


HPTN 091 Questionnaire

1%

Collection: LOGIN
Contains: CASIID, VISIT


HPTN 091 Questionnaire

Question: CASIID
Required

 Please enter the 6-digit CASI ID assigned to this participant (for example: EXT001):

Question: VISIT
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
ENROLL	Enrollment	
W13	Week 13	
W26	Week 26	
W39	Week 39	
W52	Week 52	
W65	Week 65	
W78	Week 78	

 What visit is this?


Please select the visit from the drop down menu.

-- Select One -- 

Collection: SITE_STAFF_QUESTIONS
Contains: LANGUAGE, PTID

Question: LANGUAGE
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1033	English	
1046	Portuguese	(Error!)
3082	Spanish	(Error!) or (Error!) or (Error!) or (Error!)

 Language:

- English
- Portuguese
- Spanish

Question: PTID
Required



Please enter the participant's 9-digit PTID with no hyphens or spaces (for example: 999000111):

Page Break

Collection: INTRODUCTION
Contains:

Gracias por participar en este estudio. En la siguiente encuesta se le harán preguntas sobre su vida, sus creencias y sus conductas.

Algunas de las preguntas tratan sobre conductas que usted puede considerar privadas o confidenciales. Hacemos estas preguntas porque sus respuestas podrían ayudarnos a comprender si el producto del estudio podría ayudar a frenar la transmisión del VIH en su comunidad. La información que proporcione es una contribución importante a este estudio y se mantendrá confidencial.

Puede omitir cualquier pregunta que la haga sentir incómoda o dejar de responder la encuesta en cualquier momento.

Algunas preguntas se refieren a su conducta durante un período específico (por ejemplo, "en el último mes"). Preste mucha atención al período y sólo cuéntenos sobre su conducta durante ese tiempo específico.

No utilice el botón de retroceso del navegador para desplazarse por esta encuesta, ya que se podrían perder sus respuestas. Utilice únicamente los botones "Anterior" y "Siguiente" de la encuesta (que se encuentran en la parte inferior de cada página) para desplazarse por ella.

Si tiene preguntas o necesita ayuda, comuníquese a un miembro del personal del estudio.

Page Break

Collection: PRACTICE_QUESTION
Contains: PRACTICE, PRACTICE1, PRACTICE2, PRACTICE3
Show if: (VISIT = ENROLL:[Enrollment])

Question: PRACTICE
Required
Show if: (VISIT = ENROLL:[Enrollment])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
2	No	



▶ Antes de comenzar, ¿le gustaría responder algunas preguntas de práctica para asegurarse de que comprende cómo completar la encuesta?

- Sí
 No

Auto Page Break

Si tiene alguna pregunta sobre cómo completar estos elementos, hable con un miembro del personal del estudio.

Question: PRACTICE1

Required

Show if: (PRACTICE = 1:[Sí])



▶ ¿Qué edad tiene?

Question: PRACTICE2

Required

Show if: (PRACTICE = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Ninguno	
2	De 1 a 3	
3	4 o más	



▶ ¿Cuántos hermanos y hermanas tiene?

- Ninguno
- De 1 a 3
- 4 o más

Question: PRACTICE3

Minimum checks: 1

Show if: (PRACTICE = 1:[Sí])



▶ ¿Tiene algún color favorito? *Marque todas las opciones que correspondan.*

- No, no tengo colores favoritos
- Rojo
- Amarillo
- Azul
- Verde
- Anaranjado
- Morado
- Negro
- Blanco
- Otro

Ahora comenzaremos a hacerle las preguntas reales de la encuesta. Oprima el botón "Siguiete" para comenzar.

Page Break

Collection: PREP_ENGAGEMENT

Contains: PREP_1, PREP_2, PREP_3_1, PREP_3_2, PREP_3A_1, PREP_3A_2, PREP_5, PREP_6, PREP7, PREP8, PREP9, PREP_10_1, PREP_10_2, PREP_11_1, PREP_11_2, PREP12, PREP13_1, PREP13_2

Ahora se le harán algunas preguntas sobre la profilaxis previa a la exposición (pre-exposure prophylaxis, PrEP). La PrEP es cuando las personas que no tienen VIH utilizan medicamentos contra este virus todos los días para no contraerlo.

Question: PREP_1

Required

Show if: (VISIT = ENROLL:[Enrollment])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	No	
1	Sí	



▶ Antes de este estudio, ¿había oído hablar alguna vez de la PrEP?

- No
 Sí

Question: PREP_2

Required

Show if: ((VISIT = ENROLL:[Enrollment]) and (PREP_1 = 1:[Sí])) or (VISIT = W78:[Week 78])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	No	
1	Sí	



▶ ¿Sabe dónde obtener la PrEP fuera de este estudio?

- No
 Sí

Question: PREP_3_1

Required

Show if: (VISIT = ENROLL:[Enrollment]) and (PREP_1 = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	No	
1	Sí	



▶ ¿Alguna vez ha recibido la PrEP?

- No
 Sí

Question: PREP_3_2

Required

Show if: (VISIT = W13:[Week 13]) or (VISIT = W26:[Week 26]) or (VISIT = W39:[Week 39]) or (VISIT = W52:[Week 52]) or (VISIT = W65:[Week 65]) or (VISIT = W78:[Week 78])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	No	
1	Sí	



▶ En los últimos 3 meses, ¿ha recibido la PrEP?

- No
 Sí

Question: PREP_3A_1

Minimum checks: 1**Show if:** (VISIT = ENROLL:[Enrollment]) and (PREP_1 = 1:[Sí]) and (PREP_3_1 = 1:[Sí])

▶ ¿Qué experiencias ha tenido mientras recibía la PrEP?

Seleccione todas las opciones que correspondan.

- Tiene relaciones sexuales más placenteras
- La gente piensa que usted es una persona responsable
- Siente que tiene el control de su salud
- Siente que el riesgo de contraer el VIH ha disminuido
- Sus parejas sexuales no quieren utilizar preservativos porque usted recibe la PrEP
- Las personas piensan que usted tiene VIH
- Efectos secundarios
- Interacción con las hormonas
- Dificultades para tomar un comprimido todos los días
- Las personas piensan que usted tiene muchas parejas sexuales diferentes
- Otras experiencias, especifique:

Question: PREP_3A_2**Minimum checks:** 1**Show if:** ((VISIT = W13:[Week 13]) and (PREP_3_2 = 1:[Sí])) or ((VISIT = W26:[Week 26]) and (PREP_3_2 = 1:[Sí])) or ((VISIT = W39:[Week 39]) and (PREP_3_2 = 1:[Sí])) or ((VISIT = W52:[Week 52]) and (PREP_3_2 = 1:[Sí])) or ((VISIT = W65:[Week 65]) and (PREP_3_2 = 1:[Sí])) or ((VISIT = W78:[Week 78]) and (PREP_3_2 = 1:[Sí]))

▶ ¿Qué experiencias ha tenido mientras recibía la PrEP?

Seleccione todas las opciones que correspondan.

- Tiene relaciones sexuales más placenteras
- La gente piensa que usted es una persona responsable
- Siente que tiene el control de su salud
- Siente que el riesgo de contraer el VIH ha disminuido
- Sus parejas sexuales no quieren utilizar preservativos porque usted recibe la PrEP
- Las personas piensan que usted tiene VIH
- Efectos secundarios
- Interacción con las hormonas
- Dificultades para tomar un comprimido todos los días
- Las personas piensan que usted tiene muchas parejas sexuales diferentes
- Otras experiencias, especifique:

Custom Layout Question: PREP_4

▶ ¿Cuándo fue la primera vez que recibió la PrEP?

 Año Mes

Auto Page Break

Question: PREP_5**Required****Show if:** (PREP_3_1 = 1:[Sí]) or (PREP_3_2 = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	Nunca	
1	Menos de la mitad de las veces	
2	Más de la mitad de las veces	
3	Siempre	



▶ En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia recibió la PrEP?

- Nunca
- Menos de la mitad de las veces
- Más de la mitad de las veces
- Siempre

Auto Page Break

Question: PREP_6

Required

Show if: (((PREP_3_1 = 1:[Sí]) and (PREP_5 = 1:[Menos de la mitad de las veces])) or (PREP_5 = 2:[Más de la mitad de las veces]) or (PREP_5 = 3:[Siempre])) or (((PREP_3_2 = 1:[Sí]) and (PREP_5 = 1:[Menos de la mitad de las veces])) or (PREP_5 = 2:[Más de la mitad de las veces]) or (PREP_5 = 3:[Siempre]))

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	0%	
10	10 %	
20	20 %	
30	30 %	
40	40 %	
50	50 %	
60	60 %	
70	70 %	
80	80 %	
90	90 %	
100	100%	



Haga clic en la siguiente línea en el punto que muestre la mejor estimación sobre la cantidad de medicamento de la PrEP que tomó todos los días durante el último mes. 0 % significa que no ha tomado ningún comprimido, 50 % significa que ha tomado la mitad de los comprimidos y 100 % significa que ha tomado todos los comprimidos.

0%	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100%
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question: PREP7

Required

Show if: (PREP_5 = 1:[Menos de la mitad de las veces]) or (PREP_5 = 2:[Más de la mitad de las veces]) or (PREP_5 = 3:[Siempre])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	No	
1	Sí	



¿Actualmente recibe la PrEP?

- No
- Sí

Auto Page Break

Question: PREP8**Required****Show if:** (PREP7 = 1:[Sí])

▶ En los últimos 7 días, ¿cuántos días tomó la PrEP?

Question: PREP9**Minimum checks:** 1**Show if:** (PREP_3_1 = 0:[No]) or (PREP_3_2 = 0:[No])

▶ ¿Cuáles son los motivos por los que no ha tomado la PrEP? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- Escuchó comentarios negativos sobre la PrEP
- Le preocupan los efectos secundarios de la PrEP
- Le preocupa que las personas piensen que usted tiene VIH
- Le preocupa la interacción con las hormonas
- No quiere tomar un comprimido todos los días
- Las personas pensarían que usted tiene muchas parejas sexuales diferentes
- Le preocupa que sus parejas sexuales no quieran utilizar preservativos porque usted recibe la PrEP
- No está en riesgo de contraer el VIH
- No puede pagarla
- Prefiere confiar sólo en los preservativos
- Otro motivo, especifique

Question: PREP_10_1**Required****Show if:** ((VISIT = ENROLL:[Enrollment]) and (PREP_3_1 = 1:[Sí])) or ((VISIT = ENROLL:[Enrollment]) and (PREP7 = 0:[No]))**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
0	No	
1	Sí	



▶ ¿Ha dejado de tomar la PrEP sin tener previsto empezarla de nuevo?

- No
- Sí

Question: PREP_10_2**Required****Show if:** (PREP_3_2 = 1:[Sí]) or (PREP7 = 0:[No])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
0	No	
1	Sí	



▶ En los últimos 3 meses, ¿ha dejado de tomar la PrEP sin tener previsto empezarla de nuevo?

- No
- Sí

Question: PREP_11_1**Required**

Show if: (VISIT = ENROLL:[Enrollment]) and (PREP_3_1 = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	No	
1	Sí	



¿Alguna vez dejó de tomar la PrEP y luego volvió a tomarla? (Descanso de la PrEP)

No

Sí

Question: PREP_11_2

Required

Show if: (PREP_3_2 = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	No	
1	Sí	



En los últimos 3 meses, ¿ha dejado de tomar la PrEP y luego ha vuelto a tomarla?
(Descanso de la PrEP)

No

Sí

Auto Page Break

Question: PREP12**Minimum checks:** 1**Show if:** ((PREP_3_1 = 1:[Sí]) or (PREP_10_1 = 1:[Sí]) or (PREP_11_1 = 1:[Sí]) or (PREP_11_2 = 1:[Sí]) or (PREP_10_2 = 1:[Sí]) or ((PREP_3_2 = 1:[Sí]) and (PREP_5 = 0:[Nunca]))

▶ ¿Cuáles son los motivos por los que dejó de tomar la PrEP?

Seleccione todas las opciones que correspondan.

- Escuchó comentarios negativos sobre la PrEP
- Le preocupan los efectos secundarios de la PrEP
- Le preocupa que las personas piensen que usted tiene VIH
- Le preocupa la interacción con las hormonas
- No quiere tomar un comprimido todos los días
- Las personas pensarían que usted tiene muchas parejas sexuales diferentes
- Le preocupa que sus parejas sexuales no quieran utilizar preservativos porque usted recibe la PrEP
- No está en riesgo de contraer el VIH
- No puede pagarla
- Prefiere confiar sólo en los preservativos
- Otro motivo, especifique

Question: PREP13_1**Required****Show if:** (PREP_3_1 = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	No	
1	Sí	



▶ ¿Alguna vez ha recibido la PrEP "a demanda"? (Es decir, tomar la PrEP de 2 a 24 horas antes de tener sexo y nuevamente de 24 a 48 horas después de la primera dosis).

- No
- Sí

Question: PREP13_2**Required****Show if:** (PREP_3_2 = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	No	
1	Sí	



▶ En los últimos 3 meses, ¿ha recibido la PrEP "a demanda"? (Es decir, tomar la PrEP de 2 a 24 horas antes de tener sexo y nuevamente de 24 a 48 horas después de la primera dosis).

- No
- Sí

Page Break

Collection: FUTURE_INT**Contains:** F1, F2**Show if:** (VISIT = ENROLL:[Enrollment]) or (VISIT = W26:[Week 26]) or (VISIT = W52:[Week 52]) or (VISIT = W78:[Week 78])

A continuación, le haré preguntas sobre algunos productos diferentes que podrían estar disponibles en el futuro para prevenir el VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Estos productos NO están disponibles en este momento.

Question: F1**Required****Show if:** (VISIT = ENROLL:[Enrollment]) or (VISIT = W26:[Week 26]) or (VISIT = W52:[Week 52]) or (VISIT = W78:[Week 78])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Un comprimido todos los días por boca	
2	Inyección en los glúteos cada 2 meses	
3	Inyección en otra parte del cuerpo, como el muslo, cada 2 meses	
4	Gel o supositorio que se introduce en la vagina o en el ano (recto) justo antes de tener sexo	
5	Implante en el brazo durante 2 meses o más	
6	No está segura	



▶ La única manera aprobada de recibir la PrEP es tomar un comprimido todos los días. Se están desarrollando otras maneras de recibirla. Si pudiera elegir una opción, ¿cómo preferiría recibir la PrEP?

- Un comprimido todos los días por boca
- Inyección en los glúteos cada 2 meses
- Inyección en otra parte del cuerpo, como el muslo, cada 2 meses
- Gel o supositorio que se introduce en la vagina o en el ano (recto) justo antes de tener sexo
- Implante en el brazo durante 2 meses o más
- No está segura

Question: F2**Required****Show if:** (VISIT = ENROLL:[Enrollment]) or (VISIT = W78:[Week 78])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	No	
2	Sí	
3	No está segura	



▶ Una vacuna contra el VIH es una inyección que protegería a las personas que no tienen este virus para que no lo contraigan. Actualmente, no existe ninguna vacuna contra el VIH. Si en el futuro se dispone de esta vacuna, ¿cree que la recibiría?

- No
- Sí
- No está segura

Page Break

Collection: GENDER**Contains:** GENDER_1, GENDER_2, GENDER_3, GENDER_4_1, GENDER_4_2, GENDER_5, GENDER_6, GENDER_7, GENDER_8, GENDER_9, GENDER_9A, GENDER_10, GENDER_11, GENDER_12, GENDER_13

La siguiente serie de preguntas trata sobre su proceso de transición de género.

Question: GENDER_1**Required****Show if:** (VISIT = ENROLL:[Enrollment]) or (VISIT = W26:[Week 26]) or (VISIT = W52:[Week 52]) or (VISIT = W78:[Week 78])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	En ninguna de mis identificaciones ni registros aparece el nombre que quiero que aparezca	
2	En algunas de mis identificaciones y registros aparece el nombre que quiero que aparezca	
3	En todas mis identificaciones y registros aparece el nombre que quiero que aparezca	
4	Prefiero no responder	



▶ Piense en cómo aparece su NOMBRE en todas sus identificaciones y registros que incluyen este dato, como su certificado de nacimiento, licencia de conducir, pasaporte, etc. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es más cierta?

- En ninguna de mis identificaciones ni registros aparece el nombre que quiero que aparezca
- En algunas de mis identificaciones y registros aparece el nombre que quiero que aparezca
- En todas mis identificaciones y registros aparece el nombre que quiero que aparezca
- Prefiero no responder

Question: GENDER_2**Required****Show if:** (VISIT = ENROLL:[Enrollment]) or (VISIT = W26:[Week 26]) or (VISIT = W52:[Week 52]) or (VISIT = W78:[Week 78])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	En algunas de mis identificaciones y registros aparece el nombre que quiero que aparezca	
2	En algunas de mis identificaciones y registros aparece el género que quiero que aparezca	
3	En todas mis identificaciones y registros aparece el género que quiero que aparezca	
4	Prefiero no responder	



▶ Piense en cómo aparece su GÉNERO en todas sus identificaciones y registros que incluyen este dato, como su certificado de nacimiento, licencia de conducir, pasaporte, etc. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es más cierta?

- En algunas de mis identificaciones y registros aparece el nombre que quiero que aparezca
- En algunas de mis identificaciones y registros aparece el género que quiero que aparezca
- En todas mis identificaciones y registros aparece el género que quiero que aparezca
- Prefiero no responder

Question: GENDER_3**Required****Show if:** (VISIT = ENROLL:[Enrollment]) or (VISIT = W26:[Week 26]) or (VISIT = W52:[Week 52]) or (VISIT = W78:[Week 78])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Para nada importante	
2	Ligeramente importante	
3	Moderadamente importante	
4	Muy importante	
5	Extremadamente importante	
6	Prefiero no responder	



▶ How important is it to you to have an identity document that says you are female? ¿Qué importancia tiene para usted contar con un documento de identidad en el que se indique que es mujer?

- Para nada importante
- Ligeramente importante
- Moderadamente importante
- Muy importante
- Extremadamente importante
- Prefiero no responder

Question: GENDER_4_1

Required

Show if: (VISIT = ENROLL:[Enrollment])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	No	
1	Sí	



▶ ¿Alguna vez le han inyectado alguna sustancia (como silicona u otros rellenos) para rellenarle el rostro o hacer que su figura se vea más femenina?

- No
- Sí

Question: GENDER_4_2

Required

Show if: (VISIT = W13:[Week 13]) or (VISIT = W26:[Week 26]) or (VISIT = W39:[Week 39]) or (VISIT = W52:[Week 52]) or (VISIT = W65:[Week 65]) or (VISIT = W78:[Week 78])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	No	
1	Sí	




▶ En los últimos 3 meses, ¿le han inyectado alguna sustancia (como silicona u otros rellenos) para rellenarle el rostro o hacer que su figura se vea más femenina?

- No
- Sí

Auto Page Break

Question: GENDER_5
Required
Show if: (GENDER_4_1 = 1:[Sí]) or (GENDER_4_2 = 1:[Sí])


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	No	
1	Sí	

 ¿Un proveedor médico (como un médico) le aplicó esta inyección?

No

Sí

Question: GENDER_6
Minimum checks: 1
Show if: (GENDER_4_1 = 1:[Sí]) or (GENDER_4_2 = 1:[Sí])

 ¿En qué parte del cuerpo recibió las inyecciones?
Seleccione todas las opciones que correspondan.

Mejillas

Labios

Mamas


Cadera

Glúteos

Otra parte del cuerpo, especifique:

Question Block: GENDER_7
Contains: Q1, Q2, Q3, Q4, Q5, Q6, Q7, Q8
Required
Show if: (VISIT = ENROLL:[Enrollment])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Lo han tenido	
2	Lo quiero algún día	
3	No lo quiero	
4	Prefiero no responder	

 Para cada uno de los siguientes procedimientos, responda si alguna vez se lo han realizado, si quiere que se lo realicen algún día o si no desea que se lo hagan:

	Lo han tenido	Lo quiero algún día	No lo quiero	Prefiero no responder
Depilación/electrólisis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aumento/cirugía de mamas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Orquiectomía/extirpación de los testículos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vaginoplastia/ninfoplastia/SRS/GRS/GCS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Afeitado traqueal (reducción del cartílago tiroides o manzana de Adán)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cirugía de feminización facial (como de nariz, cejas, barbilla, mejillas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Terapia de feminización de la voz (sin cirugía)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cirugía de feminización de la voz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question: GENDER_8
Minimum checks: 1
Show if: (VISIT = W13:[Week 13]) or (VISIT = W26:[Week 26]) or (VISIT = W39:[Week 39]) or (VISIT = W52:[Week 52]) or (VISIT = W65:[Week 65]) or (VISIT = W78:[Week 78])


 ▶ En los últimos 3 meses, ¿se le ha realizado alguno de los siguientes procedimientos?

Seleccione todas las opciones que correspondan.

- Depilación/electrólisis
- Aumento/cirugía de mamas
- Orquiectomía/extirpación de los testículos
- Vaginoplastia/ninfoplastia/SRS/GRS/GCS
- Afeitado traqueal (reducción del cartílago tiroides o manzana de Adán)
- Cirugía de feminización facial (como de nariz, cejas, barbilla, mejillas)
- Terapia de feminización de la voz (sin cirugía)
- Cirugía de feminización de la voz
- Prefiero no responder


Question: GENDER_9
Required
Show if: (VISIT = ENROLL:[Enrollment])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	No	
1	Sí	

 ▶ ¿ALGUNA VEZ ha recibido hormonas para su identidad de género o transición de género?

- No
- Sí

Question: GENDER_9A
Required
Show if: (VISIT = ENROLL:[Enrollment]) and (GENDER_9 = 1:[Sí])

 ▶ ¿A qué edad empezó a recibir hormonas?

Age

Auto Page Break

Question: GENDER_10**Required****Show if:** (GENDER_9 = 1:[Sí]) or (VISIT = W13:[Week 13]) or (VISIT = W26:[Week 26]) or (VISIT = W39:[Week 39]) or (VISIT = W52:[Week 52]) or (VISIT = W65:[Week 65]) or (VISIT = W78:[Week 78])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
0	No	
1	Sí	



▶ En los últimos 3 meses, ¿ha recibido hormonas para su identidad de género o transición de género?

- No
- Sí

Auto Page Break

Question: GENDER_11

Required

Show if: (GENDER_10 = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	No	
1	Sí	



¿Actualmente recibe hormonas para su identidad de género o transición de género?

- No
- Sí

Auto Page Break

Question: GENDER_12**Required****Show if:** (GENDER_11 = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sólo voy con proveedores médicos (como un médico) para obtener hormonas	
2	Además de los proveedores médicos, también obtengo hormonas de amigos, en línea u otras fuentes	
3	Sólo obtengo hormonas de amigos, en línea u otras fuentes sin licencia	
4	Alguna otra fuente, describa:	



▶ ¿De dónde obtiene actualmente las hormonas?

- Sólo voy con proveedores médicos (como un médico) para obtener hormonas
 Además de los proveedores médicos, también obtengo hormonas de amigos, en línea u otras fuentes
 Sólo obtengo hormonas de amigos, en línea u otras fuentes sin licencia
 Alguna otra fuente, describa:

Question: GENDER_13**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Saben casi todo sobre la atención para personas transgénero	
2	Saben la mayoría de las cosas sobre la atención para personas transgénero	
3	Saben algunas cosas sobre la atención para personas transgénero	
4	No saben casi nada sobre la atención para personas transgénero	
5	No estoy segura de qué tanto saben sobre la atención para personas transgénero	
6	No voy con un médico o proveedor de atención médica para recibir atención	
7	Prefiero no responder	



▶ Piense en los médicos o proveedores de atención médica a los que suele acudir para recibir atención médica, ¿qué tanto saben sobre la atención para personas transgénero?

- Saben casi todo sobre la atención para personas transgénero
 Saben la mayoría de las cosas sobre la atención para personas transgénero
 Saben algunas cosas sobre la atención para personas transgénero
 No saben casi nada sobre la atención para personas transgénero
 No estoy segura de qué tanto saben sobre la atención para personas transgénero
 No voy con un médico o proveedor de atención médica para recibir atención
 Prefiero no responder


Page Break

Collection: DRUG_INT**Contains:** DRUGINT_1, DRUGINT_2_1, DRUGINT_2_2, DRUGINT_3_1, DRUGINT_3_2, DRUGINT_4_1, DRUGINT_4_2, DRUGINT_5_1, DRUGINT_5_2

El siguiente conjunto de preguntas trata sobre el uso de la PrEP y de hormonas femeninas al mismo tiempo

Question: DRUGINT_1**Required**


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	No	
1	Sí	
2	No está segura	

 ¿Cree que la PrEP y las hormonas interfieren entre sí?

- No
- Sí
- No está segura

Question: DRUGINT_2_1**Required****Show if:** (VISIT = ENROLL:[Enrollment]) and (PREP_3_1 = 1:[Sí]) and (GENDER_9 = 1:[Sí]) and (DRUGINT_1 = 1:[Sí])


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	No	
1	Sí, uso una cantidad mayor que la recetada	
2	Sí, uso una cantidad menor que la recetada	
3	Sí, dejé de usar la PrEP	

 Si cree que la PrEP y las hormonas femeninas interfieren entre sí, ¿ha cambiado esto la forma en que recibe la PrEP?

- No
- Sí, uso una cantidad mayor que la recetada
- Sí, uso una cantidad menor que la recetada
- Sí, dejé de usar la PrEP

Question: DRUGINT_2_2**Required****Show if:** ((VISIT = W13:[Week 13]) and (PREP_3_2 = 1:[Sí]) and (GENDER_10 = 1:[Sí]) and (DRUGINT_1 = 1:[Sí])) or ((VISIT = W26:[Week 26]) and (PREP_3_2 = 1:[Sí]) and (GENDER_10 = 1:[Sí]) and (DRUGINT_1 = 1:[Sí])) or ((VISIT = W39:[Week 39]) and (PREP_3_2 = 1:[Sí]) and (GENDER_10 = 1:[Sí]) and (DRUGINT_1 = 1:[Sí])) or ((VISIT = W52:[Week 52]) and (PREP_3_2 = 1:[Sí]) and (GENDER_10 = 1:[Sí]) and (DRUGINT_1 = 1:[Sí])) or ((VISIT = W65:[Week 65]) and (PREP_3_2 = 1:[Sí]) and (GENDER_10 = 1:[Sí]) and (DRUGINT_1 = 1:[Sí])) or ((VISIT = W78:[Week 78]) and (PREP_3_2 = 1:[Sí]) and (GENDER_10 = 1:[Sí]) and (DRUGINT_1 = 1:[Sí]))

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	No	
1	Sí, uso una cantidad mayor que la recetada	
2	Sí, uso una cantidad menor que la recetada	
3	Sí, dejé de usar la PrEP	

 Si cree que la PrEP y las hormonas femeninas interfieren entre sí, ¿ha cambiado esto la forma en que recibe la PrEP?

- No
- Sí, uso una cantidad mayor que la recetada
- Sí, uso una cantidad menor que la recetada

-
- Sí, dejé de usar la PrEP

Question: DRUGINT_3_1

Required

Show if: (VISIT = ENROLL:[Enrollment]) and (PREP_3_1 = 1:[Sí]) and (GENDER_9 = 1:[Sí]) and (DRUGINT_1 = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	No	
1	Sí, uso una cantidad mayor que la recetada	
2	Sí, uso una cantidad menor que la recetada	
3	Sí, dejé de usar las hormonas	



▶ Si cree que la PrEP y las hormonas femeninas interfieren entre sí, ¿ha cambiado esto la forma en que recibe las hormonas?

- No
- Sí, uso una cantidad mayor que la recetada
- Sí, uso una cantidad menor que la recetada
- Sí, dejé de usar las hormonas

Question: DRUGINT_3_2

Required

Show if: ((VISIT = W13:[Week 13]) and (PREP_3_2 = 1:[Sí]) and (GENDER_10 = 1:[Sí]) and (DRUGINT_1 = 1:[Sí])) or ((VISIT = W26:[Week 26]) and (PREP_3_2 = 1:[Sí]) and (GENDER_10 = 1:[Sí]) and (DRUGINT_1 = 1:[Sí])) or ((VISIT = W39:[Week 39]) and (PREP_3_2 = 1:[Sí]) and (GENDER_10 = 1:[Sí]) and (DRUGINT_1 = 1:[Sí])) or ((VISIT = W52:[Week 52]) and (PREP_3_2 = 1:[Sí]) and (GENDER_10 = 1:[Sí]) and (DRUGINT_1 = 1:[Sí])) or ((VISIT = W65:[Week 65]) and (PREP_3_2 = 1:[Sí]) and (GENDER_10 = 1:[Sí]) and (DRUGINT_1 = 1:[Sí])) or ((VISIT = W78:[Week 78]) and (PREP_3_2 = 1:[Sí]) and (GENDER_10 = 1:[Sí]) and (DRUGINT_1 = 1:[Sí]))

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	No	
1	Sí, uso una cantidad mayor que la recetada	
2	Sí, uso una cantidad menor que la recetada	
3	Sí, dejé de usar las hormonas	



▶ Si cree que la PrEP y las hormonas femeninas interfieren entre sí, ¿ha cambiado esto la forma en que recibe las hormonas?

- No
- Sí, uso una cantidad mayor que la recetada
- Sí, uso una cantidad menor que la recetada
- Sí, dejé de usar las hormonas

Question: DRUGINT_4_1

Required

Show if: (VISIT = ENROLL:[Enrollment]) and (PREP_3_1 = 1:[Sí]) and (GENDER_9 = 1:[Sí]) and (DRUGINT_1 = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	No	
1	Sí	



▶ ¿Alguna vez un proveedor de atención médica le ha indicado que interrumpa las hormonas porque recibe la PrEP?

- No
- Sí

Question: DRUGINT_4_2**Required**

Show if: ((VISIT = W13:[Week 13]) and (PREP_3_2 = 1:[Sí]) and (GENDER_10 = 1:[Sí]) and (DRUGINT_1 = 1:[Sí])) or ((VISIT = W26:[Week 26]) and (PREP_3_2 = 1:[Sí]) and (GENDER_10 = 1:[Sí]) and (DRUGINT_1 = 1:[Sí])) or ((VISIT = W39:[Week 39]) and (PREP_3_2 = 1:[Sí]) and (GENDER_10 = 1:[Sí]) and (DRUGINT_1 = 1:[Sí])) or ((VISIT = W52:[Week 52]) and (PREP_3_2 = 1:[Sí]) and (GENDER_10 = 1:[Sí]) and (DRUGINT_1 = 1:[Sí])) or ((VISIT = W65:[Week 65]) and (PREP_3_2 = 1:[Sí]) and (GENDER_10 = 1:[Sí]) and (DRUGINT_1 = 1:[Sí])) or ((VISIT = W78:[Week 78]) and (PREP_3_2 = 1:[Sí]) and (GENDER_10 = 1:[Sí]) and (DRUGINT_1 = 1:[Sí]))

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	No	
1	Sí	
2	Sí, uso una cantidad menor que la recetada	<i>Never Shown</i>
3	Sí, dejé de usar la PrEP	<i>Never Shown</i>



▶ En los últimos 3 meses, ¿algún proveedor de atención médica le ha indicado que interrumpa las hormonas porque recibe la PrEP?

- No
 Sí
 Sí, uso una cantidad menor que la recetada
 Sí, dejé de usar la PrEP

Question: DRUGINT_5_1**Required**

Show if: (VISIT = ENROLL:[Enrollment]) and (PREP_3_1 = 1:[Sí]) and (GENDER_9 = 1:[Sí]) and (DRUGINT_1 = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	No	
1	Sí	



▶ ¿Alguna vez un proveedor de atención médica le ha cambiado la dosis de hormonas porque recibe la PrEP?

- No
 Sí

Question: DRUGINT_5_2**Required**

Show if: ((VISIT = W13:[Week 13]) and (PREP_3_2 = 1:[Sí]) and (GENDER_10 = 1:[Sí]) and (DRUGINT_1 = 1:[Sí])) or ((VISIT = W26:[Week 26]) and (PREP_3_2 = 1:[Sí]) and (GENDER_10 = 1:[Sí]) and (DRUGINT_1 = 1:[Sí])) or ((VISIT = W39:[Week 39]) and (PREP_3_2 = 1:[Sí]) and (GENDER_10 = 1:[Sí]) and (DRUGINT_1 = 1:[Sí])) or ((VISIT = W52:[Week 52]) and (PREP_3_2 = 1:[Sí]) and (GENDER_10 = 1:[Sí]) and (DRUGINT_1 = 1:[Sí])) or ((VISIT = W65:[Week 65]) and (PREP_3_2 = 1:[Sí]) and (GENDER_10 = 1:[Sí]) and (DRUGINT_1 = 1:[Sí])) or ((VISIT = W78:[Week 78]) and (PREP_3_2 = 1:[Sí]) and (GENDER_10 = 1:[Sí]) and (DRUGINT_1 = 1:[Sí]))

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	No	
1	Sí	
2	Sí, uso una cantidad menor que la recetada	<i>Never Shown</i>
3	Sí, dejé de usar la PrEP	<i>Never Shown</i>



▶ En los últimos 3 meses, ¿algún proveedor de atención médica le ha cambiado la dosis de hormonas porque recibe la PrEP?

- No
 Sí
 Sí, uso una cantidad menor que la recetada

Sí, dejé de usar la PrEP

Page Break

Collection: HIV_RISK

Contains: HIV_RISK_1

A continuación, hablaremos sobre qué tanto riesgo cree que tiene de contraer la infección por VIH.

Question: HIV_RISK_1

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	Sin riesgo	
1	Riesgo bajo	
2	Riesgo medio	
3	Riesgo alto	



▶ En su opinión, ¿cuál es su riesgo de contraer el VIH?

- Sin riesgo
- Riesgo bajo
- Riesgo medio
- Riesgo alto

Page Break

Collection: SEXBEH

Contains: SEXBEH_1, SEXBEH_2, SEXBEH_3, SEXBEH_4, SEXBEH_5, SEXBEH_6, SEXBEH_7, SEXBEH_8, SEXBEH_9, SEXBEH_10, SEXBEH_11, SEXBEH_12, SEXBEH_13, SEXBEH_14, SEXBEH_15, SEXBEH_16, SEXBEH_17, SEXBEH_18, SEXBEH_19, SEXBEH_20, SEXBEH_21, SEXBEH_22_1, SEXBEH_22_2, SEXBEH_23_1, SEXBEH_23_2

El siguiente conjunto de preguntas tratará sobre su vida sexual.

Question: SEXBEH_1

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	No	
1	Sí	



▶ En los últimos 3 meses, ¿ha tenido algún tipo de actividad sexual (oral, anal o vaginal)?

- No
- Sí

Auto Page Break

Question: SEXBEH_2**Minimum checks:** 1**Show if:** (SEXBEH_1 = 1:[Sí])

▶ En los últimos 3 meses, ¿cuáles fueron los géneros de sus parejas sexuales?

Seleccione todas las opciones que correspondan.

- Hombre (no transgénero)
- Mujer (no transgénero)
- Mujer transgénero
- Hombre transgénero
- Género no binario (sexo femenino asignado al nacer)
- Género no binario (sexo masculino asignado al nacer)
- Otra identidad (describa):

Question: SEXBEH_3**Minimum checks:** 1**Show if:** (SEXBEH_1 = 1:[Sí])

▶ En los últimos 3 meses, ¿cuáles de los siguientes tipos de actividad sexual ha tenido?

Seleccione todas las opciones que correspondan.

- Su pareja le introdujo el pene en el ano o entre las nalgas
- Usted introdujo el pene en el ano o entre las nalgas de su pareja
- Su pareja le introdujo el pene en la vagina
- Usted introdujo el pene en la vagina de su pareja
- Su pareja le introdujo el pene en la boca
- Usted introdujo el pene en la boca de su pareja
- Su pareja colocó su boca en su vagina
- Usted colocó su boca en la vagina de su pareja

Question: SEXBEH_4**Required****Show if:** (SEXBEH_1 = 1:[Sí]) and (SEXBEH_3 is-any-of [Su pareja le introdujo el pene en el ano o entre las nalgas] or [Usted introdujo el pene en el ano o entre las nalgas de su pareja] or [Su pareja le introdujo el pene en la vagina] or [Usted introdujo el pene en la vagina de su pareja])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	No tuve sexo con nadie que supiera que era VIH positivo	
2	En ningún momento	
3	Menos de la mitad de las veces	
4	Aproximadamente la mitad de las veces	
5	Más de la mitad de las veces	
6	Todo el tiempo	



▶ En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia usó preservativos al tener sexo vaginal o anal con personas que sabía que eran VIH positivo?

- No tuve sexo con nadie que supiera que era VIH positivo
- En ningún momento
- Menos de la mitad de las veces
- Aproximadamente la mitad de las veces
- Más de la mitad de las veces
- Todo el tiempo

Question: SEXBEH_5**Required****Show if:** (SEXBEH_1 = 1:[Sí]) and (SEXBEH_3 is-any-of [Su pareja le introdujó el pene en el ano o entre las nalgas] or [Usted introdujó el pene en el ano o entre las nalgas de su pareja] or [Su pareja le introdujó el pene en la vagina] or [Usted introdujó el pene en la vagina de su pareja])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	No tuve relaciones sexuales con nadie que no supiera si era VIH positivo o VIH negativo	
2	En ningún momento	
3	Menos de la mitad de las veces	
4	Aproximadamente la mitad de las veces	
5	Más de la mitad de las veces	
6	Todo el tiempo	



▶ En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia usó preservativos al tener sexo vaginal o anal con personas que no sabía si eran VIH positivo o VIH negativo?

- No tuve relaciones sexuales con nadie que no supiera si era VIH positivo o VIH negativo
- En ningún momento
- Menos de la mitad de las veces
- Aproximadamente la mitad de las veces
- Más de la mitad de las veces
- Todo el tiempo

Question: SEXBEH_6**Required****Show if:** (SEXBEH_1 = 1:[Sí]) and (SEXBEH_3 is-any-of [Su pareja le introdujó el pene en el ano o entre las nalgas] or [Usted introdujó el pene en el ano o entre las nalgas de su pareja] or [Su pareja le introdujó el pene en la vagina] or [Usted introdujó el pene en la vagina de su pareja])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	En ningún momento	
2	Menos de la mitad de las veces	
3	Aproximadamente la mitad de las veces	
4	Más de la mitad de las veces	
5	Todo el tiempo	
6	Prefiero no responder	



▶ En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia estuvo drogada o alcoholizada cuando tuvo sexo vaginal o anal?

- En ningún momento
- Menos de la mitad de las veces
- Aproximadamente la mitad de las veces
- Más de la mitad de las veces
- Todo el tiempo
- Prefiero no responder

Page Break

Ahora piense sólo en el último mes.

Question: SEXBEH_7

Required

Show if: (SEXBEH_1 = 1:[Sí]) and (SEXBEH_3 is-any-of [Su pareja le introdujó el pene en el ano o entre las nalgas])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1		
2	Prefiero no responder	



▶ ¿Cuántas veces en el último mes tuvo sexo anal en el que su pareja le introdujo el pene en el ano o entre las nalgas?

- Number of times
- Prefiero no responder

Question: SEXBEH_8

Required

Show if: (SEXBEH_1 = 1:[Sí]) and (SEXBEH_3 is-any-of [Su pareja le introdujó el pene en el ano o entre las nalgas]) and (SEXBEH_7.TEXT > 0)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1		
2	Prefiero no responder	



▶ De esas veces, ¿en cuántas ocasiones su pareja usó un preservativo todo el tiempo que estuvo adentro?

- Number of times
- Prefiero no responder

Page Break

Question: SEXBEH_9**Required****Show if:** (SEXBEH_1 = 1:[S]) and (SEXBEH_3 is-any-of [Su pareja le introdujó el pene en el ano o entre las nalgas]) and (SEXBEH_7.TEXT > 0)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1		
2	Prefiero no responder	



▶ De esas veces, ¿en cuántas ocasiones utilizó lubricante?

- Number of times
- Prefiero no responder

Page Break

Question: SEXBEH_10**Required****Show if:** (SEXBEH_1 = 1:[Sí]) and (SEXBEH_3 is-any-of [Su pareja le introdujó el pene en el ano o entre las nalgas]) and (SEXBEH_7.TEXT > 0)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	No	
1	Sí	
2	No está segura	
3	Prefiero no responder	



Ahora piense en la última vez que una pareja le introdujó el pene en el ano o entre las nalgas. ¿Su pareja usó un preservativo todo el tiempo que estuvo adentro?

- No
 Sí
 No está segura
 Prefiero no responder

Question: SEXBEH_11**Required****Show if:** (SEXBEH_1 = 1:[Sí]) and (SEXBEH_3 is-any-of [Su pareja le introdujó el pene en el ano o entre las nalgas]) and (SEXBEH_7.TEXT > 0)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	No	
1	Sí	
2	No está segura	
3	Prefiero no responder	



La última vez que una pareja le introdujo el pene en el ano o entre las nalgas, ¿usó lubricante?

- No
 Sí
 No está segura
 Prefiero no responder

Page Break

Ahora piense sólo en el último mes.

Question: SEXBEH_12

Required

Show if: (SEXBEH_1 = 1:[Sí]) and (SEXBEH_3 is-any-of [Su pareja le introdujó el pene en la vagina])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1		
2	Prefiero no responder	



¿Cuántas veces en el último mes tuvo sexo vaginal en el que su pareja le introdujó el pene en la vagina?

- Number of times
- Prefiero no responder

Question: SEXBEH_13

Required

Show if: (SEXBEH_1 = 1:[Sí]) and (SEXBEH_3 is-any-of [Su pareja le introdujó el pene en la vagina]) and (SEXBEH_12.TEXT > 0)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1		
2	Prefiero no responder	



De esas veces, ¿en cuántas ocasiones su pareja usó un preservativo todo el tiempo que estuvo adentro?

- Number of times
- Prefiero no responder

Page Break

Question: SEXBEH_14

Required

Show if: (SEXBEH_1 = 1:[Sí]) and (SEXBEH_3 is-any-of [Su pareja le introdujó el pene en la vagina]) and (SEXBEH_12.TEXT > 0)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1		
2	Prefiero no responder	



▶ De esas veces, ¿en cuántas ocasiones utilizó lubricante?

- Number of times
- Prefiero no responder

Page Break

Question: SEXBEH_15**Required****Show if:** (SEXBEH_1 = 1:[Sí]) and (SEXBEH_3 is-any-of [Su pareja le introdujó el pene en la vagina]) and (SEXBEH_12.TEXT > 0)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	No	
1	Sí	
2	No está segura	
3	Prefiero no responder	



▶ Ahora piense en la última vez que una pareja le introdujo el pene en la vagina. ¿Su pareja usó un preservativo todo el tiempo que estuvo adentro?

- No
 Sí
 No está segura
 Prefiero no responder

Question: SEXBEH_16**Required****Show if:** (SEXBEH_1 = 1:[Sí]) and (SEXBEH_3 is-any-of [Su pareja le introdujó el pene en la vagina]) and (SEXBEH_12.TEXT > 0)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	No	
1	Sí	
2	No está segura	
3	Prefiero no responder	



▶ La última vez que una pareja le introdujó el pene en la vagina, ¿usó lubricante?

- No
 Sí
 No está segura
 Prefiero no responder

Page Break

Ahora piense sólo en el último mes.

Question: SEXBEH_17

Required

Show if: (SEXBEH_1 = 1:[Sí]) and (SEXBEH_3 is-any-of [Usted introdujó el pene en el ano o entre las nalgas de su pareja])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1		
2	Prefiero no responder	



¿Cuántas veces en el último mes tuvo sexo anal en el que usted introdujó el pene en el ano o entre las nalgas de su pareja?

- Number of times
- Prefiero no responder

Question: SEXBEH_18

Required

Show if: (SEXBEH_1 = 1:[Sí]) and (SEXBEH_3 is-any-of [Usted introdujó el pene en el ano o entre las nalgas de su pareja]) and (SEXBEH_17.TEXT > 0)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1		
2	Prefiero no responder	



De esas veces, ¿en cuántas ocasiones usted usó un preservativo todo el tiempo que estuvo adentro?

- Number of times
- Prefiero no responder

Page Break

Question: SEXBEH_19**Required****Show if:** (SEXBEH_1 = 1:[Sí]) and (SEXBEH_3 is-any-of [Usted introdujó el pene en el ano o entre las nalgas de su pareja]) and (SEXBEH_17.TEXT > 0)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1		
2	Prefiero no responder	



▶ De esas veces, ¿en cuántas ocasiones utilizó lubricante?

- Number of times
- Prefiero no responder

Page Break

Question: SEXBEH_20**Required****Show if:** (SEXBEH_1 = 1:[Sí]) and (SEXBEH_3 is-any-of [Usted introdujo el pene en el ano o entre las nalgas de su pareja]) and (SEXBEH_17.TEXT > 0)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	No	
1	Sí	
2	No está segura	<i>Never Shown</i>
3	Prefiero no responder	



Ahora piense en la última vez que usted introdujo el pene en el ano o entre las nalgas de una pareja. ¿Usó un preservativo todo el tiempo que estuvo adentro?

- No
 Sí
 No está segura
 Prefiero no responder

Question: SEXBEH_21**Required****Show if:** (SEXBEH_1 = 1:[Sí]) and (SEXBEH_3 is-any-of [Usted introdujo el pene en el ano o entre las nalgas de su pareja]) and (SEXBEH_17.TEXT > 0)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	No	
1	Sí	
2	No está segura	<i>Never Shown</i>
3	Prefiero no responder	



La última vez que usted introdujo el pene en el ano o entre las nalgas de una pareja, ¿usó lubricante?

- No
 Sí
 No está segura
 Prefiero no responder

Page Break

Question: SEXBEH_22_1**Required****Show if:** (VISIT = ENROLL:[Enrollment])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	No	
1	Sí	
2	Prefiero no responder	



¿Alguna vez ha tenido sexo con alguien para obtener dinero, drogas, un lugar para quedarse, comida u otras cosas que pudiera necesitar?

- No
- Sí
- Prefiero no responder

Question: SEXBEH_22_2**Required****Show if:** (VISIT = W13:[Week 13]) or (VISIT = W26:[Week 26]) or (VISIT = W39:[Week 39]) or (VISIT = W52:[Week 52]) or (VISIT = W65:[Week 65]) or (VISIT = W78:[Week 78])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	No	
1	Sí	
2	Prefiero no responder	



En los últimos 3 meses, ¿ha tenido sexo con alguien para obtener dinero, drogas, un lugar para quedarse, comida u otras cosas que pudiera necesitar?

- No
- Sí
- Prefiero no responder

Question: SEXBEH_23_1**Required****Show if:** (VISIT = ENROLL:[Enrollment])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	No	
1	Sí	
2	Prefiero no responder	



¿Alguna vez le ha dado a alguien dinero, drogas, un lugar para quedarse, comida u otras cosas que pudiera necesitar?

- No
- Sí
- Prefiero no responder

Question: SEXBEH_23_2**Required****Show if:** (VISIT = W13:[Week 13]) or (VISIT = W26:[Week 26]) or (VISIT = W39:[Week 39]) or (VISIT = W52:[Week 52]) or (VISIT = W65:[Week 65]) or (VISIT = W78:[Week 78])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	No	
1	Sí	
2	Prefiero no responder	



En los últimos 3 meses, ¿alguna le ha dado a alguien dinero, drogas, un lugar para

quedarse, comida u otras cosas que pudiera necesitar?

- No
- Sí
- Prefiero no responder

Page Break

Collection: MENTAL_HEALTH

Contains: MENTAL_HEALTH_1, MENTAL_HEALTH_2, NIGHTMARE, AVOID, ONGUARD, NUMB

El siguiente conjunto de preguntas tratará sobre su estado de ánimo y salud mental. Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?

Question: MENTAL_HEALTH_1

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Para nada	
2	Varios días	
3	Más de la mitad de los días	
4	Casi todos los días	



► Poco interés o placer al hacer cosas

- Para nada
 Varios días
 Más de la mitad de los días
 Casi todos los días

Question: MENTAL_HEALTH_2

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Para nada	
2	Varios días	
3	Más de la mitad de los días	
4	Casi todos los días	



► Sentirse decaída, deprimida o sin esperanza

- Para nada
 Varios días
 Más de la mitad de los días
 Casi todos los días

Page Break

En su vida, ¿alguna vez ha tenido alguna experiencia tan aterradora, horrible o perturbadora que en el último mes usted...?

Question: NIGHTMARE

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	No	
1	Sí	



▶ ¿Ha tenido pesadillas al respecto o ha pensado en ello cuando no quería?

- No
 Sí

Question: AVOID

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	No	
1	Sí	



▶ ¿Se esforzó por no pensar en ello o hizo todo lo posible para evitar situaciones que se lo recordaban?

- No
 Sí

Question: ONGUARD

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	No	
1	Sí	



▶ ¿Estuvo constantemente a la defensiva, alerta o se sobresaltaba con facilidad?

- No
 Sí

Question: NUMB

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	No	
1	Sí	



▶ ¿Se sintió insensible o alejada de los demás, de las actividades o de su entorno?

- No
 Sí

Page Break

Collection: SUB_ABUSE**Contains:** SUB_ABUSE_1, SUB_ABUSE_2, SUB_ABUSE_3, SUB_ABUSE_4, SUB_ABUSE_5, SUB_ABUSE_6, SUB_ABUSE_7, SUB_ABUSE_8, SUB_ABUSE_9, SUB_ABUSE_10

El siguiente conjunto de preguntas tratará sobre su consumo de alcohol y drogas.

Question: SUB_ABUSE_1**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	Nunca	
1	Una vez por mes o menos	
2	De 2 a 4 veces por mes	
3	De 2 a 3 veces por semana	
4	4 o más veces por semana	



¿Con qué frecuencia tomó alguna bebida que contuviera alcohol en los últimos 3 meses?

- Nunca
- Una vez por mes o menos
- De 2 a 4 veces por mes
- De 2 a 3 veces por semana
- 4 o más veces por semana

Auto Page Break

Question: SUB_ABUSE_2**Required****Show if:** (SUB_ABUSE_1 ≠ 0:[Nunca])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	1 o 2	
1	3 o 4	
2	5 o 6	
3	7 a 9	
4	10 o más	



▶ ¿Cuántos tragos estándar con alcohol tomó en un día típico de consumo en los últimos 3 meses?

- 1 o 2
- 3 o 4
- 5 o 6
- 7 a 9
- 10 o más

Question: SUB_ABUSE_3**Required****Show if:** (SUB_ABUSE_1 ≠ 0:[Nunca])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	Nunca	
1	Menos de una vez por mes	
2	Una vez por mes	
3	Una vez por semana	
4	Todos los días o casi todos los días	



▶ ¿Con qué frecuencia tomó seis o más tragos en una ocasión en los últimos 3 meses?

- Nunca
- Menos de una vez por mes
- Una vez por mes
- Una vez por semana
- Todos los días o casi todos los días

Question: SUB_ABUSE_4**Required****Show if:** (VISIT = ENROLL:[Enrollment])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	No	
1	Sí	



▶ ¿Alguna vez ha consumido drogas distintas de las necesarias por motivos médicos?

- No
- Sí

Auto Page Break

Question: SUB_ABUSE_5

Required

Show if: (SUB_ABUSE_4 ≠ 0:[No])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	No	
1	Sí	



¿Ha consumido drogas distintas de las necesarias por motivos médicos en los últimos 3 meses?

- No
- Sí

Auto Page Break

Question: SUB_ABUSE_6**Minimum checks:** 1**Show if:** (SUB_ABUSE_5 = 1:[Sí])

¿Cuál de las siguientes drogas ha utilizado sin un motivo médico en los últimos 3 meses?

- Marihuana (hierba, hachís, skank)
- Crack (oxi, merla)
- Cocaína en polvo
- Heroína
- Opioides recetados (oxicodona, buprenorfina o "bup")
- Metanfetaminas (anfeta, cristal, met)
- Tranquilizantes (Valium, Xanax)
- Drogas de club (por ejemplo, éxtasis/X, molly/MDMA, GHB, ketamina/K)
- Alucinógenos (LSD, hongos)
- Inhalantes (disolvente de pintura, aerosol, pegamento)
- Otra (describa):
- Prefiero no responder

Question: SUB_ABUSE_7**Required****Show if:** (SUB_ABUSE_1 ≠ 0:[Nunca]) and (SUB_ABUSE_5 = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	No	
1	Sí	



¿Ha sentido que debería reducir su consumo de alcohol o drogas?

- No
- Sí

Question: SUB_ABUSE_8**Required****Show if:** (SUB_ABUSE_1 ≠ 0:[Nunca]) and (SUB_ABUSE_5 = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	No	
1	Sí	



¿La gente la ha molestado con críticas sobre su consumo de alcohol o drogas?

- No
- Sí

Question: SUB_ABUSE_9**Required****Show if:** (SUB_ABUSE_1 ≠ 0:[Nunca]) and (SUB_ABUSE_5 = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	No	
1	Sí	



¿Se ha sentido mal o culpable debido a su consumo de alcohol o drogas?

- No
- Sí

Question: SUB_ABUSE_10

Required

Show if: (SUB_ABUSE_1 \neq 0:[Nunca]) and (SUB_ABUSE_5 = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	No	
1	Sí	



▶ ¿Alguna vez ha tomado una copa o ha consumido drogas a primera hora de la mañana para calmar los nervios o quitarse la resaca?


- No
- Sí

Page Break

Collection: STIGMA
Contains: STIGMA_1, STIGMA_2, STIGMA_3

Question Block: STIGMA_1
Contains: RESPECT, SERVICE, SMART, AFRAID, THREATEN
Required


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	Nunca	
1	Menos de una vez por año	
2	Algunas veces por año	
3	Algunas veces por mes	
4	Por lo menos una vez por semana	
5	Casi todos los días	

 ▶ Na sua vida cotidiana com qual frequência ocorre alguma das seguintes coisas para você?

	Nunca	Menos de una vez por año	Algunas veces por año	Algunas veces por mes	Por lo menos una vez por semana	Casi todos los días
La tratan con menos cortesía o respeto que a otras personas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recibe un peor servicio que otras personas en restaurantes o tiendas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Las personas actúan como si pensarán que usted no es inteligente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Las personas actúan como si le tuvieran miedo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La amenazan o la acosan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question Block: STIGMA_2
Contains: HIRE, TRUST, DANGER, LESS, DOWN, INTELL
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Completamente en desacuerdo	
2	En desacuerdo	
3	De acuerdo	
4	Completamente de acuerdo	


 Las siguientes declaraciones se refieren a “una persona como usted”, es decir, una persona que tiene las mismas características que usted, como el mismo género, raza, origen étnico y/o clase socioeconómica. Responda en función de cómo cree que la gente la percibe (en términos generales) según esos grupos.

	Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo
La mayoría de los empleadores no contratarán a una persona como usted	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La mayoría de la gente cree que no se puede confiar en una persona como usted	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La mayoría de la gente piensa que una persona como usted es peligrosa e impredecible	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La mayoría de la gente tiene una mala opinión de una persona como usted	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La mayoría de la gente desprecia a personas como usted	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La mayoría de la gente piensa que las personas como usted no son tan inteligentes como la persona promedio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question: STIGMA_3

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Completamente de acuerdo	
2	De acuerdo	
3	En desacuerdo	
4	Completamente en desacuerdo	
5	Prefiero no responder	

 La siguiente declaración se refiere a cómo se siente respecto a su identidad de género. Califique qué tan de acuerdo está con la siguiente declaración: “Ojalá no fuera transgénero”.

- Completamente de acuerdo
- De acuerdo

- En desacuerdo
- Completamente en desacuerdo
- Prefiero no responder

Page Break

Collection: VIOLENCE

Contains: VIOLENCE_1_1, VIOLENCE_1_2, VIOLENCE_1A, VIOLENCE_1B, VIOLENCE_2_1, VIOLENCE_2_2, VIOLENCE_2A, VIOLENCE_2B, VIOLENCE_3_1, VIOLENCE_3_2, VIOLENCE_3A, VIOLENCE_3B

El siguiente conjunto de preguntas tratará sobre sus experiencias de violencia.

Question: VIOLENCE_1_1

Required

Show if: (VISIT = ENROLL:[Enrollment])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	No	
1	Sí	
2	Prefiero no responder	



¿Alguien la ha insultado, criticado, amenazado o le ha gritado de alguna manera?

- No
 Sí
 Prefiero no responder

Question: VIOLENCE_1_2

Required

Show if: (VISIT = W13:[Week 13]) or (VISIT = W26:[Week 26]) or (VISIT = W39:[Week 39]) or (VISIT = W52:[Week 52]) or (VISIT = W65:[Week 65]) or (VISIT = W78:[Week 78])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	No	
1	Sí	
2	Prefiero no responder	



En los últimos 3 meses, ¿alguien la ha insultado, criticado, amenazado o le ha gritado de alguna manera?

- No
 Sí
 Prefiero no responder

Question: VIOLENCE_1A

Required

Show if: (VISIT = ENROLL:[Enrollment]) and (VIOLENCE_1_1 = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	No	
1	Sí	
2	Prefiero no responder	



¿Ha sucedido esto en los últimos 3 meses?

- No
 Sí
 Prefiero no responder

Auto Page Break

Question: VIOLENCE_1B**Minimum checks:** 1**Show if:** (VIOLENCE_1_1 = 1:[Sí]) or (VIOLENCE_1_2 = 1:[Sí])

▶ ¿Quién le ha hecho estas cosas?

Seleccione todas las opciones que correspondan.

- Pareja actual
- Una expareja
- Un cliente de trabajo sexual (también conocido como una cita)
- Un familiar
- Un empleador/compañero de trabajo
- Alguna persona de la comunidad transgénero
- Alguna persona de su vecindario
- Policía/cuerpos de seguridad
- Una persona desconocida
- Alguna otra persona
- Prefiero no responder

Question: VIOLENCE_2_1**Required****Show if:** (VISIT = ENROLL:[Enrollment])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	No	
1	Sí	
2	Prefiero no responder	



▶ ¿Alguna vez alguien la ha golpeado, pateado, abofeteado, dado un puñetazo o lastimado físicamente de otra manera?

- No
- Sí
- Prefiero no responder

Question: VIOLENCE_2_2**Required****Show if:** (VISIT = W13:[Week 13]) or (VISIT = W26:[Week 26]) or (VISIT = W39:[Week 39]) or (VISIT = W52:[Week 52]) or (VISIT = W65:[Week 65]) or (VISIT = W78:[Week 78])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	No	
1	Sí	
2	Prefiero no responder	



▶ En los últimos 3 meses, ¿alguien la ha golpeado, pateado, abofeteado, dado un puñetazo o lastimado físicamente de otra manera?

- No
- Sí
- Prefiero no responder

Question: VIOLENCE_2A**Required****Show if:** (VISIT = ENROLL:[Enrollment]) and (VIOLENCE_2_1 = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If

0	No	
1	Sí	
2	Prefiero no responder	



▶ ¿Ha sucedido esto en los últimos 3 meses?

- No
- Sí
- Prefiero no responder

Auto Page Break

Question: VIOLENCE_2B**Minimum checks:** 1**Show if:** (VIOLENCE_2_1 = 1:[Sí]) or (VIOLENCE_2_2 = 1:[Sí])

▶ ¿Quién le ha hecho estas cosas?

Seleccione todas las opciones que correspondan.

- Pareja actual
- Una expareja
- Un cliente de trabajo sexual (también conocido como una cita)
- Un familiar
- Un empleador/compañero de trabajo
- Alguna persona de la comunidad transgénero
- Alguna persona de su vecindario
- Policía/cuerpos de seguridad
- Una persona desconocida
- Alguna otra persona
- Prefiero no responder

Question: VIOLENCE_3_1**Required****Show if:** (VISIT = ENROLL:[Enrollment])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	No	
1	Sí	
2	Prefiero no responder	



▶ ¿Alguna vez alguien la ha obligado o forzado físicamente a tener sexo o a realizar actos sexuales que usted no deseaba?

- No
- Sí
- Prefiero no responder

Question: VIOLENCE_3_2**Required****Show if:** (VISIT = W13:[Week 13]) or (VISIT = W26:[Week 26]) or (VISIT = W39:[Week 39]) or (VISIT = W52:[Week 52]) or (VISIT = W65:[Week 65]) or (VISIT = W78:[Week 78])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	No	
1	Sí	
2	Prefiero no responder	



▶ En los últimos 3 meses, ¿alguien la ha obligado o forzado físicamente a tener sexo o a realizar actos sexuales que usted no deseaba?

- No
- Sí
- Prefiero no responder

Question: VIOLENCE_3A**Required****Show if:** (VISIT = ENROLL:[Enrollment]) and (VIOLENCE_3_1 = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If

0	No	
1	Sí	
2	Prefiero no responder	



▶ ¿Ha sucedido esto en los últimos 3 meses?

- No
- Sí
- Prefiero no responder

Auto Page Break

Question: VIOLENCE_3B

Minimum checks: 1

Show if: (VIOLENCE_3_1 = 1:[Sí]) or (VIOLENCE_3_2 = 1:[Sí])



▶ ¿Quién le ha hecho estas cosas?

Seleccione todas las opciones que correspondan.

- Pareja actual
- Una expareja
- Un cliente de trabajo sexual (también conocido como una cita)
- Un familiar
- Un empleador/compañero de trabajo
- Alguna persona de la comunidad transgénero
- Alguna persona de su vecindario
- Policía/cuerpos de seguridad
- Una persona desconocida
- Alguna otra persona
- Prefiero no responder

Page Break

Collection: HOUSE**Contains:** HOUSE_1, HOUSE_2_1, HOUSE_2_2, HOUSE_3, HOUSE_4

El siguiente conjunto de preguntas tratará sobre la vivienda y la alimentación.

Question: HOUSE_1**Required****Show if:** (VISIT = ENROLL:[Enrollment])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	No	
1	Sí	



▶ En su vida, ¿alguna vez ha sido una persona sin hogar? Por persona sin hogar nos referimos a que durmió en un refugio, en la calle, en un automóvil, en la casa de un amigo o familiar durante algunas noches o semanas, o en otro lugar no destinado para dormir.

- No
- Sí

Question: HOUSE_2_1**Required****Show if:** (VISIT = ENROLL:[Enrollment]) and (HOUSE_1 = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	No	
1	Sí	



▶ ¿Ha sido una persona sin hogar en los últimos 3 meses?

- No
- Sí

Question: HOUSE_2_2**Required****Show if:** (VISIT = W13:[Week 13]) or (VISIT = W26:[Week 26]) or (VISIT = W39:[Week 39]) or (VISIT = W52:[Week 52]) or (VISIT = W65:[Week 65]) or (VISIT = W78:[Week 78])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	No	
1	Sí	



▶ ¿Ha sido una persona sin hogar en los últimos 3 meses? Por persona sin hogar nos referimos a que durmió en un refugio, en la calle, en un automóvil, en la casa de un amigo o familiar durante algunas noches o semanas, o en otro lugar no destinado para dormir.

- No
- Sí

Question: HOUSE_3**Required**

▶ Ahora piense en los últimos 30 días. ¿Cuántos días ha tenido dificultades para encontrar un lugar seguro para dormir? (Si no ha tenido dificultades para encontrar un lugar seguro para dormir, ingrese "0").

Days **Question:** HOUSE_4**Required**

▶ En los últimos 30 días, ¿cuántas noches se durmió con hambre porque no tenía suficiente

comida?

Nights

Page Break

Collection: COMMUNITY**Contains:** COMMUNITY_1, COMMUNITY_2, COMMUNITY_3, COMMUNITY_4, COMMUNITY_5

El siguiente conjunto de declaraciones se centra en cómo se siente acerca de la comunidad de mujeres transgénero. Indique en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con lo siguiente.

Question: COMMUNITY_1**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	En desacuerdo	
1	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	
2	De acuerdo	



▶ Me siento parte de una comunidad de personas que comparten mi identidad de género

- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo

Question: COMMUNITY_2**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	En desacuerdo	
1	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	
2	De acuerdo	



▶ Me siento unida a otras personas que comparten mi identidad de género

- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo

Question: COMMUNITY_3**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	En desacuerdo	
1	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	
2	De acuerdo	



▶ Cuando interactúo con miembros de una comunidad que comparte mi identidad de género, siento que pertenezco

- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo

Question: COMMUNITY_4**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	En desacuerdo	
1	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	
2	De acuerdo	



▶ No soy como otras personas que comparten mi identidad de género

- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo

De acuerdo

Question: COMMUNITY_5

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	En desacuerdo	
1	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	
2	De acuerdo	



▶ Me siento aislada y separada de otras personas que comparten mi identidad de género

- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo

Page Break

Collection: END_SURVEY
Contains: QUESTTALK

Question: QUESTTALK
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
2	No	
999	Prefiero no responder	



▶ Hoy le hemos hecho varias preguntas. Algunas de ellas pueden haber hecho que se sienta preocupada o triste. ¿Le gustaría hablar con alguien sobre alguna de sus respuestas?

- Sí
- No
- Prefiero no responder

Powered by DatStat