-L 13]

[Si NúmeroParejaSexual > 1 entonces L 14-L 17]

L10. 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 activo)? [IA insertiva]

[Sí = L 11, de lo contrario L22]

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sé

L11. Acerca de esta persona, ¿Puso su pene en el recto **sin condón/preservativo**?

[InsertiveAICondom]

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sé

[Si responde L 4, saltar a L13]

L12. Con respecto a esta persona ... [OneRecAIHIVStatus]

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

☐ No sé

[Si responde L5, saltar a L18]

L13. ¿Esta persona estaba usando PrEP? [OneRecAIPrep]

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sé

[Saltar a L18]

L14. 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 [NúmeroParejaSexual] tuvo **sexo anal insertivo** (era el activo? [InsertiveAI] ____ (rango 0-[NúmeroParejaSexual]) *(relleno)* [Si >0 entonces L 15, de lo contrario L22]

L15. De estas personas [InsertiveAI], ¿En cuántos de sus rectos puso su pene **sin condón/preservativo?** ____ [InsertiveAINoCondom] (rango 0-[InsertiveAI]) *(relleno)*

L16. 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 seguros 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]

L17. Que usted sepa, ¿Cuántas de estas personas estaban tomando PrEP?

[MultRecAIPrep] ____ (rango 0-[InsertiveAI]) *(relleno)*

[Saltar a L22]

[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 NúmeroParejaSexual = 1 entonces L 18-L 21]

[Si NúmeroParejaSexual > 1 entonces L 22-L 25]

L18. En los últimos 3 meses, ¿Tuvo **sexo vaginal** con esta persona (puso su pene en la vagina)? [VI]

[Sí = L19, de lo contrario]

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sé

L19. Acerca de esta persona, ¿Puso su pene en la vagina **sin condón/preservativo**?

[InsertiveVINoCondom]

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sé

L20. Con respecto a esta persona ... [OneRecAIHIVStatus]

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

L21. ¿Esta persona estaba usando PrEP? [OneRecAIPrep]

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sé

[Saltar al enrutamiento antes de L26]

L22. En los últimos 3 meses, ¿Con cuántas parejas sexuales tuvo **sexo vaginal** (puso su pene en la vagina de alguien)? [VI] ____ (rango 0-[NumVagSexPartner]) (relleno) [Si >0 entonces L 23, de lo contrario enrutamiento antes de L26]

L23. De estas personas [InsertiveVI], ¿En cuántas de las vaginas puso su pene **sin condón/preservativo**? ____ [InsertiveVINoCondom] (rango 0-[InsertiveAI]) (relleno)

L24. De las personas [InsertiveVI] con las que tuvo **sexo vaginal**, cuántas... (Introduzca un número en cada casilla. Introduzca 0 (cero) si no hay ninguno. Sus respuestas deben sumar [InsertiveVI]).

- ☐ ¿Le dijeron que eran VIH negativos y no tenían ninguna razón para dudarlo? ____
- ☐ ¿Le dijeron que eran VIH positivos y que eran indetectables? ____
- ☐ ¿Le dijeron que eran VIH positivos, pero NO dijeron que eran indetectables? ____
- ☐ ¿No estaban completamente seguros 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]

L25. Que usted sepa, ¿Cuántas de estas personas estaban tomando PrEP?
[MultRecVIPrep] ____ (rango 0-[InsertiveVI]) (relleno)

[Si L 2 = NO, L 6 = 0, L 10 = L O, L 14 = 0 entonces no se informó sexo anal, saltar a L27]

L26. Ahora vamos a pedirle que recuerde cualquier sexo anal que haya tenido en los últimos 2 meses (8 semanas). Si no está seguro de alguna respuesta a continuación, haga su mejor intento.

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

¿Cuántas veces tuvo sexo anal?

¿Cuántas veces tuvo sexo anal sin condón/preservativo?

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

¿Cuántas veces tuvo sexo anal?

¿Cuántas veces tuvo sexo anal sin condón/preservativo?

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

¿Cuántas veces tuvo sexo anal?

¿Cuántas veces tuvo sexo anal sin condón/preservativo?

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

¿Cuántas veces tuvo sexo anal?

¿Cuántas veces tuvo sexo anal sin condón/preservativo?

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

¿Cuántas veces tuvo sexo anal?

¿Cuántas veces tuvo sexo anal sin condón/preservativo?

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

¿Cuántas veces tuvo sexo anal?

¿Cuántas veces tuvo sexo anal sin condón/preservativo?

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

¿Cuántas veces tuvo sexo anal?

¿Cuántas veces tuvo sexo anal sin condón/preservativo?

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

¿Cuántas veces tuvo sexo anal?

¿Cuántas veces tuvo sexo anal sin condón/preservativo?

L27. En los últimos 12 meses, ¿Ha tenido algún tipo de sexo con alguien a cambio de cosas

que necesitaba (como dinero, drogas, comida, refugio, etc.)?

- ☐ No
- ☐ Sí
- ☐ No sé

L28. 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 con usted?

- ☐ No
- ☐ Sí
- ☐ No sé

M. USO 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 recopila solo con fines de investigación.

M1. ¿Cuál de las siguientes drogas ha usado en los últimos 3 meses (solo para uso no médico)? (Elija todas las que correspondan)

[Si no hay ninguno, vaya a la Sección P]

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

M2. En los últimos tres meses, ¿Con qué frecuencia ha usado ... [solo tubería en sustancias de arriba]

[Si todo Nunca, entonces saltar a N]

	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					

M3. 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					

M4. Durante los últimos tres meses, ¿Con qué frecuencia su uso de [tubería en sustancias 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					

M5. Durante los últimos tres meses, ¿Con qué frecuencia no ha hecho lo que normalmente se esperaba de usted debido a su uso de [tubería en 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					

M6. ¿Alguna vez un amigo o pariente o alguien más ha expresado preocupación por su uso de [pipa en sustancias ALGUNA vez usadas]?

	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			

M7. ¿Alguna vez ha intentado reducir el uso de [tubería en 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			

M8. ¿Alguna vez ha usado algún medicamento por inyección (solo para uso no médico)?

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

[Si M2 = Nunca entonces saltar a la Sección N]

M9. **Durante los últimos 30 días**, ¿Usó [pipa 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		

N. SALUD MENTAL

Depresión

Examinador PHQ-2/GAD-2

N1. 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 ítems 1 y 2 (PHQ-2) completan los 6 ítems restantes del PHQ-8.

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

PHQ-8

N2. 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)
Tener problemas para conciliar el sueño o permanecer dormido, o dormir demasiado				
Sentirse cansado o tiene poca energía				
Falta de apetito o comer en exceso				
Sentirse mal consigo mismo, o que es un fracaso o ha decepcionado a usted mismo o a su familia				
Tener 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

N3. 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?				
¿Estar tan inquieto que es difícil quedarse quieto?				
¿Se molesta o irrita fácilmente?				
¿Sentir miedo como si algo horrible pudiera suceder?				

O. DISCRIMINACIÓN COTIDIANA

O1. 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 saltar a la Sección P]

	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 tratan con menos cortesía que a otras personas.						
Lo tratan con menos respeto que a otras personas.						
Usted recibe un servicio más pobre que otras personas en restaurantes o tiendas.						
La gente actúa como si pensarán que no es inteligente.						
La gente actúa como si le tuviera miedo.						
La gente actúa como si pensarán que es deshonesto.						
Las personas actúan como si fuera mejores que usted.						
Lo llaman por apodos o lo insultan.						
Usted es amenazado o acosado.						

O2. ¿Cuáles cree que son las principales razones por las que experimentó esta discriminación? (Elija todas las que correspondan)

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

O3. ¿Qué tan difícil fue recuperarse cuando experimentó discriminación debido a su: [para cada elemento seleccionado anteriormente]

- ☐ Muy fácil
- ☐ Fácil
- ☐ Duro
- ☐ Muy duro

P. APOYO SOCIAL Y AISLAMIENTO

Apoyo emocional

Pág. 1. 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

Pág. 2. Por favor, responda a cada declaración:

	Nunca	Raramente	A	Usualmente	Siempre
--	-------	-----------	---	------------	---------

			veces		
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

Pág. 3. Por favor, responda a cada declaración:

	Nunca	Raramente	A veces	Usualmente	Siempre
¿Tiene a alguien que le ayude si está aislado en la 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

Pág.4. Por favor, responda a cada declaración:

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

Q. SATISFACCIÓN DE LA APLICACIÓN MCHOICE [Omita esta sección en la evaluación de seguimiento de 18 meses]

Pregunta1. Cuestionario PSSUQ

En una escala entre totalmente de acuerdo (1) y totalmente en desacuerdo (7), califique las siguientes afirmaciones.

	1	2	3	4	5	6	7
1. En general, estoy satisfecho con lo fácil que es usar la aplicación CleverCap .							
2. Fue fácil usar la aplicación CleverCap .							
3. Pude acceder a la información de PrEP rápidamente usando la aplicación CleverCap.							
4. Me sentí cómodo usando la aplicación CleverCap .							
5. Fue fácil aprender a usar la aplicación CleverCap .							
6. Creo que podría mejorar tomando mi dosis de PrEP en un horario regular usando la aplicación CleverCap.							
7. Cuando no sabía cómo hacer algo en la aplicación CleverCap, sabía dónde podía pedir ayuda.							
8. Cada vez que cometía un error al usar la aplicación CleverCap , podía recuperarme fácil y rápidamente.							
9. La información (como ayuda en línea, mensajes en pantalla y otra documentación) proporcionada con la aplicación CleverCap era clara.							
10. Fue fácil encontrar la información que necesitaba en la aplicación CleverCap .							
11. La información en la aplicación CleverCap fue efectiva para ayudarme a ser más conocedora de mi salud sexual en general.							
12. La organización de la información en las pantallas de la aplicación CleverCap era clara.							
13. La interfaz de la aplicación CleverCap fue agradable.							
14. Me gustó usar la interfaz de la aplicación CleverCap .							
15. La aplicación CleverCap tiene todas las funciones y capacidades que espero que tenga.							
16. En general, estoy satisfecho con la aplicación CleverCap .							

Pregunta2. Evaluación de la usabilidad de Health-IT

Por favor, califique las siguientes declaraciones.

1= Totalmente en desacuerdo

2= Algo en desacuerdo

3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo

4= Algo de acuerdo

5= Totalmente de acuerdo

	1	2	3	4	5
1. Creo que la aplicación CleverCap ha sido útil.					
2. Creo que la aplicación CleverCap ha sido fácil de navegar.					
3. La aplicación CleverCap es una parte importante de mi rutina diaria.					
4. El uso de la aplicación CleverCap hace que sea más fácil tomar PrEP en un horario constante.					
5. El uso de la aplicación CleverCap me permite realizar un seguimiento de mi uso de PrEP más rápidamente.					
6. El uso de la aplicación CleverCap hace que sea más probable que pueda tomar mi receta de PrEP.					
7. El uso de la aplicación CleverCap es útil para recibir recordatorios de PrEP.					
8. Creo que la aplicación CleverCap presenta un proceso más equitativo para recopilar información sobre PrEP.					
9. Estoy satisfecho con la aplicación CleverCap para rastrear mi uso de PrEP.					
10. Tomo mi PrEP de manera oportuna debido a la aplicación CleverCap .					
11. El uso de la aplicación CleverCap aumenta mi adherencia a la PrEP.					
12. Puedo acordarme de tomar mi régimen de PrEP cada vez que uso la aplicación CleverCap .					
13. Me siento cómodo con mi capacidad para usar la aplicación CleverCap .					
14. Aprender a operar la aplicación CleverCap fue fácil para mí.					
15. Es fácil para mí ser hábil en el uso de la aplicación CleverCap .					
16. Encuentro la aplicación CleverCap fácil de usar.					
17. Siempre puedo recordar cómo iniciar sesión y usar la aplicación CleverCap .					
18. La aplicación CleverCap da mensajes de error si olvido guardar información actualizada en la aplicación.					
19. Cada vez que cometo un error al usar la aplicación CleverCap , me recupero fácil y rápidamente.					

20. La información (como ayuda en línea, mensajes en pantalla y otra documentación proporcionada con la aplicación CleverCap es clara.					
--	--	--	--	--	--

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

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