

Expanding PrEP in Communities of Color (EPICC+)

Attachment 4i Aim 2a Cohort Baseline Survey Spanish

La carga pública de notificación para esta recolección de información se calcula que promedia los 45 minutos por respuesta, lo que incluye el tiempo que se toma en dar las instrucciones, hacer búsquedas en fuentes de datos, recolectar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Una agencia no puede llevar a cabo ni patrocinar un estudio de recopilación de información y las personas no están obligadas a responder, a menos que se presente un número de control de OMB válido y vigente. Envíe comentarios sobre este cálculo de tiempo o sobre cualquier otro aspecto de esta recolección de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, a CDC/ATSDR Reports Clearance Officer, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: OMB-PRA (0920-Nuevo).

Encuesta de referencia de cohortes

Contenido

- A. DATOS DEMOGRÁFICOS
- B. CORRELACIÓN ENTRE DATOS SOCIOECONÓMICOS Y RIESGO
- C. ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA, COMUNICACIÓN Y PRUEBAS/DIAGNÓSTICO DE STI
- D. VIH
- E. VÍA DE LA PREP
- F. USO ACTUAL DE PREP
- G. RECETA NUEVA DE PREP
- H. VOLVER A TOMAR LA PREP
- F. USO ACTUAL DE PREP: NO PIENSA VOLVER A EMPEZAR/ NO ESTÁ SEGURO
- J. NUNCA HA USADO PrEP: NO PIENSA EMPEZAR/ NO ESTÁ SEGURO
- K. OPCIONES DE PrEP
- L. CUMPLIMIENTO DE LA PreEP Y BARRERAS
- M. USO DE LA TECNOLOGÍA Y BÚSQUEDA DE PAREJAS EN LÍNEA
- N. RELACIONES Y PRIORIDADES EN LA SALUD SEXUAL
- O. CONDUCTAS SEXUALES
- P. CONSUMO DE SUSTANCIAS
- Q. SALUD MENTAL
- R. DISCRIMINACIÓN DIARIA
- S. APOYO SOCIAL Y AISLAMIENTO

Te damos la bienvenida a EPICC.

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

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

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

Preguntas sobre el pasado

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

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

Una nota sobre el lenguaje

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

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

Pulsa el botón siguiente para empezar la encuesta.

A. DATOS DEMOGRÁFICOS

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

B. CORRELACIÓN ENTRE DATOS SOCIOECONÓMICOS Y RIESGO

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

[Yes = B2, otherwise B4]

- ☐ No
- ☐ Sí
- ☐ No contesta

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

[Yes = B3, otherwise B4]

- ☐ No
- ☐ Sí
- ☐ No contesta

B3. ¿Estás ahora sin hogar?

- ☐ No
- ☐ Sí
- ☐ No contesta

B4. ¿Cuál es tu código postal? _____

- ☐ No contesta

B5. ¿Naciste en los Estados Unidos?

- ☐ No
- ☐ Sí
- ☐ No contesta

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

- ☐ No
- ☐ Sí
- ☐ No contesta

B7. ¿Cuál es tu estado civil?

- ☐ Casado(a)
- ☐ Vivimos juntos como si estuviéramos casados
- ☐ Separado(a)
- ☐ Divorciado(a)
- ☐ Viudo(a)

- ☐ Nunca has estado casado(a)
- ☐ No contesta

B8. ¿Estudias?

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

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

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

B10. ¿Cuál es su situación laboral? Eres:

- ☐ Empleado a tiempo completo
- ☐ Empleado a medio tiempo
- ☐ Cuidas de tu hogar
- ☐ Estudiante a tiempo completo
- ☐ Jubilado
- ☐ No puedes trabajar por motivos de salud
- ☐ Desempleado
- ☐ Otro
- ☐ No contesta

B11. ¿Cuál fue el ingreso de tu unidad familiar el año pasado de todas las fuentes antes de impuestos? Los ingresos de tu unidad familiar es la cantidad total de dinero que ganaron y compartieron todas las personas que viven contigo. No importa si no sabes la cantidad exacta; puedes darnos una cifra aproximada.

- ☐ 0 a \$4,999
- ☐ \$5,000 a \$9,999
- ☐ \$10,000 a \$12,499
- ☐ \$12,500 a \$14,999
- ☐ \$15,000 a \$19,999
- ☐ \$20,000 a \$24,999
- ☐ \$25,000 a \$29,999

- ☐ \$30,000 a \$34,999
- ☐ \$35,000 a \$39,999
- ☐ \$40,000 a \$49,999
- ☐ \$50,000 a \$59,999
- ☐ \$60,000 a \$74,999
- ☐ \$75,000 a \$99,999
- ☐ \$100,000 o más
- ☐ No contesta

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

☐ No contesta

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

- ☐ No
- ☐ Sí
- ☐ No contesta

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

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No contesta

B15. ¿Cuál es tu principal medio de transporte?

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

B16. ¿Alguna vez te han arrestado?

[Yes = B17, otherwise next Section C]

- ☐ No
- ☐ Sí
- ☐ No contesta

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

- ☐ No
- ☐ Sí
- ☐ No contesta

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

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

[Yes = C2, otherwise C3]

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

C2. ¿Qué tipo de seguro o cobertura médica tienes? Seleccionar todos los que correspondan.

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

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

- ☐ En el último año
- ☐ Hace más de un año pero menos de dos años
- ☐ Hace 2 - 5 años
- ☐ Hace más de 5 años
- ☐ No contesta

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

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

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

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

[Yes = C6, otherwise C9]

- ☐ No
- ☐ Sí
- ☐ No lo sabe
- ☐ No contesta

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

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

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

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

[Only show those STIs selected in previous question, skip to C9 if none or decline to answer are selected]

C8. ¿Te ha dicho un médico o un proveedor médico **en los últimos tres meses** que tenías alguna de las siguientes infecciones de transmisión sexual?

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

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

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

D. VIH

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

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

[Yes = D2 otherwise D3]

- ☐ No
- ☐ Sí
- ☐ No lo sabe
- ☐ No contesta

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

- ☐ Hace 0-3 meses
- ☐ Hace 3-6 meses
- ☐ Hace 6-12 meses
- ☐ Hace menos de 12 meses
- ☐ Nunca se ha hecho una prueba
- ☐ No contesta

[if D2 is not > 12 months ago]

D3. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces te has hecho pruebas de VIH? _____

D4. En una escala del 1 al 10, donde 1 significa no me preocupa nada y 10 me preocupa mucho, en general, ¿cuánto te preocupa contraer el VIH?

No me preocupa nada Me preocupa mucho

0 -----10

- ☐ No contesta

D5. Piensas en las siguientes afirmaciones y dinos si estás de acuerdo o en desacuerdo.

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

sexual o drogas tienen lo que se merecen.						
---	--	--	--	--	--	--

E. Vía de la PrEP

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

E1. ¿Estás tomando una PrEP?

[Yes = skip to Section F]

- ☐ Sí
- ☐ No

E2. ¿Alguna vez has tomado una PrEP1?

[No = skip to E4]

- ☐ Sí
- ☐ No

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

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

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No estás seguro


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



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

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No está seguro

F. Uso actual de PrEP

F1. ¿De qué tipos de PrEP ha oído hablar? (Elija todos los aplicables).

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



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


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

F2. ¿Dónde obtuviste información sobre PrEP en los últimos seis meses? (Elija todos los aplicables).

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




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

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

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

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

F4. ¿Qué tipo de PrEP estás tomando?

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

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

F5. ¿Qué tipo de PrEP inyectable estás usando actualmente?

- ☐ Apretude® (cabotegravir) – inyección cada dos meses
- ☐ Yeztugo® (lenacapavir) – inyección cada seis meses

F6. ¿Cuándo empezaste a tomar este medicamento [pull answer from F4] la última vez?

Puede ser una fecha aproximada. Intenta aproximarte lo más posible.

- ☐ [Mes]
- ☐ [Día]
- ☐ [Año]

- ☐ No contesta

F7a. ¿Por qué estás tomando PrEP? (Elige todos los aplicables).

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

[Selected multiple options=F6b, otherwise F7]

F7b. Pon en orden de importancia los motivos por los que usas PrEP; selecciona el más importante, el importante y el menos importante y el motivo de tu selección para cada uno.

[Answers from F6a] en orden de más importante, importante y menos importante


- ☐ No contesta



F8. ¿Alguna vez has utilizado otro tipo de PrEP, un tipo de PrEP distinto a la de ahora?

[Yes=F8, otherwise F24]

- ☐ No
- ☐ Sí
- ☐ No contesta

F9. ¿Qué otros tipos de PrEP has usado? Ordénalos por orden de uso (1 = el primer tipo de PrEP usado, 2 = el segundo tipo de PrEP usado, etc.).

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

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

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

[For other PrEP types selected in F8]

F10. Clasifica los otros tipos de PrEP por orden de uso (1=primer tipo de PrEP usado, 2 = segundo tipo de PrEP usado, etc.).

[Questions F11- F14 pertain to daily oral PrEP if selected in F9]

F11. ¿Cuándo empezaste a tomar la PrEP oral diaria **la última vez**? Puede ser una fecha aproximada. Intenta aproximarte lo más posible.

[Mes]

[Día]

[Año]

- ☐ No contesta

F12. ¿Cuándo dejaste de tomar la PrEP oral diaria **la última vez**? Puede ser una fecha aproximada. Intenta aproximarte lo más posible.

[Mes]

[Día]

[Año]

- ☐ No contesta

F13. ¿Por qué cambiaste a otro tipo de PrEP después de la PrEP oral diaria? (Elige todos los aplicables).

- ☐ Recomendación de un médico u otro proveedor médico
- ☐ Recomendación de un amigo, pareja o familiar
- ☐ Costo
- ☐ Efectos secundarios
- ☐ Problemas con el seguro
- ☐ Más fácil de usar
- ☐ Más seguro

- ☐ Más eficaz en la prevención de infecciones de VIH
- ☐ Se requerían menos visitas al médico/laboratorio/farmacia
- ☐ El horario de dosis era más fácil de recordar
- ☐ Era menos probable que otras personas supieran que tomaba la PrEP
- ☐ Otro, especificar: _____
- ☐ No contesta

F14. Pon en orden de importancia los motivos por los que cambiaste de PrEP, seleccionando el motivo más importante, el importante y el menos importante.

- ☐ **[Answers from F13]** en orden de más importante, importante y menos importante
- ☐ No contesta

[Questions F15-F18 pertain to intermittent oral PrEP if selected in F8].

F15. ¿Cuándo empezaste a tomar la PrEP oral intermitente **la última vez**? Puede ser una fecha aproximada. Intenta aproximarte lo más posible.

[Mes]

[Día]

[Año]

- ☐ No contesta

F16. ¿Cuándo dejaste de tomar la PrEP oral intermitente **la última vez**? Puede ser una fecha aproximada. Intenta aproximarte lo más posible.

[Mes]

[Día]

[Año]

- ☐ No contesta

F17. ¿Por qué cambiaste a otro tipo de PrEP después de la PrEP oral intermitente? (Marcar todos los que correspondan)

- ☐ Recomendación de un médico u otro proveedor médico
- ☐ Recomendación de un amigo, pareja o familiar
- ☐ Costo
- ☐ Efectos secundarios
- ☐ Problemas con el seguro
- ☐ Más fácil de usar
- ☐ Más seguro
- ☐ Más eficaz en la prevención de infecciones de VIH
- ☐ Se requerían menos visitas al médico/laboratorio/farmacia
- ☐ El horario de dosis era más fácil de recordar
- ☐ Era menos probable que otras personas supieran que tomaba la PrEP
- ☐ Otro, especificar: _____

- ☐ No contesta

F18. Pon en orden de importancia los motivos por los que cambiaste de PrEP, seleccionando el motivo más importante, el importante y el menos importante.

- ☐ [Answers from F17] en orden de más importante, importante y menos importante
- ☐ No contesta

[Questions F19- F22 pertain to injectable PrEP if selected in F9.]

F19. ¿Cuándo empezaste a usar la PrEP inyectable **la última vez**? Puede ser una fecha aproximada. Intenta aproximarte lo más posible.

[Mes]

[Día]

[Año]

- ☐ No contesta

F20. ¿Cuándo dejaste de usar la PrEP inyectable **la última vez**? Puede ser una fecha aproximada. Intenta aproximarte lo más posible.

[Mes]

[Día]

[Año]

- ☐ No contesta

F21. ¿Por qué cambiaste a otro tipo de PrEP después de la PrEP inyectable? (Marcar todos los que correspondan)

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

F22. Pon en orden de importancia los motivos por los que cambiaste de PrEP, seleccionando el motivo más importante, el importante y el menos importante.

- ☐ [Answers from F21] en orden de más importante, importante y menos importante

- ☐ No contesta

[Questions F23-F26 pertain to other PrEP if selected in F9.]

F23. ¿Cuándo empezaste a usar la [pipe in other PrEP] **la última vez**? Puede ser una fecha aproximada. Intenta aproximarte lo más posible.

[Mes]

[Día]

[Año]

- ☐ No contesta

F24. ¿Cuándo dejaste de usar la [pipe in other PrEP] **la última vez**? Puede ser una fecha aproximada. Intenta aproximarte lo más posible.

[Mes]

[Día]

[Año]

- ☐ No contesta

F25. ¿Por qué cambiaste a otro tipo de PrEP después de la [pipe in other PrEP]? (Marcar todos los que correspondan)

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

F26. Pon en orden de importancia los motivos por los que cambiaste de PrEP, seleccionando el motivo más importante, el importante y el menos importante.

- ☐ [Answers from F25] en orden de más importante, importante y menos importante
- ☐ No contesta

F27. ¿Cuál es tu grado de satisfacción con el tipo de PrEP que usas ahora?

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

F28. ¿Piensas que la PrEP es eficaz en la prevención del VIH, cuando se toma según las indicaciones?

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

F29. ¿Piensas que la PrEP para VIH ayuda a prevenir otras infecciones de transmisión sexual (STI), como gonorrea o clamidia?

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

F30. ¿Piensas que tomar la PrEP hace que sea más probable o menos probable que uses condones?

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

F31. ¿Quién sabe que tomas PrEP? (Marcar todas las que correspondan)

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

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

F32. Indica en qué medida estás de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones:

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

F33. Indica en qué medida estás de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones:

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en	En desacuerdo	Totalmente en	No contesta
--	-----------------------	------------	---------------------	---------------	---------------	-------------

			desacuerdo		desacuerdo	
Me preocupa que los demás piensen que me acuesto con mucha gente si supieran que tomo la PrEP.						
Me preocupa que los demás piensen que tengo VIH si supieran que tomo la PrEP.						
Me preocupa que los demás piensen que mi pareja o parejas tienen VIH si supieran que tomo la PrEP.						
Me preocupa mencionar que estoy tomando la PrEP durante mis citas médicas.						
Me avergüenza decirles a otros que estoy tomando la PrEP.						
Me preocupa que los demás piensen que soy mala persona si supieran que tomo la PrEP.						
Me preocupa que los demás piensen que soy gay si supieran que tomo la PrEP.						
Me preocupa que mis amigos descubran que estoy tomando la PrEP.						
Me preocupa que mi familia descubra que estoy tomando la PrEP.						

Me preocupa que mis parejas sexuales descubran que estoy tomando la PrEP.						
Pienso que la gente reaccionaría mal si les dijera que estoy tomando la PrEP.						
Pienso que los demás me juzgarían si supieran que tomo la PrEP.						

[Skip to Section K]




G. Receta nueva de PrEP

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

[YES = G2, otherwise G4]

- ☐ No
- ☐ Sí
- ☐ No contesta

G2. ¿De qué tipos de PrEP has oído hablar? (Elige todos los aplicables).




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

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

G3. ¿Dónde obtuviste información sobre PrEP en los últimos seis meses? (Elige todos los aplicables).




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

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

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

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

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

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

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

G6. ¿Qué tipo de PrEP inyectable planeas comenzar?

- ☐ Apretude® (cabotegravir) – inyección cada dos meses
- ☐ Yeztugo® (lenacapavir) – inyección cada seis meses

G7. ¿Cuándo piensas empezar a tomar la PrEP? Puede ser una fecha aproximada. Intenta aproximarte lo más posible.

[Mes]

[Día]

[Año]

- ☐ No contesta

G8. ¿Por qué decidió empezar a tomar la PrEP? (Elige todos los aplicables).

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

- ☐ Tengo relaciones sexuales con varias personas.
- ☐ No siempre uso condones o no me gusta usarlos.
- ☐ Mi pareja no usa condones.
- ☐ He tenido un susto con VIH.
- ☐ Mi proveedor médico me lo recomendó.
- ☐ Me han diagnosticado una infección de transmisión sexual (STI).
- ☐ Muchas personas toman PrEP en mi comunidad.
- ☐ Otro, especificar:
- ☐ No contesta

[Selected multiple options=G9, otherwise G10]

G9. Pon en orden de importancia los motivos por los que estás empezando a usar PrEP; selecciona el más importante, el importante y el menos importante y el motivo de tu selección para cada uno.

- ☐ [Answers from G7] en orden de más importante, importante y menos importante
- ☐ No contesta

G10. ¿Piensas que la PrEP es eficaz en la prevención del VIH, cuando se toma según las indicaciones?

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

G11. ¿Piensas que la PrEP para VIH ayuda a prevenir otras infecciones de transmisión sexual (STI), como gonorrea o clamidia?

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

G12. ¿Piensas que tomar la PrEP hará que sea más probable o menos probable que uses condones?

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

G13. ¿Quién sabe que va a empezar a tomar la PrEP? (Marcar todas las que correspondan)

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

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

G14. Indica en qué medida estás de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones:


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



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

[Skip to Section K]

H. Volver a tomar la PrEP

H1. ¿De qué tipos de PrEP has oído hablar? (Elija todos los aplicables).

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



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


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

H2. ¿Dónde obtuviste información sobre PrEP en los últimos seis meses? (Elige todos los aplicables).

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




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

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

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

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

H4. ¿Qué tipos de PrEP has usado en el pasado?

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

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

[For PrEP types selected in H4]

H5. Clasifica todos los tipos de PrEP que hayas usado por orden de uso (1=primer tipo de PrEP usado, 2 = segundo tipo de PrEP usado, etc.).

[Questions H6-H9 pertain to daily oral PrEP if selected in H4]

H6. ¿Cuándo empezaste a tomar la PrEP oral diaria **la última vez**? Puede ser una fecha aproximada. Intenta aproximarte lo más posible.

[Mes]

[Día]

[Año]

- ☐ No contesta

H7. ¿Cuándo dejaste de tomar la PrEP oral diaria **la última vez**? Puede ser una fecha aproximada. Intenta aproximarte lo más posible.

[Mes]

[Día]

[Año]

- ☐ No contesta

H8. ¿Por qué dejaste de tomar la PrEP oral diaria? (Elige todos los aplicables).

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

H9. Pon en orden de importancia los motivos por los que dejaste de tomar la PrEP, seleccionando el motivo más importante, el importante y el menos importante.

[Answers from H8] en orden de más importante, importante y menos importante

- ☐ No contesta

[Questions H10-H13 pertain to intermittent oral PrEP if selected in H4]

H10. ¿Cuándo empezaste a tomar la PrEP oral intermitente **la última vez**? Puede ser una fecha aproximada. Intenta aproximarte lo más posible.

[Mes]

[Día]

[Año]

- ☐ No contesta

H11. ¿Cuándo dejaste de tomar la PrEP oral intermitente **la última vez**? Puede ser una fecha aproximada. Intenta aproximarte lo más posible.

[Mes]

[Día]

[Año]

- ☐ No contesta

H12. ¿Por qué dejaste de tomar la PrEP oral intermitente? (Elige todos los aplicables).

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

H13. Pon en orden de importancia los motivos por los que dejaste de tomar la PrEP, seleccionando el motivo más importante, el importante y el menos importante.

[Answers from H12] en orden de más importante, importante y menos importante

- ☐ No contesta

[Questions H14-H17 pertain to injectable PrEP if selected in H4]

H14. ¿Cuándo empezaste a usar la PrEP inyectable **la última vez**? Puede ser una fecha aproximada. Intenta aproximarte lo más posible.

[Mes]

[Día]

[Año]

- ☐ No contesta

H15. ¿Cuándo dejaste de usar la PrEP inyectable **la última vez**? Puede ser una fecha aproximada. Intenta aproximarte lo más posible.

[Mes]

[Día]

[Año]

- ☐ No contesta

H16. ¿Por qué dejaste de tomar la PrEP oral inyectable? (Elija todos los aplicables).

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

H17. Pon en orden de importancia los motivos por los que dejaste de tomar la PrEP, seleccionando el motivo más importante, el importante y el menos importante.

[Answers from H16] en orden de más importante, importante y menos importante

- ☐ No contesta

[Questions H18-H19 pertain to other PrEP type if selected in H4]

H18. ¿Cuándo empezaste a usar la [pipe in other PrEP] **la última vez**? Puede ser una fecha aproximada. Intenta aproximarte lo más posible.

[Mes]

[Día]

[Año]

- ☐ No contesta

H19. ¿Cuándo dejaste de usar la [pipe in other PrEP type if selected in H4] **la última vez**? Puede ser una fecha aproximada. Intenta aproximarte lo más posible.

[Mes]

[Día]

[Año]

- ☐ No contesta

H20. ¿Hablaste con tu médico o proveedor médico antes de dejar de tomar la PrEP?

- ☐ No
- ☐ Sí
- ☐ No contesta




H21. Elige las opciones que describan tu conducta sexual después de dejar de tomar la PrEP. (Elige todos los aplicables).

- ☐ No tuve relaciones sexuales después de dejar de tomar la PrEP. [Skip to H23]
- ☐ Tuve sexo oral después de dejar de tomar la PrEP.
- ☐ Tuve sexo anal después de dejar de tomar la PrEP.
- ☐ Tuve sexo vaginal después de dejar de tomar la PrEP (pusiste tu pene en una vagina o neovagina).
- ☐ No contesta

H22. Elige las opciones que describan tu uso de condones después de dejar de tomar la PrEP. (Elige todos los aplicables).

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

H23. ¿Qué tipo de PrEP piensas empezar a tomar?

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

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

[if injectable PrEP is selected in H23]

H24. ¿Qué tipo de PrEP inyectable planeas comenzar?

- ☐ Apretude® (cabotegravir) – inyección cada dos meses

- o Yeztugo® (lenacapavir) – inyección cada seis meses

H25. ¿Cuándo piensas volver a tomar la PrEP? Puede ser una fecha aproximada. Intenta aproximarte lo más posible.

[Mes]

[Día]

[Año]

- o No contesta

H26. ¿Por qué decidiste volver a tomar la PrEP? (Elige todos los aplicables).

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

H27. Pon en orden de importancia los motivos por los que estás volviendo a usar PrEP; selecciona el más importante, el importante y el menos importante y el motivo de tu selección para cada uno.

- o [Answers from H26] en orden de más importante, importante y menos importante
- o No contesta

H28. ¿Quién sabe que quieres volver a tomar la PrEP? (Marcar todas las que correspondan)

- o Familiar(es)
- o Amigo(s)
- o Pareja(s)
- o Pareja(s) sexual(es)
- o Proveedor médico (aparte del proveedor de PrEP)
- o Otros, especificar:

- ☐ Nadie
- ☐ No contesta

H29. ¿Piensas que la PrEP es eficaz en la prevención del VIH, cuando se toma según las indicaciones?

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

H30. ¿Piensas que la PrEP para VIH ayuda a prevenir otras infecciones de transmisión sexual (STI), como gonorrea o clamidia?

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

H31. ¿Piensas que volver a tomar la PrEP hará que sea más probable o menos probable que uses condones?

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

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

H32. Indica en qué medida estás de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones:

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	No contesta
Me ha rechazado una persona en una relación romántica por tomar PrEP.						
Un proveedor médico me ha juzgado negativamente por tomar PrEP.						

En mi comunidad me han culpado de diseminar el VIH a través del uso de la PrEP.						
Me han llamado promiscuo u otros insultos por tomar PrEP.						
Me han discriminado injustamente por tomar PrEP.						
Me han gritado o regañado por tomar PrEP.						
He experimentado violencia física por tomar PrEP.						

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




H33. Indica en qué medida estás de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones:

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	No contesta
Me preocupa que los demás piensen que me acuesto con mucha gente si supieran que tomo la PrEP.						
Me preocupa que los demás piensen que tengo VIH si supieran que tomo la PrEP.						
Me preocupa que los demás piensen que mi pareja o parejas tienen VIH si supieran que tomo la PrEP.						

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

I. Usuarios previos de la PrEP: no va a volver a tomarla/no está seguro

I1. ¿De qué tipos de PrEP has oído hablar? (Elige todos los aplicables).


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



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

12. ¿Dónde obtuviste información sobre PrEP en los últimos seis meses? (Elija todos los aplicables).

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




13. Elija todos los tipos de PrEP de los que haya hablado con su médico o proveedor de atención médica:

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

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

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

14. ¿Qué tipos de PrEP has usado en el pasado?

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

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

15. Clasifica todos los tipos de PrEP que hayas usado por orden de uso (1=primer tipo de PrEP usado, 2 = segundo tipo de PrEP usado, etc.).

[Questions 16-19 pertain to daily oral PrEP if selected in 14]

I6. ¿Cuándo empezaste a tomar la PrEP oral diaria **por última vez**? Puede ser una fecha aproximada. Intenta aproximarte lo más posible.

[Mes]

[Día]

[Año]

☐ No contesta

I7. ¿Cuándo dejaste de tomar la PrEP oral diaria **la última vez**? Puede ser una fecha aproximada. Intenta aproximarte lo más posible.

[Mes]

[Día]

[Año]

☐ No contesta

I8. ¿Por qué dejaste de tomar la PrEP oral diaria? (Elija todos los aplicables).

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

I9. Pon en orden de importancia los motivos por los que dejaste de tomar la PrEP, seleccionando el motivo más importante, el importante y el menos importante.

[Answers from I7] en orden de más importante, importante y menos importante

☐ No contesta

[Questions I10-I13 pertain to intermittent oral PrEP if selected in I4]

I10. ¿Cuándo empezaste a tomar la PrEP oral intermitente **la última vez**? Puede ser una fecha aproximada. Intenta aproximarte lo más posible.

[Mes]

[Día]

[Año]

- ☐ No contesta

I11. ¿Cuándo dejaste de tomar la PrEP oral intermitente **la última vez**? Puede ser una fecha aproximada. Intenta aproximarte lo más posible.

[Mes]

[Día]

[Año]

- ☐ No contesta

I12. ¿Por qué dejaste de tomar la PrEP oral intermitente? (Elija todos los aplicables).

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

I13. Pon en orden de importancia los motivos por los que dejaste de tomar la PrEP, seleccionando el motivo más importante, el importante y el menos importante.

[Answers from I12] en orden de más importante, importante y menos importante

- ☐ No contesta

[Questions I14-I17 pertain to injectable PrEP if selected in I4]

I14. ¿Cuándo empezaste a usar la PrEP inyectable **la última vez**? Puede ser una fecha aproximada. Intenta aproximarte lo más posible.

[Mes]

[Día]

[Año]

- ☐ No contesta

I15. ¿Cuándo dejaste de usar la PrEP inyectable **la última vez**? Puede ser una fecha aproximada. Intenta aproximarte lo más posible.

[Mes]

[Día]

[Año]

- ☐ No contesta

I16. ¿Por qué dejaste de tomar la PrEP oral inyectable? (Elija todos los aplicables).

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

I17. Pon en orden de importancia los motivos por los que dejaste de tomar la PrEP, seleccionando el motivo más importante, el importante y el menos importante.

[Answers from I16] en orden de más importante, importante y menos importante

- ☐ No contesta

[Questions I18-I19 pertain to other PrEP if selected in I4]

I18. ¿Cuándo empezaste a usar la [pipe in other PrEP type] **la última vez**? Puede ser una fecha aproximada. Intenta aproximarte lo más posible.

[Mes]

[Día]

[Año]

- ☐ No contesta

I19. ¿Cuándo dejaste de usar la [pipe in other PrEP type] **la última vez**? Puede ser una fecha aproximada. Intenta aproximarte lo más posible.

[Mes]

[Día]

[Año]

- ☐ No contesta

I20. ¿Hablaste con tu médico o proveedor médico antes de dejar de tomar la PrEP?

- ☐ No

- ☐ Sí
- ☐ No contesta

I21. Elige las opciones que describan tu conducta sexual después de dejar de tomar la PrEP.
(Elige todos los aplicables).




- ☐ No tuve relaciones sexuales después de dejar de tomar la PrEP. **[Skip to I1]**
- ☐ Tuve sexo oral después de dejar de tomar la PrEP.
- ☐ Tuve sexo anal después de dejar de tomar la PrEP.
- ☐ Tuve sexo anal después de dejar de tomar la PrEP (puso su pene en una vagina).
- ☐ No contesta

I22. Elige las opciones que describan tu uso de condones después de dejar de tomar la PrEP.
(Elige todos los aplicables).

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

[If E3=No, skip to I30]

I23. ¿Qué tipo de PrEP estás pensando en empezar a tomar? [una respuesta]

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

- ☐ Otra (especificar): _____

- o No contesta

[if I23 is injectable PrEP]

I24. ¿Qué tipo de PrEP inyectable planeas comenzar?

- o Apertude® (cabotegravir) – inyección cada dos meses
- o Yeztugo® (lenacapavir) – inyección cada seis meses

I25. ¿Cuándo piensas empezar a volver a tomar la PrEP? Puede ser una fecha aproximada. Intenta aproximarte lo más posible.

- o [Mes]
- o [Día]
- o [Año]
- o No contesta

I26. ¿Por qué estás pensando en volver a tomar la PrEP? (Elige todos los aplicables).

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

[Selected multiple options=I27, otherwise I28]

I27. Pon en orden de importancia los motivos por los que estás pensando en volver a usar PrEP; selecciona el más importante, el importante y el menos importante y el motivo de tu selección para cada uno.

- o [Answers from I14] en orden de más importante, importante y menos importante
- o No contesta

I28. ¿Quién sabe que estás pensando en volver a tomar la PrEP? (Marcar todas las que correspondan)

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

I29. ¿Por qué no estás seguro de si quieres volver a tomar la PrEP? Seleccionar todos los que correspondan.

- ☐ Me preocupan los posibles efectos secundarios.
- ☐ No sé si quiero usar este tipo de PrEP [pipe in type from I23]
- ☐ No tengo riesgo de VIH.
- ☐ Puede que mi seguro no lo cubra o perdí el seguro.
- ☐ No quiero que mis padres o tutores se enteren de que tomo una PrEP.
- ☐ Me sería difícil llegar a las citas de seguimiento.
- ☐ Otros podrían reaccionar negativamente cuando supieran que estaba tomando la PrEP.
- ☐ Uso condones todo el tiempo.
- ☐ Otro, especificar: _____
- ☐ No contesta

I30. Pon en orden de importancia los motivos por los que no estás seguro de si quieres volver a usar PrEP; selecciona el más importante, el importante y el menos importante y el motivo de tu selección para cada uno.

- ☐ [Answers from I29] en orden de más importante, importante y menos importante
- ☐ No contesta

[Only if E3=No; otherwise skip to I33]

I31. ¿Por qué no piensas volver a tomar la PrEP por el momento? Seleccionar todos los que correspondan.

- ☐ No puedo pagarlo.
- ☐ No tengo riesgo de VIH.
- ☐ Mi seguro no lo cubre o perdí el seguro.
- ☐ No quiero tomar una pastilla todos los días.
- ☐ Mis padres o tutores se enterarían.
- ☐ No me acordaría de tomar la pastilla.
- ☐ Tendría problemas para ir a las visitas de seguimiento.
- ☐ Tendría problemas para conseguir la PrEP o con la farmacia.

- o Me preocupan los efectos secundarios.
- o Otros podrían reaccionar negativamente cuando supieran que estoy tomando la PrEP.
- o Me preocupan los efectos a largo plazo en mi salud de la PrEP.
- o Tengo un problema médico que hace que sea peligroso seguir tomando la PrEP.
- o Uso condones todo el tiempo.
- o Otro, especificar: _____
- o No contesta

I32. Pon en orden de importancia los motivos por los que no piensas volver a usar PrEP; selecciona el más importante, el importante y el menos importante y el motivo de tu selección para cada uno.

[Answers from I31] en orden de más importante, importante y menos importante

- o No contesta

[for those unsure if they are going to restart or E3=6]

I33. ¿Qué te podría motivar a volver a tomar la PrEP? Seleccionar todos los que correspondan.

- o Tener relaciones sexuales con alguien que tiene VIH.
- o No saber si la persona con la que tiene relaciones sexuales tiene VIH.
- o Tener relaciones sexuales con varias personas.
- o No usar condones con regularidad o si tu pareja o parejas no quieren usarlos.
- o Tener más información sobre la seguridad de [pipe in PrEP modality from I23]
- o Tener más información sobre la eficacia de [pipe in PrEP modality from I23]
- o Más personas en tu comunidad empiezan a tomar una PrEP.
- o Que fuera más fácil ir a las visitas de seguimiento.
- o Menos citas/pruebas de laboratorio de seguimiento.
- o Tener mejor seguro médico.
- o Apoyo de mi familia o amigos.
- o Apoyo de los proveedores médicos.
- o Apoyo de mi pareja(s)
- o Otro, especificar: _____
- o No contesta

I34. Pon en orden de importancia los motivos por los que volverías a usar PrEP; selecciona el más importante, el importante y el menos importante y el motivo de tu selección para cada uno.

- o [Answers from I21] en orden de más importante, importante y menos importante
- o No contesta

[for those not planning to restart PrEP or E3=0]

I35. ¿Qué te podría motivar a volver a tomar la PrEP? Seleccionar todos los que correspondan.

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

I36. Pon en orden de importancia los motivos por los que volverías a usar PrEP; selecciona el más importante, el importante y el menos importante y el motivo de tu selección para cada uno.

- ☐ [Answers from I35] en orden de más importante, importante y menos importante
- ☐ No contesta

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

I37. Indica en qué medida estás de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones:

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	No contesta
Me ha rechazado una persona en una relación romántica por tomar PrEP.						
Un proveedor médico me ha juzgado negativamente por tomar PrEP.						

En mi comunidad me han culpado de diseminar el VIH a través del uso de la PrEP.						
Me han llamado promiscuo u otros insultos por tomar PrEP.						
Me han discriminado injustamente por tomar PrEP.						
Me han gritado o regañado por tomar PrEP.						
He experimentado violencia física por tomar PrEP.						

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

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

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	No contesta
Me preocupa que los demás piensen que me acuesto con mucha gente si supieran que tomo la PrEP.						
Me preocupa que los demás piensen que tengo VIH si supieran que tomo la PrEP.						
Me preocupa que los demás piensen que mi pareja o parejas tienen VIH si supieran que tomo la PrEP.						
Me preocupa						

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

I39. ¿Piensas que la PrEP es eficaz en la prevención del VIH, cuando se toma según las indicaciones?

- ☐ Muy/completamente eficaz
- ☐ Algo eficaz

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

I40. ¿Piensas que la PrEP para VIH ayuda a prevenir otras infecciones de transmisión sexual (STI), como el herpes?

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

I41. ¿Piensas que volver a tomar la PrEP hará que sea más probable o menos probable que uses condones?

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



J. Nunca he usado PrEP: no voy a empezar/no está seguro


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

[YES = J2, otherwise J4]

- ☐ No
- ☐ Sí
- ☐ No contesta

J2. ¿De qué tipos de PrEP ha oído hablar? (Elija todos los aplicables).

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




PrEP inyectable	Una inyección administrada por un médico u otro profesional de la salud.	Apretude®, cabotegravir Yeztugo®, lenacapavir	
-----------------	--	--	---

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

J3. ¿Dónde obtuviste información sobre PrEP en los últimos seis meses? (Elija todos los aplicables).

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




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

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

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

[If E4=No, skip to J12]

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

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

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

[If J5=injectable PrEP]

J6. ¿Qué tipo de PrEP inyectable estás pensando en empezar?

- ☐ Apretude® (cabotegravir) – inyección cada dos meses
- ☐ Yeztugo® (lenacapavir) – inyección cada seis meses

J7. ¿Cuándo piensas empezar a tomar la PrEP? Puede ser una fecha aproximada. Intenta aproximarte lo más posible.

[Mes]

[Día]

[Año]

- ☐ No contesta

J8. ¿Por qué estás pensando en empezar a tomar la PrEP? (Elige todos los aplicables).

- ☐ Tengo relaciones sexuales o estoy pensando en tener relaciones sexuales con una persona que tiene VIH.
- ☐ Tengo relaciones sexuales o estoy pensando en tener relaciones sexuales con alguien y no sé si tiene VIH o no.
- ☐ Quiero tener control sobre mi salud sexual.

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

[Selected multiple options=J9, otherwise J10]

J9. Pon en orden de importancia los motivos por los que estás pensando en usar PrEP; selecciona el más importante, el importante y el menos importante para cada motivo que hayas elegido.

- ☐ [Answers from J8] en orden de más importante, importante y menos importante
- ☐ No contesta

J10. ¿Quién sabe que estás pensando en empezar a tomar la PrEP? (Marcar todas las que correspondan)

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

J11. ¿Por qué tienes dudas sobre empezar a tomar la PrEP? Seleccionar todos los que correspondan.

Me preocupan los posibles efectos secundarios.

No sé si quiero usar este tipo de PrEP [pipe in type from J5]

No tengo riesgo de VIH.

Puede que mi seguro no lo cubra o perdí el seguro.

No quiero que mis padres o tutores se enteren de que tomo una PrEP.

Me sería difícil llegar a las citas de seguimiento.

Otros podrían reaccionar negativamente cuando supieran que estaba tomando la PrEP.

Uso condones todo el tiempo.

Otro, especificar: _____

- ☐ No contesta

J12. Pon en orden de importancia los motivos por los que no estás seguro de si quieres empezar a usar PrEP; selecciona el más importante, el importante y el menos importante para cada motivo que hayas elegido.

[Answers from J10] en orden de más importante, importante y menos importante

- ☐ No contesta

[If E4=No; otherwise skip to J15]

J13. ¿Por qué no piensas empezar a tomar la PrEP por el momento? Seleccionar todos los que correspondan.

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

J14. Pon en orden de importancia los motivos por los que no piensas empezar a usar PrEP; selecciona el más importante, el importante y el menos importante para cada motivo que hayas elegido.

Lista por orden de importancia de [Answers from J13]

- ☐ No contesta

[if E4=unsure about starting PrEP]

J15. ¿Qué te podría motivar a empezar a tomar la PrEP? Seleccionar todos los que correspondan.

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

J16. Pon en orden de importancia lo que te motivaría a empezar a usar PrEP; selecciona el más importante, el importante y el menos importante y el motivo de tu selección para cada uno.

- ☐ [Answers from J15] en orden de más importante, importante y menos importante
- ☐ No contesta

[if E4=no or not planning to start PrEP]

J17. ¿Qué te podría motivar a empezar a tomar la PrEP? Seleccionar todos los que correspondan.

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

J18. Pon en orden de importancia lo que te motivaría a empezar a usar PrEP; selecciona el más importante, el importante y el menos importante para cada motivo que hayas elegido..

- ☐ [Answers from J17] en orden de más importante, importante y menos importante
- ☐ No contesta

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

J19. Indica en qué medida estás de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones:

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	No contesta
Me preocupa que los demás piensen que me acuesto con mucha gente si supieran que tomo la PrEP.						
Me preocupa que los demás piensen que tengo VIH si supieran que tomo la PrEP.						
Me preocupa que los demás piensen que						

mi pareja o parejas tienen VIH si supieran que tomo la PrEP.						
Me preocupa mencionar que estoy tomando la PrEP durante mis citas médicas.						
Me avergüenza decirles a otros que estoy tomando la PrEP.						
Me preocupa que los demás piensen que soy mala persona si supieran que tomo la PrEP.						
Me preocupa que los demás piensen que soy gay si supieran que tomo la PrEP.						
Me preocupa que mis amigos descubran que estoy tomando la PrEP.						
Me preocupa que mi familia descubra que estoy tomando la PrEP.						
Me preocupa que mis parejas sexuales descubran que estoy tomando la PrEP.						
Pienso que la gente reaccionaría mal si les dijera que estoy tomando la PrEP.						
Pienso que los demás me juzgarían si supieran que tomo la PrEP.						

J20. ¿Piensas que la PrEP es eficaz en la prevención del VIH, cuando se toma según las indicaciones?

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

J21. ¿Piensas que la PrEP para VIH ayuda a prevenir otras infecciones de transmisión sexual (STI), como el herpes?

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

J22. ¿Piensas que tomar la PrEP hará que sea más probable o menos probable que uses condones?

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

K. Modalidades de PrEP

[If F4, G5, H12 = Daily oral PrEP then K1-K2]

[If F4, G5, H12 = Intermittent oral PrEP then K3-K4]

[If F4, G5, H12 = Injectable PrEP then K5-K6]

[If F4, G5, H12 = Other or Don't know then K13]

[If I12, J5 = Daily oral PrEP then K7-K8]

[If I12, J5 = Intermittent oral PrEP then K9-K10]

[If I12, J5 = Injectable PrEP then K11-K12]

[If I12, J5 = Other or Don't know then K13]

K1. ¿Por qué prefieres tomar una dosis oral diaria de la PrEP, en lugar de otro tipo de PrEP? (Elige todos los aplicables).

- ☐ Mi médico/proveedor médico me recomendó este tipo.
- ☐ Algunas personas que conozco usan este tipo de PrEP.
- ☐ Pienso que este tipo de PrEP es más eficaz que otros.
- ☐ Pienso que este tipo de PrEP es más seguro que otros.

- o No quiero ponerme inyecciones.
- o No quiero ir a una cita cada dos o seis meses para ponerme una inyección.
- o Me preocupan los efectos secundarios a largo plazo de una inyección (es decir, los efectos secundarios que no desaparecen por mucho tiempo por haberme puesto una inyección).
- o Creo que me olvidaría de tomar la PrEP intermitente según lo indicado.
- o Pienso que la PrEP intermitente no me funcionaría porque es difícil predecir cuándo voy a tener relaciones sexuales.
- o Prefiero seguir una rutina regular para tomar la PrEP.
- o Otro, especificar
- o No contesta

[Selected multiple options=K2, otherwise K13]

K2. Pon en orden de importancia los motivos por los que has elegido la PrEP oral diaria; selecciona el más importante, el importante y el menos importante y el motivo de tu selección para cada uno. [Answers from K1] Más importante, Importante, Menos importante

- o No contesta

K3. ¿Por qué prefieres tomar una dosis oral intermitente de la PrEP, en lugar de otro tipo de PrEP? (Elige todos los aplicables).

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

[Selected multiple options=K4, otherwise Section K13]

K4. Pon en orden de importancia los motivos por los que has elegido la PrEP oral intermitente; selecciona el más importante, el importante y el menos importante para cada motivo que hayas elegido.

- o [Answers from K3] en orden de más importante, importante y menos importante
- o No contesta

K5. ¿Por qué prefieres tomar una dosis inyectable de la PrEP, en lugar de otro tipo de PrEP? (Elige todos los aplicables).

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

[Selected multiple options=K6, otherwise Section K14]

K6. Pon en orden de importancia los motivos por los que has elegido la PrEP inyectable; selecciona el más importante, el importante y el menos importante para cada motivo que hayas elegido.

[Answers from K5] en orden de más importante, importante y menos importante

- o No contesta

K7. ¿Por qué prefieres tomar una dosis oral diaria de la PrEP, en lugar de otro tipo de PrEP? (Elige todos los aplicables).

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

- ☐ Otro, especificar
- ☐ No contesta

[Selected multiple options=K8, otherwise K13]

K8. Pon en orden de importancia los motivos por los que estás pensando en usar la PrEP oral diaria; selecciona el más importante, el importante y el menos importante para cada motivo que hayas elegido.

- ☐ [Answers from K7] en orden de más importante, importante y menos importante
- ☐ No contesta

K9. ¿Por qué estás pensando en tomar una dosis oral intermitente de la PrEP, en lugar de otro tipo de PrEP? (Elige todos los aplicables).

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

[Selected multiple options=K10, otherwise Section K13]

K10. Pon en orden de importancia los motivos por los que estás pensando en usar la PrEP oral intermitente; selecciona el más importante, el importante y el menos importante para cada motivo que hayas elegido.

[Answers from K9] en orden de más importante, importante y menos importante

K11. ¿Por qué estás pensando en tomar la PrEP inyectable, en lugar de otro tipo de PrEP? (Elige todos los aplicables).

- ☐ Mi médico/proveedor médico me recomendó este tipo.
- ☐ Algunas personas que conozco usan este tipo de PrEP.
- ☐ Pienso que este tipo de PrEP es más eficaz que otros.
- ☐ Pienso que este tipo de PrEP es más seguro que otros.
- ☐ No quiero tomar una pastilla todos los días.
- ☐ Creo que me olvidaría de tomar la PrEP oral diaria según lo indicado.

- o Me preocupa que alguien descubra que uso la PrEP si me tomo las pastillas.
- o Creo que me olvidaría de tomar la PrEP intermitente según lo indicado.
- o Pienso que la PrEP intermitente no me funcionaría porque es difícil predecir cuándo voy a tener relaciones sexuales.
- o Otro, especificar
- o No contesta

[Selected multiple options=K12, otherwise Section K14]

K12. Pon en orden de importancia los motivos por los que estás pensando en usar la PrEP inyectable; selecciona el más importante, el importante y el menos importante para cada motivo que hayas elegido.

[Answers from K11] en orden de más importante, importante y menos importante

- o No contesta

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

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

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

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

[If E1 is yes (currently on PrEP)]

K14. En comparación con [pipe in current PrEP modality], ¿piensas que te sería difícil usar la versión bajo demanda de la PrEP según lo indicado (dos pastillas 2-24 horas antes de tener relaciones sexuales, una pastilla 24 horas después de la primera dosis y otra 24 horas después de la segunda dosis)?

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

[if E3 is yes (about to restart PrEP)]

K15. En comparación con [pipe in PrEP modality planning to restart]], ¿piensas que te sería difícil usar la PrEP bajo demanda (dos pastillas 2-24 horas antes de tener relaciones sexuales, una pastilla 24 horas después de la primera dosis y otra 24 horas después de la segunda dosis)?

- o La PrEP sería MENOS difícil de tomar que [pipe in current PrEP modality]

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

[if E4 is yes (planning to start or unsure)]

K16. En comparación con [pipe in PrEP modality planning to start], ¿piensas que te sería difícil usar la PrEP bajo demanda (dos pastillas 2-24 horas antes de tener relaciones sexuales, una pastilla 24 horas después de la primera dosis y otra 24 horas después de la segunda dosis)?

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

[if E4 is unsure (unsure if they are going to start PrEP)]

K17. En comparación con [pipe in PrEP modality they are thinking about starting], ¿piensas que te sería difícil usar la PrEP bajo demanda (dos pastillas 2-24 horas antes de tener relaciones sexuales, una pastilla 24 horas después de la primera dosis y otra 24 horas después de la segunda dosis)?

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

L. CUMPLIMIENTO DE LA PREP Y BARRERAS

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

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

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

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

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

[If I12, J5 = Injectable PrEP then L17]

[ALL PARTICIPANTS SHOULD ANSWER L18 REGARDLESS OF PREP USE]

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

[Text box: 1-7]

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

% que tomaste el medicamento:

0 _____ 100
o No contesta

L3. ¿Qué te ha impedido tomar la PrEP todos los días? (Elige todos los aplicables).

- ☐ No he tenido ningún problema tomando mi dosis regular de PrEP.
- ☐ No pude conseguir las pastillas en la farmacia.
- ☐ Me quedé sin pastillas y no renové la receta.
- ☐ No tenía seguro médico para pagar la receta.
- ☐ Me sentaba mal al estómago o sabía mal.
- ☐ No me acordaba de tomar la pastilla.
- ☐ Me daba dolor de cabeza, un sarpullido u otro síntoma físico.
- ☐ No podía tomarla por mi horario diario.
- ☐ No tenía ganas de tomármela, necesitaba descansar.
- ☐ Cambió mi situación/me mudé.
- ☐ Me preocupaba que alguien creyera que tengo VIH.
- ☐ Tenía otra enfermedad, no me sentía bien (por ejemplo, un resfriado, la gripe, etc.)
- ☐ Creo que ya no necesito las pastillas, puedo proteger mi salud sin ellas.
- ☐ Mi familia o amigos no me ayudaron a acordarme.
- ☐ Mi familia o amigos me dijeron que no debía tomármelas.
- ☐ No tenía dónde poner las pastillas en clase o el trabajo.
- ☐ No entendía por qué tenía que tomarme las pastillas.
- ☐ Me seguía poniendo enfermo aunque tomara las pastillas.
- ☐ Al tomarlas me acordaba del VIH.
- ☐ Otro, especificar
- ☐ No contesta

[Selected multiple options=L4, otherwise L5]

L4. Pon en orden de importancia los motivos por los que no te has tomado la PrEP; selecciona el más importante, el importante y el menos importante para cada motivo que hayas elegido.

- ☐ [Answers from L3] en orden de más importante, importante y menos importante
- ☐ No contesta

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

Qué seguridad tienes de que podrás...

Tomar la PrEP durante el fin de semana:

Tomar la PrEP durante la semana:

Tomar la PrEP cuando tengas un cambio de horario:

Tomar la PrEP al viajar:

Tomar la PrEP cuando sales con amigos:

Tomar la PrEP en clase o en el trabajo:

Tomar la PrEP cuando te produzca efectos secundarios:

Tomar la PrEP cuando tengas una crisis:

Tomar la PrEP cuando bebas alcohol o consumas drogas:

Ir a las visitas médicas de la PrEP:

Seguir un plan para tomar la PrEP:

☐ No contesta

[Skip to L18]

L6. En los últimos 3 meses, ¿has tenido sexo anal sin condón?

☐ Sí

☐ No

☐ No contesta

[if yes to condomless anal sex, otherwise skip to L11]

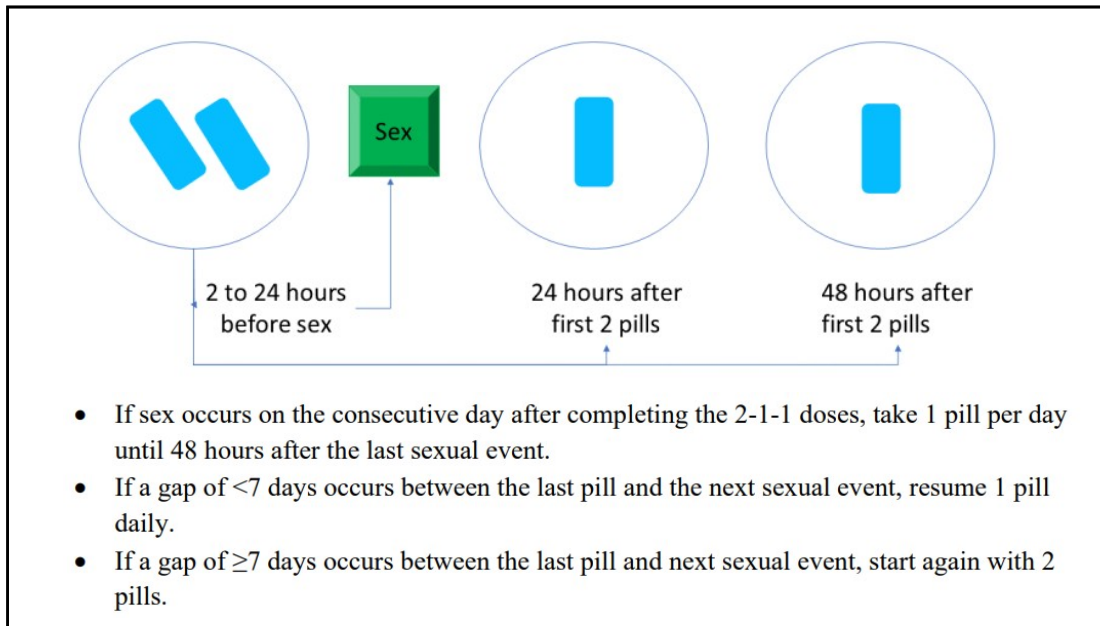
L7. En los últimos 3 meses, ¿qué porcentaje del tiempo tomaste la dosis completa de la PrEP intermitente según lo indicado (es decir, antes y después de sexo anal sin condón)? Una dosis completa incluye las pastillas que se toma antes y después como indica la ilustración. Usa la escala siguiente. 0% significa "NADA" del tiempo y "100%" TODO el tiempo. Si tienes dudas, indica un porcentaje aproximado.

% que tomaste el medicamento:

0 _____ [] _____ 100

☐ No contesta

Figura.



[IF L7 =100%, skip to L11]

G5

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

L9. ¿Qué te ha impedido tomar la PrEP intermitente según lo indicado (es decir, antes y después de sexo anal sin condón)? (Elige todos los aplicables).

- ☐ No he tenido ningún problema tomando mis dosis de PrEP.
- ☐ No pude conseguir las pastillas en la farmacia.
- ☐ Me quedé sin pastillas y no renové la receta.
- ☐ Me olvidé de tomar las pastillas antes del sexo.
- ☐ Me olvidé de tomar las pastillas después del sexo.
- ☐ No sabía que iba a tener relaciones sexuales y no tenía la PrEP conmigo.
- ☐ No sabía que tenía que tomarme todas las pastillas.
- ☐ No tenía seguro médico para pagar la receta.
- ☐ Me sentaba mal al estómago o sabía mal.
- ☐ Me daba dolor de cabeza, un sarpullido u otro síntoma físico.
- ☐ No tenía ganas de tomármela, necesitaba descansar.
- ☐ Cambió mi situación/me mudé.

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

[Selected multiple options=L10, otherwise L11]

L10. Pon en orden de importancia los motivos por los que no te has tomado la PrEP; selecciona el más importante, el importante y el menos importante para cada motivo que hayas elegido.

- ☐ [Answers from L8] en orden de más importante, importante y menos importante
- ☐ No contesta

L11. Queremos saber lo que piensas sobre las afirmaciones siguientes. Indica tu grado de seguridad con cada una en una escala del 1 (ninguna seguridad) a 10 (total seguridad).

Qué seguridad tienes de que podrás...

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

Tomar la PrEP durante la semana si lo necesitas:

Tomar la PrEP cuando tengas un cambio de horario:

Tomar la PrEP al viajar si lo necesitas:

Tomar la PrEP cuando sales con amigos si lo necesitas:

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

Tomar la PrEP cuando te produzca efectos secundarios:

Tomar la PrEP cuando tengas una crisis:

Tomar la PrEP cuando bebas alcohol o consumas drogas si lo necesitas:

Ir a las visitas médicas de la PrEP:

Seguir un plan para tomar la PrEP:

- ☐ No contesta

[Skip to L19]

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

____dd/mm/aaaa____

- ☐ No contesta

L13. ¿En qué fecha te tienes que poner la próxima inyección de PrEP? (Si la fecha exacta no se conoce, ingresar el 1 del mes de la inyección).

____dd/mm/aaaa____

- ☐ No contesta

L14. ¿Alguna vez has pasado más de 2 meses entre inyecciones de cabotegravir o más de 6 meses entre inyecciones de lenacapavir?

[Yes=L15, otherwise L16]

- ☐ No
- ☐ Sí
- ☐ No contesta

L15. ¿Cuántas veces has pasado más de 2 meses entre inyecciones de cabotegravir o más de 6 meses entre inyecciones de lenacapavir? No te preocupes si no recuerdas el número exacto; comparte tu mejor estimación.

[Free text]

- ☐ No contesta

L16. ¿Qué te ha impedido ponerte las inyecciones de PrEP? (Elige todos los aplicables).

- ☐ No he tenido ningún problema poniéndome la inyección regular de PrEP.
- ☐ No pude conseguir una cita.

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

[Selected multiple options=L17, otherwise L18]

L17. Pon en orden de importancia los motivos por los que no te has tomado la PrEP; selecciona el más importante, el importante y el menos importante para cada motivo que hayas elegido.

- ☐ [Answers from L16] en orden de más importante, importante y menos importante
- ☐ No contesta

L18. Queremos saber lo que piensas sobre las afirmaciones siguientes. Indica tu grado de seguridad con cada una en una escala del 1 (ninguna seguridad) a 10 (total seguridad).
Qué seguridad tienes de que podrás...

Ir a las citas de la PrEP inyectable:
 Seguir un plan para obtener la PrEP:

- ☐ No contesta

[ALL PARTICIPANTS]

L19. Dinos cuánto influye cada una de las siguientes opciones en tu decisión de tomar la PrEP.

	Nada	Un poco	Un efecto moderado	Mucho	No contesta
Tener que hablar a un proveedor médico sobre mi vida sexual					

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

M. USO DE LA TECNOLOGÍA Y BÚSQUEDA DE PAREJAS EN LÍNEA

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

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

M2. ¿Cuál de los siguientes dispositivos tienes? (Marcar todos los que correspondan)

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

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

- ☐ Lector electrónico
- ☐ *Fitness tracker* o reloj inteligente
- ☐ Otro, especificar
- ☐ No contesta

M3. ¿Con qué frecuencia usas aplicaciones en tu *smartphone* (por ejemplo: TikTok, Instagram, aplicaciones de citas, aplicaciones bancarias, Snapchat)?

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

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

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No contesta

M5. ¿Qué tipo de servicio telefónico tienes?

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

M6. ¿Cuántas veces durante los últimos tres meses te han desconectado el teléfono porque no hayas pagado la factura o porque perdieras el teléfono o te lo robaran?

[Never=M8, otherwise M7]

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

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

- ☐ 1 día o menos
- ☐ 2 a 7 días

- ☐ 1 a 4 semanas
- ☐ 1 mes o más
- ☐ Otro, especificar
- ☐ No contesta

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

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

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

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

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

- ☐ Sexualidad o atracción sexual
- ☐ Cómo tener relaciones sexuales y posturas sexuales
- ☐ VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual
- ☐ Condones y otros métodos anticonceptivos.
- ☐ PrEP (profilaxis preexposición)
- ☐ PEP (profilaxis post exposición)

- ☐ Ejercicio y control del peso
- ☐ Drogas o alcohol
- ☐ Violencia o abuso
- ☐ Medicamentos o efectos secundarios de los medicamentos
- ☐ Depresión, ansiedad o suicidio
- ☐ Ninguno
- ☐ No contesta

M11. Indica tu grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones

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

encuentro en Internet cuando necesito ayuda.						
Tengo las destrezas necesarias para evaluar los recursos de salud que encuentro en Internet.	()	()	()	()	()	()
Puedo distinguir entre recursos de salud de calidad y de mala calidad en Internet.	()	()	()	()	()	()
Me siento seguro usando la información de Internet para tomar decisiones sobre mi salud.	()	()	()	()	()	()
Sé dónde encontrar recursos de salud útiles en Internet.	()	()	()	()	()	()

N. RELACIONES Y PRIORIDADES EN LA SALUD SEXUAL

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

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

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

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

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

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

O. CONDUCTAS SEXUALES

Estas preguntas se refieren a sus conductas sexuales. A veces a la gente le resulta incómodo compartir información sobre su conducta sexual. Queremos recordarte que toda esta información se mantendrá confidencial y solo se pide con fines de investigación. Esta información servirá para que el estudio descubra cosas nuevas sobre la PrEP y la prevención del VIH. Contesta con la mayor sinceridad posible. Si tienes dudas sobre alguna de las respuestas, danos una contestación aproximada.

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

[If NumSexPartner =0 then skip to Section P]

[If NumSexPartner = 1 then O2-O5]

[If NumSexPartner > 1 then O6-O9]

[ANAL RECEPTIVO]

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

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

[Yes = O3, otherwise O?]

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No contesta

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

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No contesta

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

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

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

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No lo sabe
- ☐ No contesta

[Skip to O10]

O6. **En los últimos tres meses**, ¿con cuántas de estas [NumSexPartner] personas tuvo **sexo anal receptivo** (usted estaba debajo)? [ReceptiveAI]

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

- ☐ No contesta

O7. De estas [ReceptiveAI] personas, ¿cuántas pusieron su pene en tu recto **sin condón**?
____ [ReceptiveAINoCondom] (Range 0-[ReceptiveAI]) (fill-in)
☐ No contesta

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

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

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

O9. Hasta donde tú sabes, ¿cuántas de estas personas toman PrEP? [MultRecAIPrep] ____
(range 0-[ReceptiveAI]) (fill-in)

[Skip to O14]

[ANAL INSERTIVO]

[If NumSexPartner = 1 then O10-O13]

[If NumSexPartner > 1 then O14-O17]

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

En los últimos tres meses, ¿has tenido **sexo anal insertivo** con esta persona (tú estabas encima)? [InsertiveAI]

[Yes = O11, otherwise]

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No contesta

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

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No contesta

[If answered O4, skip to O13]

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

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

[If answered O5, skip to O18]

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

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No lo sabe
- ☐ No contesta

[Skip to O18]

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

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

- ☐ No contesta

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

- ☐ No contesta

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

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

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

O17. Hasta donde tú sabes, ¿cuántas de estas personas toman PrEP?

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

- ☐ No contesta

[Skip to O22]

[VAGINAL]

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

[If NumSexPartner = 1 then O18-O21]

[If NumSexPartner > 1 then O22-O25]

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

[Yes = O19, otherwise]

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No contesta

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

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No contesta

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

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

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

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No lo sabe
- ☐ No contesta

[Skip to routing before O26]

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

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

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

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

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

O25. Hasta donde tú sabes, ¿cuántas de estas personas toman PrEP? [MultRecVIPrep] ____ (range 0-[InsertiveVI]) (fill-in)

- ☐ No contesta

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

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

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

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

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

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

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

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

- ☐ No contesta

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

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

- ☐ No contesta

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

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

- ☐ No contesta

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

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

- ☐ No contesta

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

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

- ☐ No contesta

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

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

- ☐ No contesta

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

- ☐ No
- ☐ Sí
- ☐ No contesta

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

- ☐ No
- ☐ Sí
- ☐ No contesta

P. CONSUMO DE SUSTANCIAS

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

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

[If None then skip to Section Q]

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

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

[If all Never then skip to P6]

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

Serepax, Rohypnol, Xanax, Ambien, GHB, etc.)						
Alucinógenos (LSD, ácido, setas, PCP, ketamina, etc.)						
Opioides (heroína, morfina, metadona, codeína, Oxycotin, Percocet, Vicodin, etc.)						
Otro, especificar						

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

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

P4. Durante los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia tu consumo de esta sustancia o sustancias te ha ocasionado problemas de salud, sociales, legales o financieros?

	Nunca	Una vez o dos	Una vez al mes	Una vez a la semana	Todos o casi todos los días	No contesta
Tabaco (cigarrillos, tabaco de						

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

P5. Durante los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia no hiciste lo que se esperaba de ti por culpa de tu consumo de esta o estas sustancias?

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

Sedantes, tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium, Serepax, Rohypnol, Xanax, Ambien, GHB, etc.)						
Alucinógenos (LSD, ácido, setas, PCP, ketamina, etc.)						
Opioides (heroína, morfina, metadona, codeína, Oxycotin, Percocet, Vicodin, etc.)						
Otro, especificar						

P6. ¿Alguna vez un amigo, familiar u otra persona te ha dicho que le preocupaba que consumieras esta o estas sustancias?

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

P7. ¿Alguna vez has intentado consumir menos de esta o estas sustancias pero no has podido?

	No, nunca	Sí, en los últimos tres meses	Sí, pero no en los últimos tres meses	No contesta

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

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

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

[If P2 = Never then skip to Section Q]

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

	No, nunca	S í	No contesta
Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, cigarrillos electrónicos, etc.)			
Alcohol (cerveza, vino, bebidas alcohólicas, etc.)			
Cánnabis (marihuana, comestibles, hachís, cánnabis sintético, <i>vaping</i> , etc.)			
Cocaína (<i>crack</i> , etc.)			
Anfetaminas (<i>speed</i> , <i>meth</i> , píldoras de dieta, <i>molly</i> , éxtasis, Ritalin, Adderall, etc.)			
Inhalantes (<i>poppers</i> , <i>nitrous</i> , pegamento, bencina, diluyentes de pintura, etc.)			

Sedantes, tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium, Serepax, Rohypnol, Xanax, Ambien, GHB, etc.)			
Alucinógenos (LSD, ácido, setas, PCP, ketamina, etc.)			
Opioides (heroína, morfina, metadona, codeína, Oxycotin, Percocet, Vicodin, etc.)			
Otro, especificar			

Q. SALUD MENTAL

Depresión

PHQ-2/GAD-2 screener

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

	Nunca (0)	Varias veces (1)	La mitad del tiempo (2)	Casi todos los días (3)	No contesta
Tener poco interés o pocas ganas de hacer nada.					
Sentirse desanimado, deprimido o desesperanzado					
Sentirse nervioso, ansioso o tenso					
Estar preocupado todo el tiempo o no poder controlar la preocupación					

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

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

PHQ-8

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

	Nunca (0)	Varias veces (1)	La mitad del tiempo (2)	Casi todos los días (3)	No contesta
Problemas para dormir o permanecer dormido, o dormir demasiado					
Sentir cansancio o falta de energía					
Poco apetito o comer en exceso					

Sentirte mal contigo mismo o que eres un fracaso o que te has fallado a ti mismo o a tu familia					
Problemas para concentrarte en las cosas, como leer el periódico o ver la televisión					
Moverte o hablar con tanta lentitud que otras personas pueden haberse dado cuenta o lo contrario, estar tan nervioso que te mueves más de lo normal.					

Ansiedad

GAD-7

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

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

R. DISCRIMINACIÓN DIARIA

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

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

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

R2. ¿Cuáles piensas que son las principales razones de que te discriminen? (Elige todos los aplicables).

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

R3. Cómo te fue de difícil recuperarte después de sufrir discriminación debido a: [for each selected item above]

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

S. APOYO SOCIAL Y AISLAMIENTO

Apoyo emocional

S1. Responde a cada una de las siguientes afirmaciones:

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

Apoyo con información

S2. Responde a cada una de las siguientes afirmaciones:

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

información si lo necesito.						
Me dan buenos consejos sobre cosas importantes de la vida.						

Apoyo práctico

S3. Responde a cada una de las siguientes afirmaciones:

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

Aislamiento social

S4. Responde a cada una de las siguientes afirmaciones:

	Nunca	Raramente	Algunas veces	Generalmente	Siempre	No contesta
Siento que me excluyen. Siento que los demás apenas me conocen. Me siento aislado de los demás. Veo a la gente que me rodea pero no siento que me						

acompañan.						
------------	--	--	--	--	--	--

Compañía

S5. Responde a cada una de las siguientes afirmaciones:

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

Esto concluye la encuesta. Gracias por participar.

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