

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.

TESIS DOCTORAL

**“EL USO SEXUALIZADO DE DROGAS COMO FENÓMENO SOCIO-SEXUAL
EMERGENTE EN LATINOAMÉRICA EN LA POBLACIÓN DE HOMBRES GAY,
BISEXUALES Y OTROS HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES:
INDAGANDO EN LOS RESULTADOS DE LAMIS-2018”**

Cristian Lisboa Donoso

Directoras

Dra. Valeria Stuardo Ávila

Dra. Cinta Folch Toda

Tutor

Dr. Jordi Casabona Barbará


Departamento de Pediatría, Obstetricia y Ginecología, Medicina Preventiva y
Salud Pública


Doctorado en Metodología de la Investigación Biomédica y Salud Pública


Barcelona, 2023

**“EL USO SEXUALIZADO DE DROGAS COMO FENÓMENO SOCIO-SEXUAL
EMERGENTE EN LATINOAMÉRICA EN LA POBLACIÓN DE HOMBRES GAY,
BISEXUALES Y OTROS HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES:
INDAGANDO EN LOS RESULTADOS DE LAMIS-2018”**

Cristian Lisboa Donoso

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  http://cat.creativecommons.org/?page_id=184

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <http://es.creativecommons.org/blog/licencias/>

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>

AGRADECIMIENTOS

A mis directoras Valeria Stuardo y Cinta Folch, por su generosidad en la entrega de conocimientos, respeto y apoyo constante durante todas las etapas de este proceso. Han sido para mí una fuente permanente de motivación e inspiración, a través de su trabajo académico metódico, riguroso y conectado con las comunidades y sus diversos contextos.

A mi tutor Jordi Casabona, por su confianza, amabilidad y sabiduría.

Al profesor Albert Navarro, por su valiosa colaboración en momentos claves para el desarrollo de este trabajo doctoral.

A los investigadores, investigadoras y agentes comunitarios que conforman la red Right Plus, por haber hecho posible el estudio LAMIS-2018 y apoyar este trabajo desarrollado en el marco de la investigación de base comunitaria.

Finalmente, un especial agradecimiento a Carolina, Renato y Facundo, mis soportes fundamentales durante este viaje. Gracias por brindarme su paciencia, comprensión y apoyo emocional. Nuestra hermosa familia es y será mi máximo éxito en la vida.

CONTENIDOS

PRESENTACIÓN	6
GLOSARIO	7
ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS	8
RESUMEN	10
SUMMARY	12
1. INTRODUCCIÓN	14
1.1 Antecedentes generales del consumo de drogas y su uso sexualizado	14
1.2 La prevención del consumo: Del prohibicionismo a la descriminalización	16
1.3 La Reducción de Daños	17
1.4 La Reducción de Daños en Latinoamérica	18
1.5 La gestión de riesgos y placeres	20
1.6 Chemsex y uso sexualizado de drogas en Latinoamérica	21
1.7 Determinantes del uso sexualizado de drogas	24
2. JUSTIFICACIÓN Y PROPOSITO	29
3. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	30
4. HIPÓTESIS	31
5. OBJETIVOS	32
5.1 Objetivo general	32
5.2 Objetivos específicos	32
6. MÉTODOS	33
6.1 Diseño del estudio	33
6.2 Población y criterios de inclusión	34
6.3 Instrumento de recolección de la información	34

6.4	Promoción y reclutamiento	35
6.5	Análisis de datos	38
6.5.1	Variable dependiente	38
6.5.2	Variables independientes	38
6.5.3	Análisis de datos objetivo específico 1	39
6.5.4	Análisis de datos objetivo específico 2	40
6.5.5	Análisis de datos objetivo específico 3	40
6.5.6	Análisis de datos objetivo específico 4	41
6.6	Aspectos éticos	42
7.	RESULTADOS	43
7.1	Objetivo específico 1	44
7.1.1	Uso de drogas en cualquier contexto	44
7.1.2	Uso de drogas en el contexto sexual	44
7.1.3	Uso de drogas antes o durante el último encuentro sexual	48
7.2	Objetivo específico 2	51
7.2.1	Aspectos sociodemográficos	51
7.2.2	Aspectos socioepidemiológicos	56
7.2.3	Aspectos psicosociales	61
7.3	Objetivo específico 3	66
7.4	Objetivo específico 4	69
7.4.1	Uso sexualizado de drogas	69
7.4.2	Uso sexualizado de drogas reciente	71
8.	DISCUSIÓN	73
9.	LIMITACIONES	80
10.	CONCLUSIONES	81
11.	RECOMENDACIONES	82

12.	CONTRIBUCIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN	84
13.	AGRADECIMIENTOS	85
14.	DISCLAIMER	86
15.	REFERENCIAS	87
16.	ANEXOS	101
16.1	Artículo Revista PLOS ONE	101
16.2	Cuestionario LAMIS-2018	103

PRESENTACIÓN

Esta tesis doctoral está basada en una investigación sobre el uso sexualizado de drogas a partir del análisis de los datos recogidos por el estudio LAMIS-2018, la primera encuesta en línea sobre salud psico-socio-sexual para hombres gay, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres, realizada en 18 países de Latinoamérica.

El uso sexualizado de drogas ha adquirido relevancia como fenómeno de interés para la salud pública, dado el rol que se le ha asignado como factor conductual responsable del aumento de la exposición al VIH y otras ITS entre quienes lo practican, junto con los riesgos inherentes al consumo de sustancias psicoactivas. Este fenómeno ha sido poco estudiado en la región y, los estudios existentes muestran una amplia variabilidad en aspectos conceptuales, metodológicos y en sus resultados, por lo cual es necesario el desarrollo de nuevas investigaciones que aumenten nuestro entendimiento sobre esta problemática de salud pública.

En este contexto, el objetivo principal de esta tesis fue determinar la prevalencia y características del uso sexualizado de drogas en las personas encuestadas en LAMIS-2018, identificando determinantes sociodemográficos, socio-epidemiológicos y psicosociales relacionados con el fenómeno. Para esto, en primera instancia se desarrolló un extenso análisis descriptivo que midió la frecuencia de las variables correspondientes al uso de drogas y, la frecuencia y distribución de las variables independientes en base a los dos grupos de estudio (uso sexualizado de drogas Si/No). Posteriormente, se llevó a cabo un análisis de correspondencias múltiples para observar la relación entre las categorías de las variables independientes y, finalmente, un análisis multivariado que expresó los niveles de asociación entre las variables independientes y el uso sexualizado de drogas.

Este documento se inicia con una revisión de la literatura que busca aportar una perspectiva teórica del fenómeno en estudio. A continuación, se exponen la justificación, propósitos, preguntas de investigación, hipótesis y objetivos de la tesis. Posteriormente, se presentan los métodos utilizados para responder a cada objetivo específico, continuando con los resultados en base a cada uno de estos objetivos específicos y una discusión de los resultados, finalizando con las limitaciones, conclusiones y recomendaciones.

GLOSARIO

ACM	Análisis de correspondencias múltiples
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
EMIS	Del Inglés “European Men who have sex with Men Internet Survey”
GBHSH	Gay, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres
GBL	Gamma-butirolactona
GHB	Gamma-hidroxibutirato
HRI	Del Inglés “Harm Reduction International”
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
ITS	Infecciones de transmisión sexual
LA	Latinoamérica
LAMIS	Del Inglés “Latin America Men who have sex with Men Internet Survey”
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organizaciones No Gubernamentales
PHQ4	Del Inglés “Patient Health Questionnaire”
PIDs	Personas que se inyectan drogas
PrEP	Profilaxis Pre-exposición
PSA	Sustancias psicoactivas
RIGHT PLUS	Red Iberoamericana de Estudios en Hombres Gay, otros Hombres que tienen Sexo con Hombres y Personas Trans
USD	Uso sexualizado de drogas
VHC	Virus de la Hepatitis C
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana

ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS

Figuras

Figura 1. Países con al menos un programa de reducción de daños operativo en América Latina y el Caribe según HRI-2022	20
Figura 2. Diagrama conceptual para el abordaje del fenómeno USD	28
Figura 3. Diferentes tipos de banners para la promoción en línea de LAMIS-2018	36
Figura 4. Materiales gráficos para la promoción de LAMIS-2018 en locales de ocio gay	36
Figura 5. Fuentes de reclutamiento utilizadas en LAMIS-2018	37
Figura 6. Tasas de reclutamiento para cada país participante en LAMIS-2018	43
Figura 7. Prevalencia de USD a nivel general y en cada país participante en LAMIS-2018	47
Figura 8. Prevalencia de USD con múltiples parejas a nivel general y en cada país participante en LAMIS-2018	47
Figura 9. Uso de drogas antes o durante el último encuentro sexual	48
Figura 10. Análisis de correspondencias múltiples	68

Tablas

Tablas 1a - 1b. Análisis descriptivo del consumo de drogas en cualquier contexto (uso recreativo) y USD, en la muestra total y en cada país participante en LAMIS-2018	45-46
Tablas 2a - 2b. Análisis descriptivo del consumo de drogas antes o durante el último encuentro sexual de los hombres encuestados, en la muestra total y en cada país participante en LAMIS-2018	49-50

Tablas 3a - 3d. Aspectos sociodemográficos de los hombres encuestados y la asociación con el USD, en la muestra total y en cada país participante en LAMIS-2018	52-55
Tablas 4a - 4d. Aspectos socioepidemiológicos de los hombres encuestados y la asociación con el USD, en la muestra total y en cada país participante en LAMIS-2018	57-60
Tablas 5a - 5d. Aspectos psicosociales de los hombres encuestados y la asociación con el USD, en la muestra total y en cada país participante en LAMIS-2018	62-65
Tabla 6. Factores asociados con el USD en los hombres encuestados en LAMIS-2018	70
Tabla 7. Factores asociados con el USD reciente en los hombres encuestados en LAMIS-2018	72

NOTA: Las tablas del análisis bivariado y el gráfico de correspondencias múltiples se presentan en idioma inglés, dado que fueron diseñados para su publicación en artículos científicos.

RESUMEN

Introducción: El uso de drogas para potenciar y extender las relaciones sexuales puede implicar riesgos relacionados con el policonsumo de sustancias psicoactivas (intoxicación, interacciones y sobredosis), junto con una mayor exposición al VIH y otras infecciones de transmisión sexual. En Latinoamérica existen pocos estudios previos que aborden el uso sexualizado de drogas (USD) como fenómeno, y éstos además, presentan ciertas inconsistencias en sus metodologías y hallazgos, por lo que se requiere el desarrollo de nuevas investigaciones. El propósito de esta investigación fue determinar la prevalencia y características del USD en los hombres gay, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (GBHSH) encuestados en LAMIS-2018, identificando los determinantes sociodemográficos, socioepidemiológicos y psicosociales relacionados con el fenómeno.

Material y métodos: Estudio transversal descriptivo y analítico basado en los datos recogidos por LAMIS-2018. La variable dependiente fue el USD (últimos 12 meses/últimas 4 semanas) y, las variables independientes fueron: consumo de drogas (en cualquier contexto/en el contexto sexual), aspectos sociodemográficos, socioepidemiológicos y psicosociales. Primero se realizó un análisis para comparar entre quienes practicaban y no practicaban USD, luego un análisis de correspondencias múltiples entre las categorías de las variables independientes y, por último, un análisis multivariado a través de modelos de regresión logística.

Resultados: LAMIS-2018 incluyó 64.655 participantes, con un promedio de edad de 30 años. El 13,6% reportó haber practicado USD durante los últimos 12 meses (6,6% con múltiples parejas). En el último encuentro sexual, las drogas más utilizadas fueron el cannabis (9,3%), poppers (6%) y Viagra (5,4%) y, en el último encuentro con múltiples parejas, poppers (19,7%), cannabis (17%) y Viagra (13,2%). El diagnóstico autoreportado de VIH fue del 27% entre las personas que practicaron USD, frente al 14,3% en el otro grupo. Los síntomas severos de ansiedad/depresión fueron más comunes entre las personas que practicaron USD (9,2% vs. 7%), al igual que los episodios de intimidación (52,6% vs. 48,2%), insultos (34,4% vs. 28,6%) y agresión homofóbica (4,1% vs. 3,0%). Haber alcanzado estudios universitarios y/o de postgrado, el número de parejas sexuales ocasionales, la práctica de sexo transaccional y el diagnóstico autoreportado de VIH, fueron factores que se asociaron a la práctica de USD.

Conclusiones: La práctica de USD fue reportada por un alto porcentaje de las personas encuestadas en LAMIS-2018, con predominio del uso de algunas drogas relacionadas con la práctica sexual y otras asociadas al consumo recreativo. Hallazgos como la asociación entre el diagnóstico autoreportado de VIH y el USD o, la mayor prevalencia de síntomas graves de ansiedad/depresión entre quienes

practicaron USD, son aspectos susceptibles de abordar mediante la implementación de estrategias preventivas combinadas para reducir los impactos que a veces pueden resultar de esta práctica. El USD está presente en el colectivo de hombres GBHSH en Latinoamérica y debe visibilizarse como una problemática de salud pública en la región.

Palabras clave: VIH, USD, HSH, ITS.

SUMMARY

Introduction: The use of drugs to promote and extend sexual relations may imply risks related to polydrug use of psychoactive substances (intoxication, interactions, and overdose), along with increased exposure to HIV and other sexually transmitted infections. In Latin America there are few previous studies that address the sexualized drug use (SDU) as a phenomenon, and these also present certain inconsistencies in their methodologies and findings, which is why the development of new research is required. The purpose of this research was to determine the prevalence and characteristics of SDU in gay, bisexual, and other men who have sex with men (GBMSM) surveyed in LAMIS-2018, identifying the sociodemographic, socioepidemiological, and psychosocial determinants related to the phenomenon.

Material and methods: Descriptive and analytical cross-sectional study based on the data collected by LAMIS-2018. The outcome was the SDU (last 12 months/last 4 weeks) and the independent variables were: drug use (in any context/in the sexual context), sociodemographic, socioepidemiological, and psychosocial aspects. A first analysis was carried out to compare between those who practiced and did not practice SDU, then a multiple correspondence analysis between the categories of the independent variables and, finally, a multivariate analysis through logistic regression models.

Results: LAMIS-2018 included 64,655 participants, with an average age of 30 years. 13.6% reported having practiced SDU during the last 12 months (6.6% with multiple partners). In the last sexual encounter, the most used drugs were cannabis (9.3%), poppers (6%) and Viagra (5.4%) and, in the last encounter with multiple partners, poppers (19.7%), cannabis (17%) and Viagra (13.2%). The self-reported diagnosis of HIV was reported by 27% of the people who practiced SDU, compared to 14.3% in the other group. Severe anxiety/depression symptoms were more common among people who practiced SDU (9.2% vs. 7%), as were episodes of bullying (52.6% vs. 48.2%), insults (34.4% vs. 28.6%) and homophobic aggression (4.1% vs. 3.0%). Having attained university and/or postgraduate studies, the number of casual sexual partners, the practice of transactional sex, and the self-reported diagnosis of HIV were factors that were associated with the practice of SDU.

Conclusions: The practice of SDU was reported by a high percentage of the people surveyed in LAMIS-2018, with a predominance of the use of some drugs related to sexual practice and others associated with recreational consumption. Findings such as the association between the self-reported diagnosis of HIV and SDU or, the higher prevalence of severe symptoms of anxiety/depression among those who practiced SDU, are aspects that can be addressed by implementing combined preventive strategies to reduce the impacts that can sometimes result from this practice. The

SDU is present in the group of GBMSM men in Latin America and should be made visible as a public health problem in the region.

Keywords: HIV, SDU, MSM, STIs.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Antecedentes generales del consumo de drogas y su uso sexualizado

El uso de drogas es un fenómeno multidimensional que abarca un amplio espectro de realidades, desde el consumo esporádico de sustancias psicoactivas (PSA) con un fin recreativo, hasta el uso problemático que puede tener impactos y consecuencias adversas en la salud del individuo y su entorno. El abuso y la dependencia es resultado del encuentro de diversos factores: un producto (las drogas), una persona con su historia y vulnerabilidad individual y, un contexto social, cultural, político y económico. Es fundamental integrar en el análisis y en las respuestas frente al consumo de sustancias la importancia de los determinantes sociales de la salud, incluyendo las fuertes inequidades existentes en Latinoamérica (LA) (1).

Ya en el año 2000, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) a través de su división de desarrollo social, señaló que el consumo de drogas en LA era un problema que afectaba principalmente a la población juvenil y a los hombres más que a las mujeres, siendo el cannabis, seguido de la pasta base de cocaína, el crack y el clorhidrato de cocaína, las drogas ilícitas de mayor consumo en la región. Además, se reconocía la existencia de dos grandes paradigmas para el abordaje del fenómeno: aquel que propugna una sociedad “libre de drogas” y el de la “reducción del daños” entre quienes hacen uso de las drogas (2). El paradigma de la sociedad libre de drogas conlleva un enfoque legal prohibicionista, con la consecuente penalización del consumo en la llamada “guerra contra las drogas” (3) (4), mientras que el de reducción de daños propone un conjunto de políticas e intervenciones cuyo objetivo es minimizar las consecuencias adversas que el uso de sustancias ocasiona sobre la salud del individuo, basado en una perspectiva de salud pública y en oposición a los perjuicios que recaen en las personas consumidoras de drogas bajo el paraguas del control y la prevención, promoviendo intervenciones que respetan y protegen los derechos humanos fundamentales (5).

El concepto de la reducción de daños como estrategia de intervención en salud comienza a utilizarse al final de los años 80, en respuesta a los problemas asociados a la epidemia de Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) entre las personas que se inyectan drogas (PID) (4). Al igual que éstas, los hombres gay, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (GBHSH) han sido considerados

como una población clave en los esfuerzos contra el VIH, donde la transmisión de ésta y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) se ha visto favorecida por diversos aspectos estructurales como la discriminación o la criminalización, además de aspectos de la salud sexual y conductas individuales como el uso de alcohol y drogas, sobre todo entre los hombres más jóvenes (6). En efecto, se ha identificado un uso intencionado de PSA en hombres GBHSH, cuyo objetivo es potenciar y extender la duración de las relaciones sexuales; fenómeno que ha sido descrito en otras regiones bajo el concepto de “chemsex”, refiriéndose a aquellas prácticas desarrolladas bajo la influencia de drogas consumidas antes y/o durante el encuentro sexual y que, a menudo, pueden involucrar extensas sesiones con múltiples compañeros durante un mismo encuentro (7), con los respectivos riesgos asociados al consumo de PSA (intoxicación, interacciones, sobredosis, etc.) y a una mayor exposición a la transmisión del VIH y otras ITS (8).

En el USD confluyen y se potencian dos prácticas que generan placer, por lo que el “refuerzo positivo” que genera en el individuo es importante. Las personas que consumen drogas y practican sexo obtienen consecuencias gratificantes, positivas y placenteras. Sin embargo, los placeres experimentados a partir del USD abarcan dimensiones que van más allá de los propiamente corporales, con la socialización con otras personas y el descubrimiento sexual a través de la desinhibición; narrativas que, a la vez, pueden involucrar historias de sufrimiento y angustia (9). En definitiva, el USD es un fenómeno multidimensional que requiere un abordaje amplio, ajeno a estigmas y prejuicios, pues no se limita sólo a personas que en la búsqueda del placer desarrollan “conductas de riesgo”, sino que también se trata de individuos que llevan una vida social activa, que asisten a fiestas e interactúan a través de redes sociales o aplicaciones de citas, desarrollando conductas sociales que trascienden a una visión estrictamente patologizante del fenómeno (10).

Previo al análisis del USD como temática fundamental de esta tesis doctoral, es esencial desarrollar una revisión de los principales paradigmas bajo los cuales se ha abordado el consumo de drogas en la sociedad, para dar cuenta del contexto en el cual se ha desarrollado este fenómeno en la región Latinoamericana.

1.2 La prevención del consumo: del prohibicionismo a la descriminalización

El uso de SPA, clasificadas generalmente como “lícitas” o “ilícitas”, posee amplios antecedentes en la historia de la humanidad. Sin embargo, esta distinción y el grado de represión que se ejerce sobre ellas, más que el resultado de una evaluación científica sobre los daños y beneficios potenciales de cada sustancia, responde a criterios basados en ideologías socio-políticas (11). Desde principios del 1900, las personas que usan drogas ilícitas han experimentado discriminación legal y social, estigma y marginalización; con consecuencias asociadas directamente a su estatus social (12). En la década de los sesenta se comienza a hablar de la problemática del consumo de drogas surgiendo con fuerza una filosofía de la prevención que, a través de la reducción de la oferta y la demanda de drogas, pretende incidir en el comportamiento de los usuarios para “controlar el problema”. Con un sistema penal que mantiene las sustancias en la ilegalidad y que lucha contra ellas (y por ende contra los consumidores), rápidamente se instalan en la sociedad fenómenos de criminalización y estigma (13). La llamada “guerra contra las drogas”, impulsada fuertemente en la región durante décadas bajo la influencia de la política exterior de Estados Unidos, no dio los resultados esperados, llegando a ser considerada por muchos como una política fallida (14). En efecto, a pesar de estas políticas prohibicionistas la producción y el consumo de drogas en LA no ha disminuido, observándose además múltiples efectos negativos como la corrupción, la pérdida de vidas humanas y la creación de nuevas rutas para el narcotráfico; dando cuenta de la ineficacia de las políticas basadas únicamente en la reducción de la oferta. Un ejemplo paradigmático de este tipo de políticas es el denominado “Plan Colombia”, que fue impulsado en dicho país entre los años 1999 y 2005 (15).

El plan Colombia, diseñado inicialmente como un paquete de “ayuda” internacional para la búsqueda de la paz y la generación de un nuevo modelo de administración pública, derivó finalmente en un proyecto de lucha contra el tráfico de drogas. Contó con un amplio componente de inversión militar proveído principalmente por Estados Unidos, cuyo objetivo primordial fue la recuperación del monopolio de las armas por parte del estado y el fortalecimiento del ejército como un medio para emprender una guerra contra el mercado ilegal de drogas. Sin embargo, no tuvo capacidad para resolver el verdadero conflicto originado a partir de la desigualdad del país, la inercia de la movilidad social y la ausencia de un relato que apoyara la articulación de redes de solidaridad generadas a partir de una cultura verdaderamente democrática (16). En 2009, la Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia declaró que “las políticas prohibicionistas basadas en la represión de la producción y la distribución,

así como la criminalización del consumo, no han producido los resultados esperados”; señalando además, que se debe enfocar el consumo de drogas como un tema de salud pública a través de la educación, la información y la prevención (17).

Se ha documentado que en LA existe una gran heterogeneidad en las políticas frente al consumo de drogas, con países más conservadores y otros más abiertos a discutir reformas, no existiendo por lo tanto un claro consenso en la región sobre cuáles debieran ser las estrategias a seguir en el futuro (18). En 2009, México promulgó una ley para descriminalizar la posesión de pequeñas cantidades de drogas para consumo personal; situación similar a la de Colombia, donde la Corte Constitucional determinó que no puede haber detención por porte y consumo de dosis mínimas. En Ecuador, han sido desarrolladas iniciativas de reducción de penas para delitos menores y no violentos asociados con drogas, permitiéndose la excarcelación de personas acusadas de transportar, adquirir o poseer pequeñas dosis de sustancias ilegales. Por su parte, Brasil aprobó en 2006 una ley que reemplaza las sentencias de prisión por tratamiento obligatorio y servicios comunitarios, tratándose de una descriminalización parcial, dado que los delitos relacionados con drogas aún son procesados a través del sistema judicial penal. En Argentina, en 2009 la Corte Suprema dictaminó que la imposición de sanciones penales por la posesión de pequeñas cantidades de drogas para consumo personal es inconstitucional (19). Por último, en el caso particular del cannabis, ha sido aprobado su uso medicinal en México, Puerto Rico, Jamaica, Colombia, Ecuador, Perú, Paraguay, Argentina y Chile; destacando Uruguay, donde la venta, cultivo y uso recreativo se encuentra reglamentado y plenamente legalizado desde el año 2014 (20). Por lo tanto, es posible constatar que entre los países Latinoamericanos no existe un criterio común para el desarrollo de políticas frente al uso de drogas: mientras algunos mantienen posiciones más conservadoras o de carácter prohibicionista, otros manifiestan cierta apertura a través de la descriminalización del consumo.

1.3 La Reducción de Daños

La reducción de daños es un enfoque utilizado para describir un conjunto específico de intervenciones cuyo objetivo es reducir en las personas los daños asociados al uso de drogas (21). Como paradigma, la reducción de daños acepta que en la sociedad un nivel continuo de uso de drogas (tanto lícitas como ilícitas) es inevitable y, busca como objetivo la reducción de sus consecuencias adversas, enfatizando la

medición de los resultados sanitarios, sociales y económicos por sobre la medición del nivel de consumo. Este concepto ha ido evolucionando a través del tiempo, desde que surgió en los años 80 como una alternativa a las intervenciones centradas únicamente en la abstinencia y que perseguían un objetivo poco realista para las personas que presentaban adicción a drogas, acogiendo a aquellos individuos que estaban dispuestos a reducir pero no a eliminar por completo su consumo de drogas (22).

Las estrategias de reducción de daños han demostrado ser exitosas en la disminución de la morbimortalidad asociada al consumo de drogas. Una iniciativa paradigmática, presente desde el inicio del desarrollo de este tipo de políticas de salud, ha estado constituida por los programas de intercambio de jeringas dirigidos a PIDs, donde en aquellas áreas en que han sido implementados se ha registrado una disminución de la incidencia de VIH y Virus de la Hepatitis C (VHC), en comparación con las áreas donde no existen dichos programas (23). Las “salas de consumo supervisado”, que han sido implementadas en países de Europa (24) y Norteamérica (25) entre otros, son un buen ejemplo del beneficio de este tipo de programas. Por ejemplo, un estudio realizado en Cataluña en 2018 constató que las personas que asistían frecuentemente a estas salas tenían un 61% menos de riesgo de inyectarse en público y de compartir agujas u otro equipo de inyección, en comparación con aquellas personas que registraban asistencias medias y bajas. Además, tenían seis veces más probabilidades de depositar las jeringas usadas en un lugar seguro y el doble de probabilidades de acceder a servicios de drogodependencia (26). Por otro lado, los tratamientos basados en el uso de Metadona dirigidos a usuarios de heroína se han relacionado estrechamente con una reducción de la mortalidad en estas personas, tanto por causas naturales como por eventos de sobredosis (27).

1.4 La Reducción de Daños en Latinoamérica

A diferencia de las estrategias de reducción de daños desarrolladas en Norteamérica a partir de la pandemia de VIH/Sida en la década de los 80s (28) o en numerosos países de Europa, principalmente impulsadas por organizaciones no gubernamentales (ONG), en la mayoría de los países de LA las políticas de reducción de daños no han sido aplicadas, han sido aplicadas de forma fragmentada o, la aplicación ha sido incipiente y limitada (29). En las acciones implementadas en LA ha sido difícil dejar de lado el enfoque prohibicionista imperante, por lo que estas políticas han debido coexistir con otras acciones de carácter represivo.

El primer país que implementó este tipo de estrategias fue Brasil en 1989, debido a las altas tasas de VIH asociadas al uso de PSA inyectables, hasta que en el año 2003 la reducción de daños dejó de ser una estrategia exclusiva para el VIH, y fue adoptada como una política mayor del Ministerio de Salud. Por su parte, Argentina adoptó el modelo de reducción de daños para centrarlo principalmente en el diseño y reconstrucción de las redes sociales dañadas a causa del consumo de drogas (30). En Bogotá - Colombia, desde el año 2012 al 2017 se implementaron tres proyectos: “Échele cabeza cuando se de en la cabeza”, “Cambie” y los “Centros de Atención a Drogodependientes (CAMAD)”. El primero estuvo dirigido a usuarios no problemáticos de drogas vinculados a espacios de fiesta, ocio nocturno y entretenimiento, con el objetivo de entregar información sobre sustancias psicoactivas y promover una cultura de gestión del riesgo y placer. Un aspecto interesante de este proyecto es que logró caracterizar tres grupos poblacionales: fanáticos de la música electrónica, población sexodiversa y la subcultura punk. Por su parte, el proyecto “Cambie” se enfocó en usuarios de drogas inyectables, a través del acceso a material higiénico de inyección (con su retorno para la adecuada eliminación) y educación para el autocuidado, con el objetivo de disminuir la incidencia de enfermedades de transmisión sanguínea y los episodios de sobredosis, además de reducir el estigma hacia las PIDs. Por último, CAMAD estuvo dirigido a las personas con un consumo problemático de drogas, en situación de riesgo y exclusión social, vinculadas a actividades delictivas asociadas al consumo-expendio de drogas y con trastornos mentales asociados al consumo problemático, implementando servicios de salud promocionales, preventivos y asistenciales iniciales. La ejecución de estos proyectos se reflejó en cambios en los hábitos de consumo, en la prevención y atención de la enfermedad y muerte y, en la dignificación del usuario de drogas; pero con dificultades para la sostenibilidad en el tiempo por motivos de financiación y legitimidad social y política (31).

El último informe de *Harm Reduction International* (HRI) (32) señaló que la reducción de daños en América Latina y el Caribe se ha caracterizado por una aproximación política y humanitaria hacia la vulnerabilidad social de las personas que consumen drogas con un enfoque de derechos humanos, en lugar de un enfoque centrado en la implementación de servicios sociales e intervenciones de salud. La cocaína es la droga que concentra la mayor preocupación. Dado que esta droga tiende a ser inhalada o fumada, las estrategias tradicionales de reducción de daños asociadas a la inyección y uso de opioides son menos relevantes. En la Figura 1, se muestra un cuadro resumen con los países que poseen programas de reducción de daños operativos en la región.

Figura 1. Países con al menos un programa de reducción de daños operativo en América Latina y el Caribe según HRI - 2022

Programa de agujas y jeringas	Agonistas de opioides	Distribución de naloxona	Sala de consumo	Equipo para fumar seguro
<ul style="list-style-type: none"> • Colombia • República Dominicana • México • Puerto Rico 	<ul style="list-style-type: none"> • Argentina • Colombia • México • Puerto Rico 	<ul style="list-style-type: none"> • México • Puerto Rico 	<ul style="list-style-type: none"> • México 	<ul style="list-style-type: none"> • Brasil

Fuente: Elaboración propia.

1.5 La gestión de riesgos y placeres

Un modelo más reciente para el abordaje del uso de drogas como fenómeno sociosanitario está basado en la gestión de los riesgos y placeres asociados al consumo de PSA. Esta perspectiva asume que las drogas son mucho más que un conjunto de riesgos y peligros a evitar, señalando que el fracaso de las formas tradicionales de prevención se debe al olvido de un elemento fundamental: el placer. Las personas usan drogas y practican sexo porque, además, tienen consecuencias gratificantes, positivas y placenteras. Sin embargo, sería peligroso simplificar a las drogas y el sexo “sólo y únicamente” como medios para alcanzar el placer. También existen otros aspectos negativos: los riesgos. Estos riesgos, entendidos como la probabilidad de que aparezca un daño, pueden aumentar o disminuir dependiendo de la actitud y decisión de las personas (33). Por lo tanto, a pesar de que se ha definido al uso de PSA como un comportamiento principalmente orientado hacia la búsqueda del placer, también se ha descrito una relación ambivalente y compleja entre consumo y placer. Si bien es cierto, las personas valoran las propiedades placenteras de las PSA, no significa que valoren una vida en adicción a dichas sustancias (34).

Las fiestas en donde los jóvenes experimentan el uso de drogas, por ejemplo, han sido descritas permanentemente como actividades riesgosas que debieran evitarse. Sin embargo, muchas veces estas personas son capaces de conceptualizar su uso de drogas (con los potenciales riesgos y placeres), influenciados por un sentido de normas sociales y expectativas de comportamiento apropiado que los llevan a utilizar las PSA dentro de un marco estructurado, como parte normal de actividades recreativas y de esparcimiento. Habiendo tomado la decisión de usar drogas,

muchos jóvenes utilizan estrategias para maximizar el placer y minimizar el riesgo que no se relacionan solamente con las propiedades farmacológicas de las drogas, sino que se ligan íntimamente a la naturaleza social de su uso y al contexto en el que son utilizadas. Esta premisa se contrapone a gran parte de la literatura sobre drogas, que tiende a centrarse únicamente en las cualidades y efectos farmacológicos de cada sustancia (35).

La gestión de riesgos y placeres enfoca el uso de drogas de manera opuesta al modelo de prevención del consumo, ya que no considera al uso de drogas como una conducta indeseable, que deba ser evitada o erradicada. Dado que la gestión de riesgos y placeres respeta la decisión de cada persona, no busca prevenir los consumos, sino las posibles consecuencias indeseables de aquellos consumos. Además, al ser un modelo que no está basado en la persuasión sino en la educación, le confiere una importancia relativa al constructo de la “percepción de riesgo”, poniendo en valor para la evaluación de la eficacia del modelo otras variables, como son: los conocimientos adquiridos, el autocontrol y la autoeficacia percibidas en la regulación de la conducta de consumo, la capacitación para reducir la incidencia de determinados riesgos o, la madurez y responsabilidad a la hora de tomar decisiones referentes al consumo y asumir las posibles consecuencias positivas y negativas (36).

1.6 Chemsex y uso sexualizado de drogas en Latinoamérica

Los hombres GBHSH son considerados un grupo clave especialmente vulnerable al VIH (37). En este sentido, la práctica de “chemsex” es un fenómeno que ha atraído el interés de los equipos de investigación debido al papel que podría desempeñar en el aumento de la exposición a la transmisión del VIH y otras ITS (38). Así, en el desarrollo de investigaciones llevadas a cabo principalmente en Europa y Estados Unidos, se ha conceptualizado con el nombre de “chemsex” (del inglés “*chemical*” y “*sex*”) al consumo de sustancias psicoactivas (PSA) durante la actividad sexual para mantener, mejorar o facilitar la experiencia sexual (39), a menudo con múltiples parejas y en extensas sesiones (7). Se ha descrito que este uso sexualizado de drogas (USD) tiende a generar un efecto desinhibidor en las personas, que les permite sentir una mayor excitación y superar las barreras sociales, psicológicas y fisiológicas comunes para el sexo, permitiéndoles pensar, sentir y hacer cosas que no harían mientras están sobrios (40). Son cuatro las sustancias que se han asociado con mayor énfasis a la práctica de chemsex: metanfetamina, mefedrona y gammahidroxibutirato (GHB)/gammabutirolactona (GBL); aunque otros autores han

ampliado esta definición, incluyendo además psicofármacos y potenciadores sexuales como la ketamina, los nitritos de alquilo (poppers) o los agentes para la disfunción eréctil (Viagra, Cialis) (41).

El USD implica riesgos asociados al policonsumo de sustancias (intoxicación, interacciones, sobredosis) y una mayor exposición al VIH y otras ITS (8), pues quienes utilizan sustancias en el contexto de sus relaciones sexuales tienen una mayor probabilidad de mantener encuentros con múltiples parejas y adoptar prácticas como el “fisting” (inserción parcial o total de la mano a través del recto) (42) o “slamsex” (uso de PSA intravenosas para la práctica sexual) (43); encuentros que pueden desarrollarse durante días, generalmente en lugares privados o en sitios de encuentro como saunas o “sex clubs” (44). Sin embargo, es crucial evitar caer en la estigmatización de las personas que practican USD, pues el consumo de PSA en ocasiones puede constituir una estrategia para afrontar situaciones de marginación social o una respuesta creativa y experimental de las personas en el marco de un fenómeno social y cultural que involucra asumir riesgos voluntariamente (45), sin implicar necesariamente una conducta problemática en todos los casos (46). La decisión de practicar USD es motivada por la necesidad de prolongar las experiencias sexuales, pero también está fuertemente influenciada por el miedo al rechazo de las parejas sexuales, por la necesidad de hacer frente al rechazo social (47) o como un medio para manejar sentimientos negativos (48).

La prevalencia de USD varía según la ubicación geográfica: mientras que en países europeos se han estimado prevalencias cercanas al 10% (últimos 12 meses) (49), en países asiáticos se han reportado prevalencias ligeramente superiores, que se aproximan al 13% (últimos 12 meses) (50). Además, se ha observado variabilidad dentro de cada uno de los países, pues la ciudad de residencia ha demostrado ser un fuerte predictor demográfico para la práctica de chemsex/USD, describiéndose como un fenómeno presente principalmente en aquellas ciudades que poseen mayor número de habitantes (44). Establecer la magnitud de este fenómeno en LA es complejo, por la escasa información existente y las diferencias metodológicas que dificultan la comparación entre estudios. Aunque se ha reconocido como una práctica extendida en la región, su identificación con el término internacional “chemsex” es reciente, donde algunas organizaciones en Argentina, Brasil y Colombia han realizado exploraciones para caracterizar el USD en la región (32). Es posible hipotetizar que, al desarrollarse en un contexto como el Latinoamericano, el fenómeno posea características distintas a las descritas en otras poblaciones, pues aspectos como las diferencias culturales, la disponibilidad de otras PSA con sus respectivos patrones de consumo, las normativas vigentes y la persistencia de

fenómenos sociales como el estigma y la homofobia, podrían determinar ciertas diferencias con respecto al fenómeno descrito bajo la denominación de “chemsex”.

A continuación, se presenta una breve revisión de algunas investigaciones que han abordado el fenómeno USD/chemsex en países de LA:

Colombia

La iniciativa “Échele cabeza” publicó en 2021 el informe “Chemsex en Colombia: Una mirada exploratoria al uso de drogas en prácticas sexuales” (51). A pesar de que el chemsex ha sido descrito en la literatura como una práctica exclusiva del colectivo de hombres GBHSH (45), dicho estudio encuestó a un total de 766 hombres y mujeres (78% y 20% de la muestra, respectivamente), donde un 80% manifestó tener una orientación homosexual o bisexual. El 90% señaló haber utilizado drogas alguna vez en el contexto de sus relaciones sexuales y un 35% de las personas identificó sus prácticas con el chemsex; siendo las PSA más utilizadas popper, MDMA, cocaína y ketamina.

Brasil

Un estudio realizado en Río de Janeiro sobre un total de 1.048 hombres GBHSH, reportó que la mayoría de ellos (64%) señaló haber utilizado drogas en el contexto sexual durante el transcurso de los últimos 3 meses, con la siguiente distribución: alcohol-sexo 28%, drogas-sexo 9% y alcohol-drogas-sexo 27% (52). Por otra parte, en el marco de un estudio sobre la vulnerabilidad frente al VIH de los hombres GBHSH mayores de 50 años usuarios de Apps de citas, se estimó que un 11,7% había utilizado drogas en el contexto de sus relaciones sexuales ocurridas durante los últimos 30 días (53). Otro estudio multicéntrico realizado en Brasil y Portugal, evaluó la práctica de sexo bajo la influencia de drogas durante la pandemia de COVID-19 encontrando que, del total de hombres GBHSH encuestados en Brasil (n=1.651), un 84,5% relató haber utilizado drogas en el contexto de sus relaciones sexuales ocurridas en períodos de confinamiento, la gran mayoría de ellas con parejas casuales (95%) (54).

Argentina

Se estudió la práctica de chemsex y el uso de sustancias durante las relaciones sexuales a través de una encuesta administrada sobre la población general. Del total de personas encuestadas (n=2.924), un 14,9% correspondía a hombres GBHSH. Aun así, la práctica de chemsex, que para efectos de la investigación fue

definida como el “uso sexualizado exclusivo de mefedrona, crystal meth o GHB/GBL”, obtuvo la mayor prevalencia dentro de este sub-grupo (3,9%), casi cuadruplicando la prevalencia de la muestra general (1,1%) (55).

Chile

Un estudio desarrollado en base a los datos de LAMIS-2018 para Chile durante el 2020, mostró que un 24% de los encuestados (n=4.945) reportó haber utilizado drogas para hacer que el sexo fuera más intenso o que durara más tiempo y, un 10,5% realizó esta práctica en el contexto de sesiones con múltiples parejas (últimos 12 meses). Cannabis, popper, drogas para la disfunción eréctil (Viagra) y cocaína fueron las sustancias más utilizadas en el contexto sexual. Además, se encontraron asociaciones entre el USD y aspectos como el número de parejas ocasionales, diagnóstico positivo para VIH y haber sido víctima de episodios de intimidación homofóbica (56).

1.7 Determinantes del uso sexualizado de drogas

El fenómeno chemsex/USD varía según las condiciones del contexto, tales como las circunstancias socioculturales, económicas o idiomáticas del país en que se desarrolla. Por ende, la comprensión integral de USD requiere de la consideración de todas las dimensiones socioculturales que componen el colectivo de hombres GBHSH, incluyendo sus códigos, normas y estructuras valóricas (57). Las desigualdades en salud derivan de las desigualdades sociales, donde las experiencias y resultados de salud surgen de las circunstancias cotidianas de la vida de las personas. Si bien es cierto se reconoce que el género, la clase social y la etnia influyen en las circunstancias de vida, los comportamientos de salud y el bienestar psicosocial de las personas; muchas veces se pasa por alto la influencia de la orientación sexual y la identidad de género en la equidad en salud para las poblaciones sexodiversas (58). Bajo la perspectiva de los determinantes sociales de la salud (59), son múltiples los factores a considerar cuando abordamos el fenómeno USD en el contexto Latinoamericano, dado el despliegue de ejes de desigualdad que determinan diferencias entre las personas en aspectos tales como la educación, el empleo, las condiciones de vida, del trabajo, etc.; situación que se manifiesta en forma de una gradiente social que puede determinar la existencia de consecuencias diferenciales para la salud de los individuos que practican el USD. Además, es importante considerar la influencia de fenómenos sociales persistentes en la región, tales como el estigma asociado al VIH y la orientación sexual, los cuales pueden relacionarse con el uso de PSA y una mayor carga de enfermedad

en los hombres GBHSH, configurándose un proceso sindémico entre fenómenos que interactúan y se potencian para incidir en la salud de las personas (60).

Existen *factores estructurales* que inciden sobre múltiples aspectos de la vida de las personas y, en consecuencia, pueden determinar consecuencias diferenciales para la salud de quienes consumen drogas y las utilizan en el contexto de sus relaciones sexuales. En primer lugar, tal como se señaló en el apartado 1.2 de esta introducción, en LA existe diversidad de perspectivas jurídicas frente al uso de drogas. Las políticas punitivas que predominan en la región, donde el uso y la posesión de la mayoría de las drogas continúan siendo penalizados, genera fenómenos de criminalización que contribuyen a la estigmatización de las personas que consumen drogas (61). Otro factor relevante a tener en consideración es la existencia o no, de políticas de salud que aborden el consumo de drogas, ya que se ha descrito que es fundamental derribar las barreras de acceso a los servicios de salud que existen actualmente para los usuarios de drogas en el contexto sexual, incluidas la vergüenza y el estigma que a menudo se asocian con el uso de sustancias ilícitas (62). El fenómeno de estigmatización constituye un factor relevante cuando abordamos el USD en el colectivo de hombres GBHSH, puesto que al estigma asociado al pertenecer a una minoría sexual, se suman el estigma relacionado con el consumo de drogas y otros potenciales estigmas asociados a condiciones como el vivir con VIH o ser una persona migrante, configurándose así fenómenos de “triple estigmatización” (63) que pueden generar fuertes barreras de acceso hacia los programas preventivos de salud (64).

Por otro lado, es necesario tener en consideración algunos aspectos propios de la vida en sociedad, con los imaginarios y elementos culturales propios del colectivo de hombres GBHSH. Estos *factores sociales* interactúan e inciden en la vida de cada individuo, determinando la forma en que éstos se relacionan con sus pares para conformar una comunidad (8). Los hombres GBHSH siguen siendo el grupo de mayor riesgo de infección por el VIH, donde una de las razones que se ha descrito para esta situación es el mayor uso de Internet para conocer posibles parejas sexuales, que a la vez se asocia con una mayor adopción de comportamientos sexuales de riesgo (65). Sin embargo, no todo es negativo cuando del uso de redes sociales se trata, puesto que se ha observado que los hombres GBHSH perciben beneficios a través de la construcción de comunidad con el uso de estas plataformas virtuales, que finalmente se traduce en la percepción de un mayor soporte o apoyo social. En consecuencia, se generan oportunidades para el desarrollo de estrategias de intervención que utilizan las redes sociales para promover el aumento de la resiliencia de las personas pertenecientes a minorías sexuales y de género pues,

cuando estas personas tienen acceso a recursos tales como información culturalmente relevante, grupos de apoyo y espacios de reunión comunitarios, pueden afrontar de mejor forma el estrés que les afecta (66), disminuyendo los impactos negativos sobre su salud mental, como en el caso de los cuadros depresivos asociados a estrés (67).

También existen *factores individuales* que adquieren importancia al indagar en el USD como fenómeno de estudio. La edad es un aspecto a considerar, dado que el uso de drogas en el contexto sexual es una práctica desarrollada principalmente por hombres GBHSH jóvenes, donde la exposición a *redes sexuales* - conceptualización donde los vínculos sexuales entre individuos son entendidos como una estructura en red (68) - a temprana edad, aumenta la probabilidad de experimentar el USD (69). Además, dado el rol que desempeñan como estratificadores sociales, hemos de considerar otros aspectos sociodemográficos como el nivel educativo y la situación laboral y económica, pues se ha demostrado que los adultos con un nivel educativo más alto viven una vida más larga y más saludable, en comparación con sus pares menos educados (70).

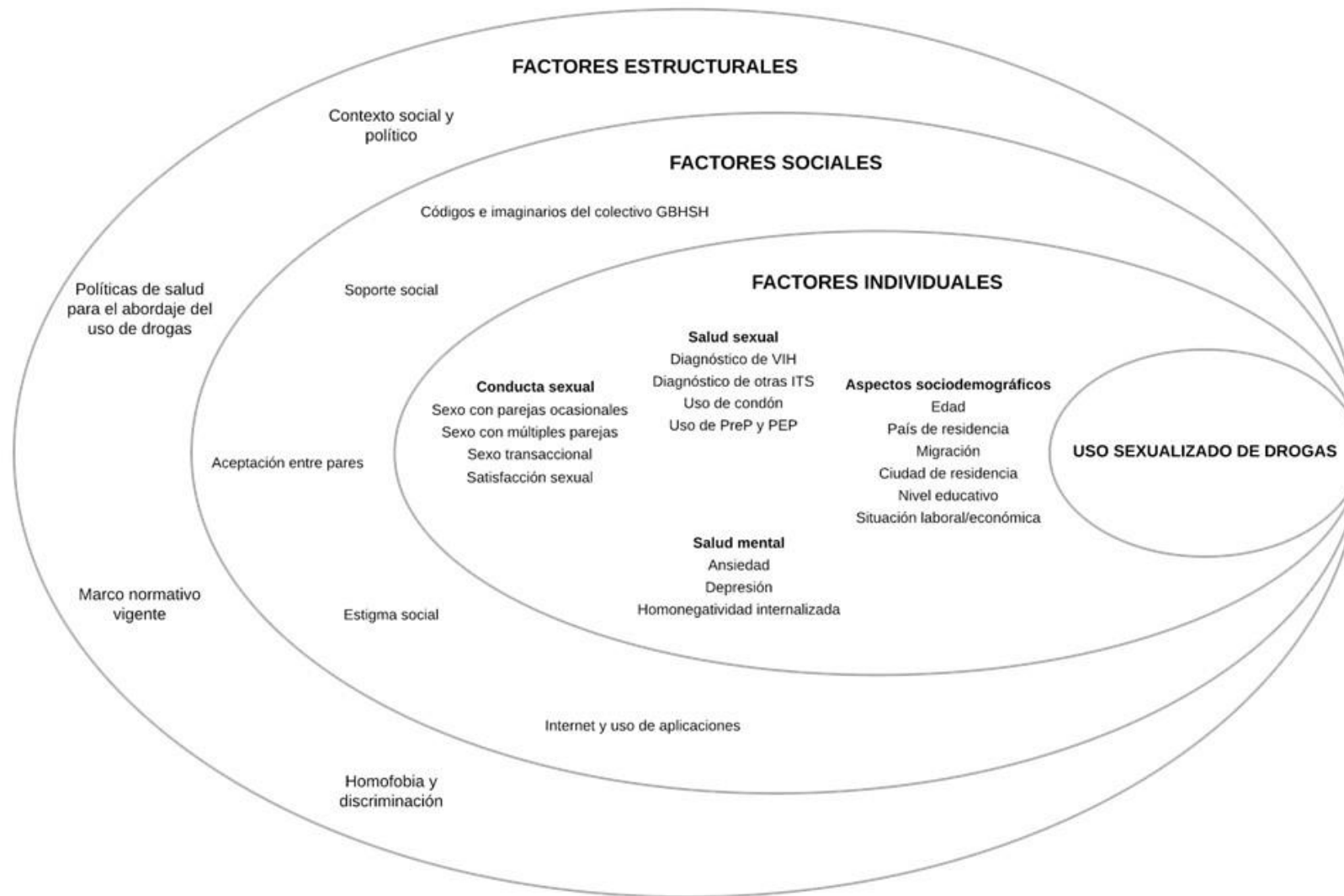
Los aspectos relacionados con la salud sexual son esenciales para lograr una comprensión del fenómeno USD y sus posibles impactos en la salud, pues se ha descrito ampliamente en la literatura que la práctica de chemsex/USD es más común entre quienes reportan un diagnóstico positivo para VIH y otras ITS, tales como clamidia, gonorrea o sífilis (71); junto con aquellas conductas sexuales que se asocian al fenómeno, caracterizadas por ser prácticas sexuales que involucran a múltiples parejas ocasionales, generalmente durante extensas sesiones (44). Bajo una perspectiva de la gestión de riesgos y placeres, también es necesario considerar el grado de satisfacción que perciben las personas con respecto a su vida sexual, pues una de las principales motivaciones para la incorporación del consumo de drogas en el contexto de las relaciones sexuales está determinada por la necesidad de aumentar el placer obtenido durante estos encuentros (40).

Finalmente, la salud mental es otra dimensión que debe ser explorada, dado el impacto que puede llegar a tener el USD en la salud mental de quienes lo practican (72). Se ha descrito una mayor prevalencia de síntomas de ansiedad, depresión y somatización entre quienes practican USD, junto con impactos negativos en el funcionamiento social de las personas y una mayor proporción de comportamientos agresivos (73); incluso llegando a ser asociado con el riesgo de desarrollar psicosis (incluidos los síntomas y trastornos psicóticos), aunque mediado principalmente por

la práctica de “slamsex”, el consumo de metanfetamina fumada y el policonsumo de drogas (74).

Considerando los antecedentes descritos previamente, hemos enfocado este trabajo de investigación bajo la perspectiva del modelo socioepidemiológico de Poundstone (2003) (75), adaptándolo al abordaje del fenómeno USD en la región Latinoamericana, para lo cual hemos agrupado en tres niveles las variables relevantes a considerar en su estudio como fenómeno de interés para la salud pública: factores estructurales, factores sociales y factores individuales. La expresión gráfica de esta conceptualización se ha reflejado en el diseño del diagrama expuesto en la Figura 2.

Figura 2. Diagrama conceptual para el abordaje del fenómeno USD



Fuente: Elaboración propia, basado en el modelo socioepidemiológico de Poundstone para el VIH/SIDA (75)

2. JUSTIFICACIÓN Y PROPÓSITO

El USD es un fenómeno que ha sido poco descrito en LA, cuyas características e impacto en la población es necesario indagar. Además, la conceptualización y construcción teórica de esta práctica requieren una mayor profundización. En beneficio de la comparabilidad entre estudios, es necesario precisar aspectos esenciales para el desarrollo de futuras investigaciones, tales como la definición del USD como un fenómeno social y cultural presente fundamentalmente en el colectivo de hombres GBHSH o la determinación del tiempo estimado para la medición de esta práctica, entre otros.

En base a estas necesidades, nos hemos propuesto indagar en los datos recogidos por la encuesta LAMIS-2018 en 18 países de Latinoamérica, para llevar a cabo una caracterización profunda y detallada del fenómeno USD en la región. Nos hemos planteado el desafío de estimar la magnitud del fenómeno tanto a nivel general como en cada país estudiado, describiendo con detalle las diversas drogas utilizadas en el contexto sexual. Además, bajo la perspectiva del modelo socioepidemiológico que hemos adoptado como constructo teórico en esta investigación, hemos indagado en aquellas variables de interés que han sido recogidas por el estudio LAMIS-2018, las cuales han sido agrupadas en aspectos sociodemográficos, socioepidemiológicos y psicosociales para, finalmente, evaluar en qué medida existen aspectos que se asocian con el uso de drogas en el contexto de las relaciones sexuales de las personas encuestadas en LAMIS-2018.

De esta forma, a través de este trabajo se espera realizar una contribución a la línea investigación de esta problemática de salud pública a nivel regional y generar insumos para la toma de decisiones enfocada en el diseño de políticas de salud que aborden este fenómeno en el futuro.

3. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

1. ¿Cuál es la magnitud y qué características tiene la práctica de USD en los hombres GBHSH encuestados en LAMIS-2018?
2. ¿Cuáles son las drogas más utilizadas en el contexto sexual por los hombres GBHSH encuestados en LAMIS-2018?
3. ¿Qué relación existe entre los aspectos sociodemográficos, socioepidemiológicos y psicosociales de los hombres GBHSH encuestados en LAMIS-2018 y la práctica de USD?
4. ¿Qué factores sociodemográficos, socioepidemiológicos y psicosociales de los hombres GBHSH encuestados en LAMIS-2018 se asocian al uso de drogas en el contexto sexual?

4. HIPÓTESIS

1. El USD es una práctica que, al igual que en otros contextos regionales, es realizada por los hombres GBHSH encuestados en LAMIS-2018, con prevalencias que fluctúan entre un 10% y un 15% (últimos 12 meses) y con variaciones entre los países.
2. Las drogas utilizadas en el contexto sexual por los hombres GBHSH encuestados en LAMIS-2018 son sustancias principalmente asociadas al uso recreativo, con una baja proporción de drogas sintéticas.
3. Existen aspectos sociodemográficos, socioepidemiológicos y psicosociales de los hombres GBHSH encuestados en LAMIS-2018 presentes en mayor proporción entre quienes utilizan drogas en el contexto sexual, tales como un alto nivel educativo, diagnóstico positivo autoreportado de VIH, conductas sexuales que exponen a riesgos y peores indicadores de salud mental.
4. En los hombres GBHSH encuestados en LAMIS-2018 se identifican factores asociados al uso de drogas en el contexto sexual, tales como el diagnóstico autoreportado de VIH, conductas sexuales que exponen a riesgos y parámetros de salud mental.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

Determinar la prevalencia y características del uso sexualizado de drogas en los hombres GBHSH encuestados en LAMIS-2018, identificando los determinantes sociodemográficos, socio-epidemiológicos y psicosociales relacionados con el fenómeno.

5.2 Objetivos específicos

1. Caracterizar el uso sexualizado de drogas en los hombres GBHSH encuestados, identificando las drogas más utilizadas en el contexto sexual, a nivel general y en cada país participante en LAMIS-2018.
2. Describir los aspectos sociodemográficos, socioepidemiológicos y psicosociales de los hombres GBHSH encuestados, comparando entre los usuarios de drogas en el contexto sexual y aquellos que no lo son, a nivel general y en cada país participante en LAMIS-2018.
3. Identificar la relación entre los aspectos sociodemográficos, socioepidemiológicos y psicosociales de los hombres GBHSH encuestados en LAMIS-2018, a través de un análisis de correspondencias múltiples.
4. Identificar los factores asociados al uso sexualizado de drogas en los hombres GBHSH encuestados en LAMIS-2018.

6. MÉTODOS

6.1 Diseño del estudio

Estudio transversal analítico, basado en los datos recogidos por la “Encuesta Latinoamericana por Internet para hombres que tienen sexo con hombres” (LAMIS-2018) (76), la primera encuesta en línea sobre salud psico-socio-sexual para hombres gay y otros HSH de la región. El estudio LAMIS-2018 fue una adaptación al contexto Latinoamericano del estudio “European MSM Internet Survey” (EMIS-2017) (77), coordinado e implementado por Sigma Research en la London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM), en colaboración con el Robert Koch Institut (RKI) de Berlín, llevado a cabo en 46 países de Europa, además de Líbano, Israel, Canadá y Filipinas, y que estuvo disponible en 33 idiomas.

Los investigadores y las investigadoras de la Red Iberoamericana de Estudios en Hombres Gay, otros Hombres que tienen Sexo con Hombres y Personas Trans (RIGHT PLUS), en colaboración con investigadores de Londres (Sigma Research en la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres), Países Bajos (Facultad de Psicología y Neurociencias, Maastricht University) y Alemania (Departamento de Epidemiología de Enfermedades Infecciosas, Instituto Robert Koch), diseñaron el estudio LAMIS-2018 como una encuesta en línea para recoger datos autoreportados de hombres GBHSH en 18 países Latinoamericanos: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Surinam, Uruguay y Venezuela.

La encuesta LAMIS-2018 estuvo disponible en tres idiomas diferentes: español, portugués y holandés, e incluyó algunos principios relacionados con la investigación participativa, es decir, se buscó involucrar a organizaciones aliadas de la propia comunidad de cada país para liderar el estudio a nivel local. Donde no se logró involucrar a organizaciones comunitarias, se establecieron acuerdos de colaboración a través de instituciones académicas.

6.2 Población y criterios de inclusión

Para LAMIS-2018 no se realizó un cálculo del tamaño de la muestra, puesto que se utilizó un muestreo por conveniencia. Sin embargo, previamente se efectuó una estimación de los tamaños muestrales para cada país participante, en base a la información censal disponible.

Los criterios de inclusión fueron 1) autoidentificarse como hombres u hombres transgénero que se sienten sexualmente atraídos por hombres y/o que alguna vez hayan tenido una interacción sexual con otros hombres, 2) con una edad de 18 o más años, 3) que residían en cualquiera de los 18 países de LA participantes en el momento de la encuesta y 4) previa indicación de que entendían la naturaleza y el propósito del estudio y que aceptaban participar en él. No hubo criterios de exclusión adicionales a no cumplir con los criterios de inclusión (78).

6.3 Instrumento de recolección de la información

El cuestionario en línea utilizado en LAMIS-2018 fue una adaptación del estudio EMIS-2017, estructurado principalmente con preguntas cerradas y de respuestas múltiples, dirigidas a obtener indicadores, información sociodemográfica y sobre conductas de riesgo en hombres GBHSH para la monitorización y futura planificación de programas de prevención en salud.

El proceso de adaptación y adecuación del cuestionario para su aplicación se realizó de la siguiente manera:

- 1) Las versiones del cuestionario EMIS-2017 en español, portugués y holandés fueron revisadas por los investigadores miembros de RIGHT PLUS, para adecuar el lenguaje (por ejemplo, incluir modismos o palabras coloquiales locales) e identificar preguntas que deberían ser cambiadas o eliminadas por problemas en su planteamiento o diseño.
- 2) Esta primera adaptación fue enviada a los socios colaboradores latinoamericanos para ser revisada por los encargados del estudio en cada país, con el objetivo de adecuar las preguntas y sus alternativas de respuesta a la realidad y contexto local (por ejemplo, niveles educativos, nombres utilizados para referirse a los servicios sociosanitarios, nombres coloquiales de las drogas, etc.).

- 3) Con la inclusión de los comentarios y sugerencias de los socios latinoamericanos se obtuvo una segunda versión del cuestionario, el cual pasó a ser pilotado para evaluar el nivel de entendimiento de las preguntas, su adecuación y funcionamiento en condiciones reales con la población objetivo. Para esto se solicitó a cada socio latinoamericano que llevase a cabo una prueba piloto de la encuesta en línea con un máximo de cinco participantes. Al término de la encuesta se aplicó un cuestionario de opinión con algunas preguntas sobre la claridad del instrumento, la dificultad que supuso contestar alguna de las preguntas, la duración, comentarios, sugerencias, etc.
- 4) Con la información recogida de los participantes en la prueba piloto se obtuvo la tercera y definitiva versión del cuestionario LAMIS-2018. El tiempo promedio invertido en completar el cuestionario por los participantes fue de aproximadamente 34 minutos.

6.4 Promoción y reclutamiento

La promoción y el reclutamiento de participantes para el estudio LAMIS-2018 se realizó desde el 24 de enero al 13 de mayo de 2018. La promoción de la encuesta estuvo dirigida a usuarios de aplicaciones para citas entre hombres, páginas web, redes sociales, clínicas, ONG y organizaciones o lugares de ocio comúnmente visitados por hombres gay.

La promoción se realizó casi en su totalidad sin medios económicos, aunque se contó con recursos limitados para campañas específicas, así como también algunas organizaciones destinaron financiación propia para la difusión a nivel local/nacional. Para la promoción online (virtual) se confeccionaron diferentes imágenes y banners (dinámicos y estáticos) en los tres idiomas del estudio, usando las artes gráficas diseñadas para la promoción del estudio EMIS-2017, pero en un tono violeta como color distintivo del estudio LAMIS-2018 (Figura 3).

También se realizó promoción offline (no virtual) por medio de la creación de materiales impresos (pósteres y tarjetas) para ser colocados o distribuidos en locales de ocio gay (discotecas, saunas, etc.) (Figura 4).

Figura 3. Diferentes tipos de banners para la promoción en línea de LAMIS-2018



Fuente: Informe Final LAMIS-2018 (76)

Figura 4. Materiales gráficos para la promoción de LAMIS-2018 en locales de ocio gay



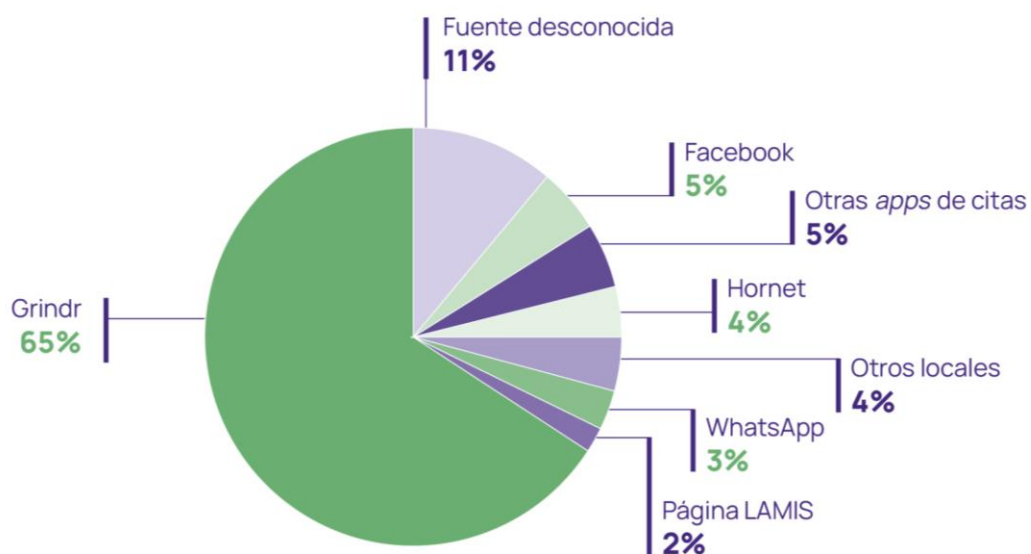
Fuente: Informe Final LAMIS-2018 (76)

En general, los canales de promoción y reclutamiento que se utilizaron en LAMIS-2018 fueron: 1) Páginas web y aplicaciones (apps) para teléfonos celulares smartphone de redes geosociales dirigidas a público gay, 2) Difusión local por parte de las diversas instituciones colaboradoras (ONG u organizaciones de base comunitaria LGTB o del VIH/sida, activistas, etc.) y de organizaciones regionales, 3) Redes sociales, 4) WhatsApp, 5) Invitación a través del envío de un correo

electrónico generado de forma automática al final del cuestionario o de la opción del anclaje de la difusión en las redes sociales del participante, 6) Otros (por ejemplo, página web del estudio LAMIS-2018).

En la Figura 5 se muestran los porcentajes de reclutamiento correspondientes a cada fuente utilizada para la promoción de LAMIS-2018.

Figura 5. Fuentes de reclutamiento utilizadas en LAMIS-2018



Fuente: Informe Final LAMIS-2018 (76)

Las personas alcanzadas por las estrategias de reclutamiento tuvieron acceso a un enlace que los dirigía a la página web de la encuesta. La primera página contenía el consentimiento informado que proporcionaba información del estudio, incluido un breve resumen del propósito del estudio y su relevancia, las instituciones involucradas, los criterios de inclusión y exclusión, los beneficios y los daños potenciales, el tiempo estimado para completar la encuesta y la gestión de los datos. Antes de pasar a las preguntas de la encuesta, todos los participantes debieron haber declarado que entendieron la naturaleza y el propósito del estudio y que aceptaron participar en él. Después del consentimiento, las únicas preguntas obligatorias fueron las primeras sobre edad, identidad sexual, sexo asignado al nacer y país de residencia, para verificar los criterios de inclusión y exclusión.

6.5 Análisis de datos

6.5.1 Variable dependiente

Para efectos de esta investigación se utilizó la terminología “uso sexualizado de drogas”, dado que permitió una exploración más amplia del fenómeno, sin restringirlo al consumo de un grupo específico de sustancias, cuya disponibilidad o patrones de uso pueden diferir entre regiones o países.

Uso sexualizado de drogas

Se definió la práctica de USD en base a la pregunta ¿Cuándo fue la última vez que utilizaste drogas para hacer que el sexo fuera más intenso o que durara más tiempo?, con las siguientes 8 respuestas posibles: Últimas 24 horas, últimos 7 días, últimas 4 semanas, últimos 6 meses, últimos 12 meses, últimos 5 años, hace más de 5 años y Nunca. Para el análisis, se fusionaron las categorías obteniendo una variable cualitativa/dicotómica con valores: 0 = Nunca o hace más de 12 meses y 1 = En los últimos 12 meses.

Uso sexualizado de drogas reciente

Dado que múltiples estudios que abordan la temática USD/chemsex han utilizado como unidad de medida para identificar la práctica el consumo de drogas en el contexto sexual durante las últimas 4 semanas y, teniendo siempre presente la necesidad de mejorar la comparabilidad entre estudios, se operacionalizó la variable de respuesta para evaluar adicionalmente en el análisis multivariado la práctica de USD reciente. Para esto, se generó una segunda variable dependiente fusionando las categorías de la misma pregunta, obteniendo una variable cualitativa/dicotómica con valores: 0 = Nunca o hace más de 4 semanas y 1 = En las últimas 4 semanas.

6.5.2 Variables independientes

- *Uso de drogas en cualquier contexto (uso recreativo):* consumo de alcohol (últimos 12 meses), dependencia al consumo de alcohol (estimada a través del cuestionario CAGE4, instrumento ampliamente utilizado para medir abuso y

dependencia de alcohol en la población (79)), drogas consumidas en cualquier contexto (últimos 12 meses) y uso de drogas inyectadas (alguna vez en la vida).

- *Uso de drogas en el contexto sexual:* USD con múltiples parejas (últimos 12 meses), lugar del USD con múltiples parejas y consumo de drogas durante el último encuentro sexual (con una pareja casual/siendo parte de un trío que involucraba a la pareja estable o, con múltiples parejas).
- *Aspectos sociodemográficos:* edad, situación migratoria, máximo nivel educativo alcanzado, ocupación y percepción de los ingresos económicos.
- *Aspectos socioepidemiológicos:* pareja estable, parejas ocasionales (últimos 12 meses), número de parejas sexuales ocasionales (últimos 12 meses), número de parejas sexuales ocasionales sin uso de condón (últimos 12 meses), satisfacción con la vida sexual, pagos recibidos (dinero, regalos o favores) a cambio de sexo con hombres (últimos 12 meses), diagnóstico positivo para VIH, uso de Profilaxis Pre-exposición (PrEP) (alguna vez en la vida) y diagnóstico positivo para hepatitis C, sífilis, gonorrea, clamidia, condiloma (alguna vez en la vida).
- *Aspectos psicosociales:* síntomas ansioso-depresivos (evaluados con el “Patient Health Questionnaire - PHQ-4” (80)), soporte social (medido a través de dos sub-escalas de provisión social sobre “Integración social” y “Alianza confiable” diseñadas por Cutrona y Russell (1987), destinadas a la detección de déficit de conexión social (81)), homonegatividad internalizada (medida con la “Escala de Reacciones a la Homosexualidad” (82)), intimidación homofóbica (últimos 12 meses), insultos homofóbicos (últimos 12 meses) y agresiones homofóbicas (últimos 12 meses).

6.5.3 Análisis de datos objetivo específico 1

Se realizó el análisis estadístico univariado para estimar la frecuencia y distribución del USD y de las demás variables que aportaron a la descripción del consumo de PSA, tanto en cualquier contexto (uso recreativo) como en el contexto sexual; a nivel de la muestra general y en cada país participante en LAMIS-2018

6.5.4 Análisis de datos objetivo específico 2

A través de análisis estadísticos bivariados se midió la frecuencia y distribución de las variables independientes en cada uno de los grupos del estudio (USD Si/No), realizando comparaciones entre grupos mediante pruebas de Chi cuadrado en las variables categóricas, T de Student en la variable continua "edad" y, U de Mann Whitney para las variables discretas. Los resultados se registraron en tablas para el total de la muestra y para cada uno de los 18 países participantes en LAMIS-2018.

6.5.5 Análisis de datos objetivo específico 3

Para evaluar la existencia de posibles relaciones entre las distintas variables independientes del estudio se efectuó un análisis de correspondencias múltiples (ACM). El ACM es parte de una familia de métodos descriptivos multivariados que permite investigar el patrón de relaciones potenciales de asociación entre las múltiples categorías de varias variables categóricas (83).

El ACM es útil para representar gráficamente la distribución conjunta de diversas variables, y más concretamente de sus categorías, dado que permite la construcción de mapas visuales complejos cuya estructuración puede interpretarse (84). Aunque el ACM se usa principalmente como una técnica exploratoria, puede ser particularmente relevante en estudios donde se recopila una gran cantidad de datos cualitativos, a menudo junto con datos cuantitativos, como ocurre en el caso de los estudios epidemiológicos. En el mapa visual de un ACM se representan conjuntos de datos como "nubes" de puntos en un espacio euclidiano multidimensional. Cada punto representa una categoría, siendo que los resultados se interpretan en base a las posiciones relativas de los puntos y su distribución a lo largo de las dimensiones; a medida que las categorías se vuelven más similares en distribución, más cerca (menos distancia entre puntos) se representan en el espacio. (85). En definitiva, la interpretación en el ACM está basada en el análisis de proximidades entre puntos ubicados en un mapa. Dicha proximidad entre categorías de diferentes variables hace que estas categorías tiendan a aparecer simultáneamente en las observaciones (86), es decir, se deduce que el mismo grupo de personas comparte las cualidades que quedan de manifiesto a través de dicha relación de proximidad.

En esta investigación, además de observar la relación entre las distintas categorías de las variables analizadas a través del ACM, se utilizaron los resultados de éste como un insumo para la selección de las variables independientes que serían posteriormente incluidas en el análisis multivariado (Regresión Logística). De esta forma, se apoyó el criterio epidemiológico utilizado para la selección de un conjunto representativo de variables, que hicieron posible la construcción de un modelo más parsimonioso.

6.5.6 Análisis de datos objetivo específico 4

Se construyó un modelo de regresión logística para la variable dependiente en sus dos períodos de medición: USD (últimos 12 meses) y USD reciente (últimas 4 semanas). La regresión logística permite utilizar variables independientes continuas y, además, es más sencillo manejar más de dos variables independientes de manera simultánea; característica esencial cuando estamos interesados en evaluar el impacto de diversas variables independientes sobre la variable dependiente (87). A través de estos análisis multivariados se obtuvieron medidas de asociación expresadas en valores de Odds Ratio, que permitieron evaluar la relación entre las variables independientes y el uso de drogas en el contexto sexual (durante el último año y durante las últimas 4 semanas).

La selección de las variables independientes, decisión clave al momento de construir un modelo de regresión logística, se llevó a cabo en base a 3 criterios:

- 1) Criterio epidemiológico: basado en la revisión en profundidad (no sistemática) de la literatura científica disponible en base al fenómeno chemsex/USD y sus principales determinantes.
- 2) Resultados del análisis bivariado (objetivo específico 2): A través de los análisis bivariados se pudo observar los niveles de asociación entre las variables independientes y el USD, junto con la consistencia de estos resultados a través del análisis de cada país participante en LAMIS-2018.
- 3) Resultados del ACM: En el mapa visual del ACM se observaron relaciones de coincidencia entre variables independientes en relación con la distribución espacial de sus respectivas categorías. De esta forma, cuando dicha coincidencia se registró entre variables pertenecientes a una misma agrupación (aspectos sociodemográficos, socioepidemiológicos o psicosociales), se

procedió a seleccionar una de éstas como variable independiente representativa de dicha dimensión.

De esta forma, se seleccionó un total de 7 variables independientes: “máximo nivel educacional alcanzado”, “número de parejas sexuales ocasionales” (últimos 12 meses) , “sexo transaccional”, “grado de satisfacción con la vida sexual”, “diagnóstico autoreportado de VIH”, “escala PHQ4” (ansiedad/depresión) y “agresión homofóbica” (últimos 12 meses). Ambos modelos de regresión logística (USD y USD reciente) fueron construidos con el mismo set de variables independientes.

Además, en ambos modelos se incorporaron 2 variables de ajuste:

- 1) Edad: Dado que la distribución de la edad en el estudio LAMIS-2018 fue asimétrica, con los participantes concentrados principalmente entre los 18 y 40 años, se buscó controlar una eventual influencia en los resultados del análisis.
- 2) País de residencia: En el estudio LAMIS-2018 las cifras de reclutamiento muy disímiles entre países, por lo que se controló la eventual influencia que pudieran tener sobre el resultado del análisis aquellos países con mayor representación en el número de personas encuestadas.

6.6 Aspectos éticos

El estudio LAMIS-2018 obtuvo las aprobaciones éticas para su ejecución a nivel regional por los comités de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (612-19-17), Escuela de Salud Pública Salvador Allende, Facultad de Medicina, Universidad de Chile (009-2017), Santa Casa de Misericórdia de São, Brasil (2.457.744), Comité Nacional de Ética en Salud, Guatemala (39-2017) y Facultad de Psicología y Neurociencia de la Universidad de Maastricht, Holanda (186-01-12-2017).

7. RESULTADOS

El estudio LAMIS-2018 contó con un total de 64.655 participantes, siendo Brasil México, Colombia, Argentina y Chile los países que aportaron un mayor número de personas encuestadas.

El cálculo de la tasa de reclutamiento estimó que, en general, por cada 10000 hombres de 15 a 65 años, 2,8 hombres GBHSH participaron del estudio (rango de 1,9 a 11,7 según país). El número de participantes, tasas de reclutamiento y porcentajes de aporte de participantes al estudio LAMIS-2018 para cada país se presentan en la Figura 6.

Figura 6. Tasas de reclutamiento para cada país participante en LAMIS-2018

País	Hombres 15 a 65 años - censo 2017	Participantes en LAMIS	Tasa de reclutamiento cada 10,000 hombres 15 a 65 años	% aporte de participantes en LAMIS
Brasil	71.955.960	18.139	2,5	28,1%
México	40.812.857	14.957	3,7	23,1%
Colombia	16.364.021	8.208	5,0	12,7%
Argentina	14.031.178	5.504	3,9	8,5%
Chile	6.063.031	4.945	8,2	7,6%
Venezuela	10.417.499	2.431	2,3	3,8%
Perú	10.579.952	2.025	1,9	3,1%
Ecuador	5.243.222	1.440	2,7	2,2%
Guatemala	4.747.391	1.157	2,4	1,8%
Costa Rica	1.700.046	1.012	6,0	1,6%
Uruguay	1.119.302	771	6,9	1,2%
Panamá	1.311.089	759	5,8	1,2%
Bolivia	3.477.538	748	2,2	1,2%
Honduras	2.870.553	646	2,3	1,0%
El Salvador	2.062.035	572	2,8	0,9%
Paraguay	2.172.676	591	2,7	0,9%
Nicaragua	2.004.397	534	2,7	0,8%
Suriname	184.261	216	11,7	0,3%
Total	197.117.006	64.655	3,3	100%

Fuente: Elaboración propia, basado en el artículo de Diseño, Metodología e Implementación del estudio LAMIS-2018 (78)

7.1 Objetivo específico 1

7.1.1 Uso de drogas en cualquier contexto (uso recreativo)

La prevalencia de consumo de alcohol para los últimos 12 meses a nivel general fue de 90,1%, y similar a nivel de países, con excepción de El Salvador donde fue inferior (78,2%) (Tablas 1a y 1b). En relación con la dependencia del consumo de alcohol, globalmente se observó una prevalencia de 21,1%, destacando Bolivia (36%) y Nicaragua (35,3%). La proporción de uso de drogas (alguna vez en la vida) fue del 40,3% a nivel global, con Chile (56,3%) y Uruguay (52,6%) como países predominantes. La prevalencia de uso de drogas inyectables fue de 0,9%, variando entre 0% a 1,4% a nivel de países. En cuanto a las drogas consumidas en cualquier contexto (uso recreativo), la más frecuente fue el cannabis (29,7%), con predominio de Chile y Uruguay (49,9% y 44,7%, respectivamente), seguido del uso de nitritos (poppers) (17,7%), siendo Colombia el país con la mayor prevalencia de uso (31,5%). El consumo de cocaína a nivel global fue de 9,5%, siendo superior en Uruguay, Brasil y Chile, con porcentajes cercanos al 12%. En relación con las drogas sintéticas, a nivel global predominó el consumo de éxtasis en forma de píldora y cristal (11,9%), cannabinoides sintéticos (6,2%) y LSD (5,8%), destacando el consumo de cannabinoides sintéticos en Chile (15,5%), píldoras de éxtasis en Brasil (12,8%) y LSD en Uruguay (12,1%).

7.1.2 Uso de drogas en el contexto sexual

Del total de participantes del estudio (N=64.655), un 13,6% declaró haber practicado USD en los últimos 12 meses (Tablas 1a y 1b). Al desagregar por países se observó variabilidad, destacando Chile (24,2%), seguido de Costa Rica y Uruguay (ambos con 17,7%) (Figura 7). La práctica de USD en encuentros grupales mostró una prevalencia global de 6,6%, destacando Chile (10,5%), Costa Rica (8,8%) y Colombia (8,2%) (Figura 8). En relación con el lugar de dichos encuentros grupales, predominó el uso de domicilios particulares, ya sea de uno de los involucrados (39,7%) o del propio encuestado (25,8%). Además, un 6,7% del total de los encuestados en LAMIS-2018 reportó haber utilizado drogas en el contexto de sus relaciones sexuales recientes (últimas 4 semanas).

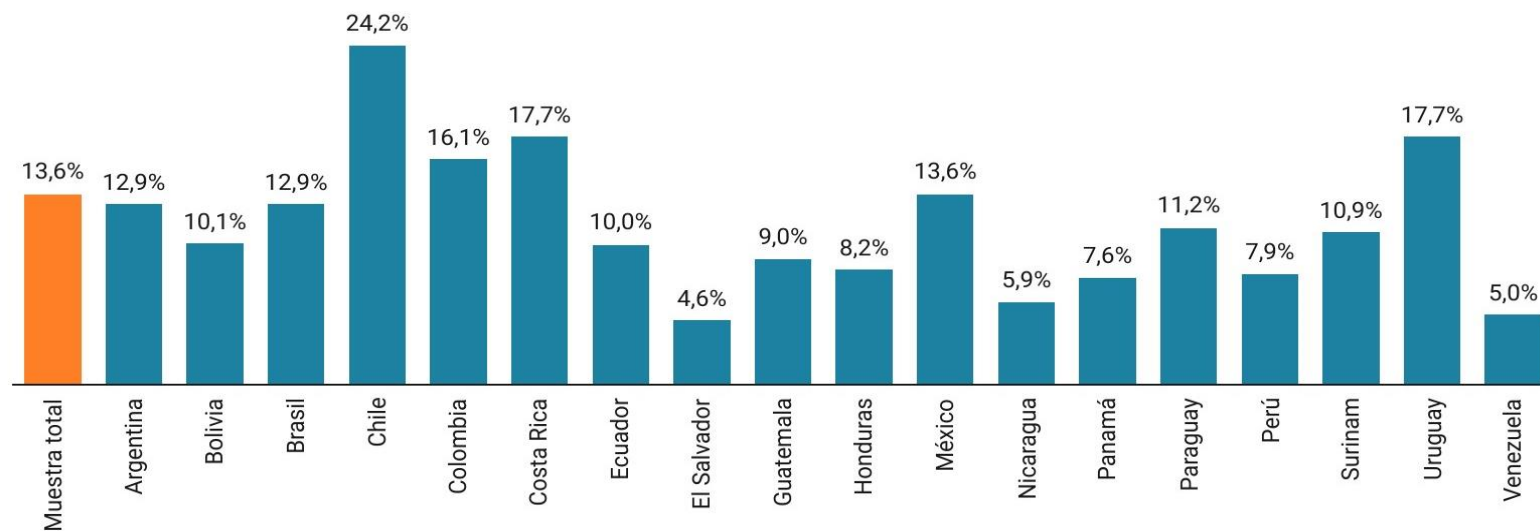
TABLE 1a: Descriptive analysis of drug use in any context (recreational use) and sexualized drug use, in total sample and each country participating in LAMIS-2018 (part one).

VARIABLE	TOTAL SAMPLE (N=64655) n (%)	Argentina (N=5504) n (%)	Bolivia (N=748) n (%)	Brazil (N=18139) n (%)	Chile (N=4945) n (%)	Colombia (N=8208) n (%)	Costa Rica (N=1012) n (%)	Ecuador (N=1440) n (%)	El Salvador (N=572) n (%)	Guatemala (N=1157) n (%)
Consumption of alcohol (last 12 months)	57967 (90.1)	4977 (90.8)	659 (88.7)	16248 (90.0)	4576 (92.7)	7465 (91.4)	888 (88.0)	1294 (90.2)	444 (78.2)	954 (82.8)
Alcohol dependence (CAGE4)	13539 (21.1)	734 (13.5)	266 (36.0)	4454 (24.9)	1167 (23.7)	1530 (18.9)	170 (16.9)	380 (26.7)	118 (20.8)	287 (25.2)
Prevalence of drug use (at least once in lifetime)	25786 (40.3)	2217 (40.6)	232 (31.3)	8885 (49.4)	2769 (56.3)	2684 (33.1)	446 (44.6)	476 (33.4)	133 (23.5)	318 (27.9)
Drug use in any context (last 12 months)										
Cannabis	18989 (29.7)	1810 (33.2)	166 (22.4)	6508 (36.2)	2453 (49.9)	1931 (23.8)	356 (35.6)	358 (25.1)	77 (13.6)	209 (18.4)
Poppers (nitrite inhalants)	11356 (17.7)	684 (12.5)	50 (6.7)	1539 (8.5)	1446 (29.3)	2571 (31.5)	203 (20.1)	207 (14.5)	55 (9.7)	198 (17.3)
Viagra (cialis)	9410 (14.7)	813 (14.9)	94 (12.7)	2793 (15.5)	854 (17.3)	1243 (15.2)	95 (9.4)	127 (8.9)	50 (8.8)	129 (11.2)
Synthetic cannabinoids	3932 (6.2)	293 (5.4)	49 (6.6)	427 (2.4)	763 (15.5)	982 (12.1)	106 (10.6)	127 (8.9)	17 (3.0)	43 (3.8)
Sedatives (valium)	8247 (12.8)	1001 (18.3)	83 (11.2)	3551 (19.7)	721 (14.6)	394 (4.8)	84 (8.4)	90 (6.3)	35 (6.2)	83 (7.2)
Cocaine	6086 (9.5)	413 (7.6)	38 (5.1)	2211 (12.3)	571 (11.6)	850 (10.5)	91 (9.1)	98 (6.9)	48 (8.5)	109 (9.6)
LSD	3754 (5.8)	424 (7.8)	32 (4.3)	1610 (9.0)	377 (7.7)	469 (5.8)	67 (6.7)	47 (3.3)	3 (0.5)	28 (2.5)
Ecstasy in the form of a pill	4696 (7.4)	420 (7.7)	18 (2.4)	2297 (12.8)	337 (6.9)	544 (6.7)	57 (5.7)	39 (2.7)	6 (1.1)	29 (2.5)
Ecstasy in the form of a crystal (MDMA)	2903 (4.5)	218 (4.0)	10 (1.3)	1370 (7.6)	224 (4.6)	288 (3.6)	103 (10.3)	25 (1.8)	5 (0.9)	24 (2.1)
Ketamine	1852 (2.9)	88 (1.6)	7 (0.9)	1185 (6.6)	126 (2.6)	235 (2.9)	19 (1.9)	6 (0.4)	2 (0.3)	5 (0.4)
GHB/GBL	1144 (1.8)	81 (1.5)	3 (0.4)	626 (3.5)	115 (2.3)	71 (0.9)	9 (0.9)	9 (0.6)	0 (0.0)	9 (0.8)
Amphetamines	1346 (2.1)	447 (8.2)	3 (0.4)	399 (2.2)	79 (1.6)	125 (1.5)	8 (0.8)	8 (0.6)	2 (0.3)	10 (0.9)
Crack cocaine	557 (0.9)	22 (0.4)	5 (0.7)	82 (0.5)	41 (0.8)	69 (0.8)	10 (1.0)	13 (0.9)	8 (1.4)	15 (1.3)
Crystal Methamphetamines	1005 (1.6)	67 (1.2)	4 (0.5)	240 (1.3)	35 (0.7)	79 (1.0)	8 (0.8)	7 (0.5)	1 (0.2)	12 (1.0)
Heroin	313 (0.5)	13 (0.2)	1 (0.1)	121 (0.7)	20 (0.4)	38 (0.5)	3 (0.3)	7 (0.5)	3 (0.5)	5 (0.4)
Mephedrone	172 (0.3)	4 (0.1)	2 (0.3)	69 (0.4)	17 (0.4)	28 (0.4)	0 (0.0)	2 (0.1)	0 (0.0)	2 (0.2)
Synthetic stimulants other than mephedrone (tusi)	414 (0.7)	25 (0.5)	5 (0.7)	101 (0.6)	37 (0.7)	124 (1.5)	8 (0.8)	4 (0.3)	0 (0.0)	7 (0.6)
Injected drug use (at least once in lifetime)	565 (0.9)	25 (0.5)	4 (0.5)	257 (1.4)	32 (0.6)	44 (0.5)	6 (0.6)	8 (0.6)	2 (0.4)	4 (0.4)
Sexualized drug use (SDU) (last 12 months)	8690 (13.6)	703 (12.9)	75 (10.1)	2321 (12.9)	1190 (24.2)	1304 (16.1)	177 (17.7)	142 (10.0)	26 (4.6)	103 (9.0)
SDU with multiple partners (last 12 months)	4220 (6.6)	340 (6.2)	27 (3.7)	1100 (6.1)	515 (10.5)	661 (8.2)	88 (8.8)	62 (4.4)	15 (2.7)	55 (4.8)
Location of group SDU (Where did the sexual encounter take place?)	(N=4218)	(N=340)	(N=27)	(N=1099)	(N=515)	(N=661)	(N=88)	(N=62)	(N=15)	(N=55)
My home	1090 (25.8)	106 (31.2)	9 (33.3)	290 (26.4)	165 (32.0)	143 (21.6)	28 (31.8)	17 (27.4)	3 (20.0)	11 (20.0)
Home of another partners	1674 (39.7)	151 (44.4)	11 (40.7)	401 (36.5)	243 (47.2)	274 (41.4)	37 (42.1)	29 (46.8)	8 (53.3)	21 (38.2)
Hotel room	480 (11.4)	18 (5.3)	5 (18.5)	119 (10.8)	27 (5.2)	58 (8.8)	7 (7.9)	10 (16.1)	3 (20.0)	12 (21.8)
Club or back room	337 (7.9)	29 (8.5)	0 (0.0)	79 (7.2)	16 (3.1)	68 (10.3)	4 (4.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (9.1)
Others	637 (15.1)	36 (10.6)	2 (7.4)	210 (19.1)	64 (12.4)	118 (17.8)	12 (13.6)	6 (9.7)	1 (6.6)	6 (10.9)

TABLE 1b: Descriptive analysis of drug use in any context (recreational use) and sexualized drug use, in total sample and each country participating in LAMIS-2018 (part two).

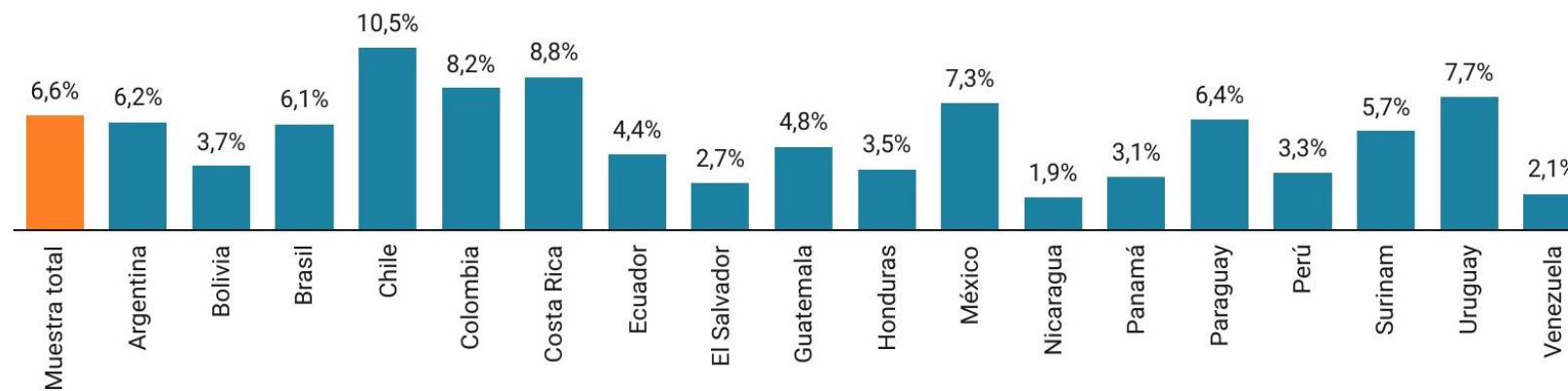
VARIABLE	Honduras (N=646) n (%)	México (N=14957) n (%)	Nicaragua (N=534) n (%)	Panamá (N=759) n (%)	Paraguay (N=591) n (%)	Perú (N=2025) n (%)	Suriname (N=216) n (%)	Uruguay (N=771) n (%)	Venezuela (N=2431) n (%)
Consumption of alcohol (last 12 months)	536 (83.2)	13391 (90.0)	458 (86.3)	653 (86.4)	509 (86.7)	1825 (91.0)	190 (89.2)	696 (90.6)	2204 (91.0)
Alcohol dependence (CAGE 4)	173 (27.1)	2965 (20.1)	187 (35.3)	143 (19.1)	88 (15.2)	471 (23.8)	32 (15.2)	89 (11.7)	285 (11.9)
Prevalence of drug use (at least once in lifetime)	196 (30.7)	5371 (36.3)	128 (24.1)	198 (26.4)	172 (29.6)	523 (26.2)	81 (38.4)	402 (52.6)	555 (23.2)
Drug use in any context (last 12 months)									
Cannabis	127 (19.9)	3583 (24.2)	89 (16.8)	129 (17.2)	128 (22.1)	358 (17.9)	63 (29.9)	341 (44.7)	303 (12.7)
Poppers (nitrite inhalants)	79 (12.3)	3574 (24.0)	33 (6.2)	146 (19.3)	74 (12.6)	223 (11.1)	58 (27.2)	100 (13.1)	116 (4.8)
Viagra (cialis)	44 (6.8)	2296 (15.4)	33 (6.2)	77 (10.2)	68 (11.6)	249 (12.4)	30 (14.1)	91 (11.9)	324 (13.4)
Synthetic cannabinoids	38 (6.0)	697 (4.7)	20 (3.7)	50 (6.7)	22 (3.8)	68 (3.4)	6 (2.9)	44 (5.7)	180 (7.5)
Sedatives (valium)	50 (7.8)	1280 (8.6)	76 (14.3)	61 (8.1)	79 (13.5)	236 (11.8)	33 (15.5)	177 (23.2)	213 (8.8)
Cocaine	65 (10.2)	1188 (8.0)	37 (7.0)	44 (5.9)	59 (10.1)	94 (4.7)	12 (5.7)	94 (12.4)	64 (2.7)
LSD	12 (1.9)	517 (3.5)	7 (1.3)	14 (1.9)	16 (2.8)	21 (1.0)	0 (0.0)	92 (12.1)	18 (0.7)
Ecstasy in the form of a pill	9 (1.4)	750 (5.1)	8 (1.5)	16 (2.1)	19 (3.3)	25 (1.2)	19 (9.0)	76 (10.0)	27 (1.1)
Ecstasy in the form of a crystal (MDMA)	5 (0.8)	489 (3.3)	5 (0.9)	13 (1.7)	12 (2.1)	24 (1.2)	14 (6.6)	57 (7.5)	17 (0.7)
Ketamine	3 (0.5)	118 (0.8)	3 (0.6)	3 (0.4)	3 (0.5)	9 (0.4)	4 (1.9)	23 (3.0)	13 (0.5)
GHB/GBL	0 (0.0)	182 (1.2)	2 (0.4)	7 (0.9)	2 (0.3)	9 (0.4)	5 (2.4)	5 (0.7)	9 (0.4)
Amphetamines	5 (0.8)	178 (1.2)	2 (0.4)	5 (0.7)	9 (1.5)	10 (0.5)	1 (0.5)	50 (6.5)	5 (0.2)
Crack cocaine	9 (1.4)	238 (1.6)	8 (1.5)	4 (0.5)	4 (0.7)	17 (0.8)	5 (2.4)	3 (0.4)	4 (0.2)
Crystal Methamphetamines	2 (0.3)	490 (3.3)	5 (0.9)	5 (0.7)	2 (0.3)	10 (0.5)	8 (3.8)	26 (3.4)	4 (0.2)
Heroin	3 (0.5)	84 (0.6)	1 (0.2)	3 (0.4)	0 (0.0)	2 (0.1)	1 (0.5)	4 (0.5)	4 (0.2)
Mephedrone	0 (0.0)	36 (0.2)	2 (0.4)	1 (0.1)	0 (0.0)	4 (0.2)	1 (0.5)	2 (0.3)	2 (0.1)
Synthetic stimulants other than mephedrone (tusi)	0 (0.0)	76 (0.5)	1 (0.2)	2 (0.3)	2 (0.3)	6 (0.3)	2 (0.9)	8 (1.0)	6 (0.2)
Injected drug use (at least once in lifetime)	2 (0.3)	132 (0.9)	0 (0.0)	4 (0.5)	6 (1.0)	9 (0.5)	2 (1.0)	9 (1.2)	19 (0.8)
Sexualized drug use (SDU) (last 12 months)	52 (8.2)	2009 (13.6)	31 (5.9)	57 (7.6)	65 (11.2)	158 (7.9)	23 (10.9)	135 (17.7)	119 (5.0)
SDU with multiple partners (last 12 months)	22 (3.5)	1078 (7.3)	10 (1.9)	23 (3.1)	37 (6.4)	66 (3.3)	12 (5.7)	59 (7.7)	50 (2.1)
Location of group SDU (Where did the sexual encounter take place?)	(N=22)	(N=1077)	(N=10)	(N=23)	(N=37)	(N=66)	(N=12)	(N=59)	(N=50)
My home	8 (36.4)	243 (22.6)	3 (30.0)	1 (4.3)	6 (16.2)	17 (25.8)	7 (58.3)	17 (28.8)	16 (32.0)
Home of another partners	8 (36.4)	390 (36.2)	4 (40.0)	9 (39.1)	16 (42.2)	22 (33.3)	0 (0.0)	28 (47.4)	22 (44.0)
Hotel room	3 (13.6)	176 (16.3)	3 (30.0)	7 (30.4)	6 (16.2)	14 (21.2)	3 (25.0)	3 (5.1)	6 (12.0)
Club or back room	0 (0.0)	124 (11.5)	0 (0.0)	2 (8.7)	2 (5.4)	4 (6.1)	1 (8.3)	2 (3.4)	1 (2.0)
Others	3 (13.6)	144 (13.3)	0 (0.0)	4 (17.4)	7 (18.9)	9 (13.6)	1 (8.3)	9 (15.2)	5 (10.0)

Figura 7. Prevalencia de USD (últimos 12 meses) en la muestra total y en cada país participante en LAMIS-2018



Fuente: Elaboración propia

Figura 8. Prevalencia de USD con múltiples parejas (últimos 12 meses) en la muestra total y en cada país participante en LAMIS-2018



Fuente: Elaboración propia

7.1.3 Uso de drogas antes o durante el último encuentro sexual

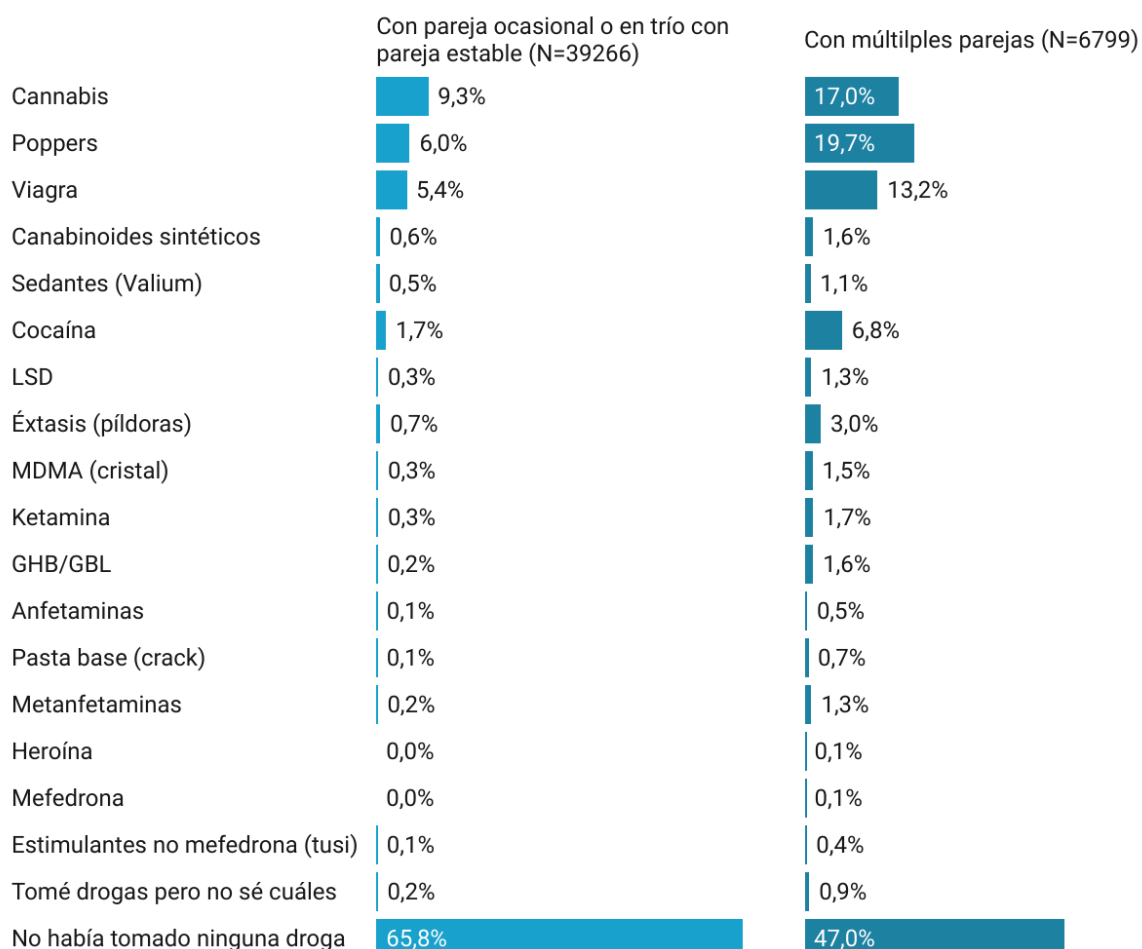
Uso de drogas durante el último encuentro sexual con una pareja ocasional o siendo parte de un trío que involucró a la pareja estable

La droga más consumida a nivel global fue el cannabis (9,3%), seguida de poppers (6%) y Viagra (5,4%) (Figura 9); destacando Chile en el consumo de cannabis (21,8%), Surinam en el uso de poppers (13,2%) y Chile y Uruguay en el uso de Viagra (7,2% y 7,1%, respectivamente) (Tablas 2a y 2b).

Uso de drogas en el último encuentro sexual con múltiples parejas

Poppers (19,7%), cannabis (17%) y Viagra (13,2%) fueron las drogas más utilizadas, mientras que el consumo de cocaína registró un 6,8% y éxtasis (píldora y cristal) un 4,5% (Figura 9). Al analizar por países destacaron Chile, Colombia y México con uso de poppers mayor al 30%, además de Chile en consumos de cannabis y cocaína (33,7% y 10,6%, respectivamente) (Tablas 2a y 2b).

Figura 9. Uso de drogas antes o durante el último encuentro sexual, en la muestra total de participantes de LAMIS-2018



Fuente: Elaboración propia

TABLE 2a: Descriptive analysis of drug use immediately before or during most recent sexual encounter among men surveyed, in total sample and each country participating in LAMIS-2018 (part one).

VARIABLE	TOTAL SAMPLE n (%)	Argentina n (%)	Bolivia n (%)	Brazil n (%)	Chile n (%)	Colombia n (%)	Costa Rica n (%)	Ecuador n (%)	El Salvador n (%)	Guatemala n (%)
With a casual partner or a threesome with a stable partner	(N=39266)	(N=3453)	(N=450)	(N=11145)	(N=2949)	(N=5141)	(N=582)	(N=873)	(N=332)	(N=709)
Cannabis	3642 (9.3)	356 (10.3)	27 (6.0)	1038 (9.3)	644 (21.8)	486 (9.5)	92 (15.8)	58 (6.6)	12 (3.6)	29 (4.1)
Poppers (nitrite inhalants)	2351 (6.0)	92 (2.7)	10 (2.2)	190 (1.7)	269 (9.1)	608 (11.8)	48 (8.3)	44 (5.0)	7 (2.1)	56 (7.9)
Viagra (cialis)	2128 (5.4)	195 (5.7)	28 (6.2)	582 (5.2)	213 (7.2)	259 (5.0)	23 (4.0)	23 (2.6)	12 (3.6)	29 (4.1)
Synthetic cannabinoids	217 (0.6)	8 (0.2)	4 (0.9)	21 (0.2)	42 (1.4)	76 (1.5)	3 (0.5)	4 (0.5)	1 (0.3)	3 (0.4)
Sedatives (valium)	213 (0.5)	21 (0.6)	2 (0.4)	71 (0.6)	21 (0.7)	20 (0.4)	3 (0.5)	6 (0.7)	0 (0.0)	2 (0.3)
Cocaine	649 (1.7)	35 (1.0)	3 (0.7)	253 (2.3)	69 (2.3)	99 (1.9)	15 (2.6)	7 (0.8)	6 (1.8)	14 (2.0)
LSD	115 (0.3)	10 (0.3)	0 (0.0)	45 (0.4)	4 (0.1)	20 (0.4)	2 (0.3)	4 (0.5)	1 (0.3)	2 (0.3)
Ecstasy in the form of a pill	269 (0.7)	20 (0.6)	1 (0.2)	116 (1.0)	28 (1.0)	28 (0.5)	3 (0.5)	3 (0.3)	1 (0.3)	2 (0.3)
Ecstasy in the form of a crystal (MDMA)	105 (0.3)	5 (0.1)	0 (0.0)	42 (0.4)	9 (0.3)	10 (0.2)	7 (1.2)	1 (0.1)	0 (0.0)	1 (0.1)
Ketamine	135 (0.3)	4 (0.1)	0 (0.0)	75 (0.7)	10 (0.3)	20 (0.4)	6 (1.0)	1 (0.1)	1 (0.3)	0 (0.0)
GHB/GBL	83 (0.2)	8 (0.2)	0 (0.0)	52 (0.5)	8 (0.3)	5 (0.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.1)
Amphetamines	30 (0.1)	3 (0.1)	0 (0.0)	8 (0.1)	4 (0.1)	3 (0.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Crack cocaine	53 (0.1)	3 (0.1)	0 (0.0)	7 (0.1)	4 (0.1)	3 (0.1)	0 (0.0)	3 (0.3)	1 (0.3)	0 (0.0)
Crystal Methamphetamines	76 (0.2)	2 (0.1)	0 (0.0)	7 (0.1)	4 (0.1)	4 (0.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.1)
Heroin	11 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (0.0)	2 (0.1)	2 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Mephedrone	5 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.0)	1 (0.0)	1 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Synthetic stimulants other than mephedrone (tusi)	27 (0.1)	2 (0.1)	0 (0.0)	6 (0.1)	3 (0.1)	8 (0.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Have taken drugs but not sure which	72 (0.2)	7 (0.2)	2 (0.4)	22 (0.2)	7 (0.2)	7 (0.1)	2 (0.3)	1 (0.1)	0 (0.0)	1 (0.1)
Have not consumed any drugs	25820 (65.8)	2305 (66.8)	319 (70.9)	7474 (67.1)	1462 (49.6)	3470 (67.5)	359 (61.7)	622 (71.3)	254 (76.5)	488 (68.8)
With multiple partners	(N=6799)	(N=651)	(N=57)	(N=2270)	(N=416)	(N=939)	(N=89)	(N=114)	(N=38)	(N=95)
Cannabis	1155 (17.0)	122 (18.7)	6 (10.5)	329 (14.5)	140 (33.7)	181 (19.3)	21 (23.6)	20 (17.5)	5 (13.2)	12 (12.6)
Poppers (nitrite inhalants)	1339 (19.7)	72 (11.1)	1 (1.8)	169 (7.4)	146 (35.1)	316 (33.7)	28 (31.5)	20 (17.5)	8 (21.1)	22 (23.2)
Viagra (cialis)	894 (13.2)	81 (12.4)	4 (7.0)	276 (12.2)	87 (20.9)	114 (12.1)	10 (11.2)	6 (5.3)	6 (15.8)	15 (15.8)
Synthetic cannabinoids	110 (1.6)	7 (1.1)	0 (0.0)	32 (1.4)	17 (4.1)	37 (3.9)	1 (1.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.1)
Sedatives (valium)	75 (1.1)	7 (1.1)	0 (0.0)	26 (1.2)	8 (1.9)	5 (0.5)	0 (0.0)	2 (1.8)	0 (0.0)	0 (0.0)
Cocaine	465 (6.8)	35 (5.4)	1 (1.8)	175 (7.7)	44 (10.6)	59 (6.3)	7 (7.9)	6 (5.3)	4 (10.5)	10 (10.5)
LSD	88 (1.3)	8 (1.2)	1 (1.8)	23 (1.0)	6 (1.4)	16 (1.7)	1 (1.1)	2 (1.8)	0 (0.0)	1 (1.1)
Ecstasy in the form of a pill	201 (3.0)	13 (2.0)	1 (1.8)	89 (3.9)	8 (1.9)	22 (2.3)	3 (3.4)	3 (2.6)	1 (2.6)	4 (4.2)
Ecstasy in the form of a crystal (MDMA)	103 (1.5)	7 (1.1)	0 (0.0)	49 (2.2)	8 (1.9)	9 (1.0)	8 (9.0)	1 (0.9)	0 (0.0)	0 (0.0)
Ketamine	115 (1.7)	6 (0.9)	0 (0.0)	68 (3.0)	12 (2.9)	19 (2.0)	1 (1.1)	2 (1.8)	0 (0.0)	0 (0.0)
GHB/GBL	108 (1.6)	5 (0.8)	0 (0.0)	67 (3.0)	13 (3.1)	6 (0.6)	2 (2.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Amphetamines	37 (0.5)	6 (0.9)	0 (0.0)	13 (0.6)	3 (0.7)	5 (0.5)	2 (2.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Crack cocaine	47 (0.7)	2 (0.3)	0 (0.0)	8 (0.4)	0 (0.0)	4 (0.4)	2 (2.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Crystal Methamphetamines	88 (1.3)	3 (0.5)	0 (0.0)	16 (0.7)	1 (0.2)	4 (0.4)	2 (2.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Heroin	9 (0.1)	1 (0.2)	0 (0.0)	4 (0.2)	1 (0.2)	2 (0.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Mephedrone	6 (0.1)	1 (0.2)	0 (0.0)	3 (0.1)	0 (0.0)	1 (0.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.1)
Synthetic stimulants other than mephedrone (tusi)	28 (0.4)	1 (0.2)	0 (0.0)	7 (0.3)	2 (0.5)	10 (1.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Have taken drugs but not sure which	58 (0.9)	4 (0.6)	0 (0.0)	15 (0.7)	3 (0.7)	10 (1.1)	2 (2.3)	2 (1.8)	0 (0.0)	4 (4.2)
Have not consumed any drugs	3201 (47.0)	334 (51.3)	40 (70.2)	1196 (52.7)	111 (26.7)	442 (47.1)	39 (43.8)	58 (50.9)	22 (57.9)	48 (50.5)

TABLE 2b: Descriptive analysis of drug use immediately before or during most recent sexual encounter among men surveyed, in total sample and each country participating in LAMIS-2018 (part two).

VARIABLE	Honduras n (%)	México n (%)	Nicaragua n (%)	Panamá n (%)	Paraguay n (%)	Perú n (%)	Suriname n (%)	Uruguay n (%)	Venezuela n (%)
With a casual partner or a threesome with a stable partner	(N=358)	(N=9136)	(N=285)	(N=431)	(N=335)	(N=1199)	(N=91)	(N=434)	(N=1363)
Cannabis	11 (3.1)	637 (7.0)	7 (2.5)	26 (6.0)	27 (8.1)	60 (5.0)	11 (12.1)	79 (18.2)	42 (3.1)
Poppers (nitrite inhalants)	15 (4.2)	899 (9.8)	6 (2.1)	25 (5.8)	12 (3.6)	28 (2.3)	12 (13.2)	14 (3.2)	16 (1.2)
Viagra (cialis)	10 (2.8)	556 (6.1)	5 (1.8)	19 (4.4)	18 (5.4)	49 (4.1)	4 (4.4)	31 (7.1)	72 (5.3)
Synthetic cannabinoids	0 (0.0)	28 (0.3)	0 (0.0)	5 (1.2)	1 (0.3)	5 (0.4)	0 (0.0)	3 (0.7)	13 (1.0)
Sedatives (valium)	3 (0.8)	37 (0.4)	3 (1.1)	3 (0.7)	5 (1.5)	5 (0.4)	0 (0.0)	7 (1.6)	4 (0.3)
Cocaine	4 (1.1)	107 (1.2)	2 (0.7)	4 (0.9)	8 (2.4)	10 (0.8)	0 (0.0)	7 (1.6)	6 (0.4)
LSD	0 (0.0)	21 (0.2)	0 (0.0)	1 (0.2)	1 (0.3)	1 (0.1)	0 (0.0)	3 (0.7)	0 (0.0)
Ecstasy in the form of a pill	0 (0.0)	60 (0.7)	1 (0.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (0.2)	1 (1.1)	2 (0.5)	1 (0.1)
Ecstasy in the form of a crystal (MDMA)	0 (0.0)	25 (0.3)	0 (0.0)	1 (0.2)	1 (0.3)	1 (0.1)	0 (0.0)	1 (0.2)	1 (0.1)
Ketamine	0 (0.0)	14 (0.2)	0 (0.0)	1 (0.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (0.5)	1 (0.1)
GHB/GBL	0 (0.0)	8 (0.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.1)
Amphetamines	0 (0.0)	9 (0.1)	0 (0.0)	1 (0.2)	1 (0.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.1)
Crack cocaine	0 (0.0)	27 (0.3)	0 (0.0)	1 (0.2)	0 (0.0)	1 (0.1)	0 (0.0)	1 (0.2)	2 (0.2)
Crystal Methamphetamines	0 (0.0)	52 (0.6)	0 (0.0)	1 (0.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (0.5)	3 (0.2)
Heroin	0 (0.0)	1 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.1)
Mephedrone	0 (0.0)	1 (0.0)	1 (0.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Synthetic stimulants other than mephedrone (tusi)	0 (0.0)	5 (0.1)	0 (0.0)	1 (0.2)	1 (0.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.1)
Have taken drugs but not sure which	1 (0.3)	15 (0.2)	1 (0.4)	2 (0.5)	1 (0.3)	1 (0.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (0.2)
Have not consumed any drugs	260 (72.6)	5834 (63.9)	176 (61.8)	300 (69.6)	227 (67.8)	900 (75.1)	59 (64.8)	256 (59.0)	1055 (77.4)
With multiple partners	(N=43)	(N=1458)	(N=34)	(N=68)	(N=67)	(N=193)	(N=16)	(N=52)	(N=199)
Cannabis	4 (9.3)	247 (16.9)	5 (14.7)	8 (11.8)	6 (9.0)	19 (9.8)	2 (12.5)	18 (34.6)	10 (5.0)
Poppers (nitrite inhalants)	6 (14.0)	480 (32.9)	2 (5.9)	17 (25.0)	8 (11.9)	22 (11.4)	8 (50.0)	7 (13.5)	7 (3.5)
Viagra (cialis)	4 (9.3)	234 (16.0)	0 (0.0)	4 (5.9)	5 (7.5)	20 (10.4)	4 (25.0)	9 (17.3)	15 (7.5)
Synthetic cannabinoids	1 (2.3)	9 (0.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (2.0)
Sedatives (valium)	1 (2.3)	23 (1.6)	0 (0.0)	1 (1.5)	0 (0.0)	1 (0.5)	0 (0.0)	1 (1.9)	0 (0.0)
Cocaine	2 (4.7)	103 (7.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	7 (10.5)	5 (2.6)	1 (6.3)	5 (9.6)	1 (0.5)
LSD	1 (2.3)	26 (1.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (3.9)	0 (0.0)
Ecstasy in the form of a pill	1 (2.3)	53 (3.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (5.8)	0 (0.0)
Ecstasy in the form of a crystal (MDMA)	0 (0.0)	18 (1.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.5)	0 (0.0)	1 (6.3)	1 (1.9)	0 (0.0)
Ketamine	0 (0.0)	7 (0.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
GHB/GBL	0 (0.0)	15 (1.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Amphetamines	1 (2.3)	7 (0.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Crack cocaine	2 (4.7)	27 (1.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.5)	0 (0.0)	1 (1.9)	0 (0.0)
Crystal Methamphetamines	0 (0.0)	62 (4.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Heroin	0 (0.0)	1 (0.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Mephedrone	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Synthetic stimulants other than mephedrone (tusi)	0 (0.0)	6 (0.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.9)	1 (0.5)
Have taken drugs but not sure which	1 (2.3)	12 (0.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.5)	0 (0.0)	1 (1.9)	3 (1.5)
Have not consumed any drugs	16 (37.2)	551 (37.8)	16 (47.1)	32 (47.1)	34 (50.8)	113 (58.6)	4 (25.0)	22 (42.3)	123 (61.8)

7.2 Objetivo específico 2

7.2.1 Aspectos sociodemográficos

Globalmente, tanto el grupo de personas que practicaban USD como el resto eran mayoritariamente jóvenes, con una edad media de 30 años (Tablas 3a - 3d).

La mayoría de los participantes declaró tener estudios universitarios o de post grado, con una mayor proporción entre las personas que practicaban USD (72,5% v/s 66,2%), diferencia observada a nivel de país en Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guatemala y México.

En ambos grupos, la mayoría de las personas se encontraban empleadas (71,3% y 67,2%, respectivamente) y la proporción de quienes se sentían cómodos o muy cómodos con sus ingresos económicos fue mayor entre quienes no practicaban USD, globalmente (40,4% v/s 42,1%) y en Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Paraguay; destacando este último país por la amplia diferencia entre grupos (18,4% v/s 39,9%).

Además, se observó una mayor proporción de personas migrantes entre quienes practicaban USD, a nivel global (5,6% v/s 4,1%) y en Argentina, Bolivia, Brasil, El Salvador, Panamá y Paraguay.

TABLE 3a: Sociodemographic aspects of the men surveyed and association with sexualized drug use (SDU), in total sample and each country participating in LAMIS-2018 (part one).

VARIABLE	Sexualized drug use (last 12 months)														
	TOTAL SAMPLE (N=64655)		Argentina (N=5504)		Bolivia (N=748)		Brazil (N=18139)		Chile (N=4945)						
	Yes n (%)	No n (%)	P-value	Yes n (%)	No n (%)	P-value	Yes n (%)	No n (%)	P-value	Yes n (%)	No n (%)	P-value	Yes n (%)	No n (%)	P-value
Age (mean)	30.2	29.7	<0.01	31.5	31.7	0.580	26.6	26.7	0.901	31.4	29.8	<0.01	29.3	30.7	<0.01
18–19	412 (4.7)	5419 (9.8)		22 (3.1)	414 (8.7)		5 (6.6)	116 (17.4)		88 (3.7)	1303 (8.3)		69 (5.8)	292 (7.8)	
20–29	4350 (50.0)	27282 (49.3)		317 (45.1)	1976 (41.6)		52 (69.3)	374 (56.2)		1041 (44.8)	7759 (49.5)		627 (52.6)	1741 (46.7)	
30–39	2765 (31.8)	14078 (25.4)		251 (35.7)	1323 (27.8)		15 (20.0)	121 (18.2)		811 (34.9)	4315 (27.5)		371 (31.1)	1077 (28.9)	
40–49	841 (9.6)	5605 (10.1)	<0.01	83 (11.8)	687 (14.4)	<0.01	2 (2.6)	29 (4.3)	0.126	256 (11.0)	1460 (9.3)	<0.01	98 (8.2)	406 (10.9)	<0.01
50–59	282 (3.2)	2366 (4.2)		26 (3.7)	263 (5.5)		1 (1.3)	20 (3.0)		109 (4.7)	693 (4.4)		24 (2.0)	149 (4.0)	
60–69	34 (0.3)	448 (0.8)		4 (0.6)	76 (1.6)		0 (0.0)	5 (0.7)		14 (0.6)	113 (0.7)		1 (0.1)	52 (1.4)	
70 or more years	6 (0.1)	51 (0.1)		0 (0.0)	10 (0.2)		0 (0.0)	0 (0.0)		2 (0.1)	6 (0.0)		0 (0.0)	10 (0.2)	
Migratory situation															
Born in another country	489 (5.6)	2284 (4.1)	<0.01	119 (17.0)	478 (10.1)	<0.01	9 (12.1)	30 (4.5)	<0.01	46 (2.0)	151 (1.0)	<0.01	99 (8.3)	387 (10.4)	0.037
Born in country of residence	8193 (94.4)	52893 (95.9)		583 (83.0)	4267 (89.9)		65 (87.8)	633 (95.5)		2275 (98.0)	15481 (99.0)		1090 (91.7)	3335 (89.6)	
Education level (highest)															
No education or basic	56 (0.7)	615 (1.1)		4 (0.6)	47 (1.0)		0 (0.0)	3 (0.5)		20 (0.9)	250 (1.6)		7 (0.6)	33 (0.9)	
Secondary or high school	2328 (26.8)	18031 (32.7)	<0.01	297 (42.2)	2126 (44.8)	0.211	12 (16.0)	231 (34.7)	<0.01	525 (22.6)	4723 (30.2)	<0.01	327 (27.5)	1058 (28.4)	0.482
University or postgraduate	6294 (72.5)	36499 (66.2)		402 (57.2)	2568 (54.2)		63 (84.0)	431 (64.8)		1774 (76.5)	10652 (68.2)		856 (71.9)	2632 (70.7)	
Current occupation															
Employed	6182 (71.3)	37045 (67.2)		521 (74.3)	3316 (69.9)		41 (54.6)	367 (55.2)		1615 (69.6)	10173 (65.1)		769 (64.6)	2455 (65.9)	
Unemployed	830 (9.6)	5052 (9.1)	<0.01	66 (9.4)	370 (7.8)	<0.01	6 (8.0)	54 (8.1)	0.957	255 (11.0)	1813 (11.6)	<0.01	122 (10.2)	311 (8.3)	0.235
Student	1460 (16.8)	11652 (21.1)		97 (13.8)	930 (19.6)		27 (36.0)	229 (34.4)		379 (16.3)	3187 (20.4)		272 (22.8)	863 (23.1)	
Retired and others	204 (2.3)	1410 (2.6)		17 (2.4)	124 (2.6)		1 (1.3)	15 (2.2)		69 (2.9)	452 (2.9)		27 (2.2)	95 (2.5)	
Feelings about your income															
Really comfortable or comfortable	3518 (40.4)	23230 (42.1)		251 (35.7)	2026 (42.7)		29 (38.6)	250 (37.6)		925 (39.8)	6632 (42.4)		516 (43.3)	1744 (46.8)	
Neither comfortable nor struggling	3410 (39.2)	22126 (40.0)	<0.01	298 (42.3)	1948 (41.0)	<0.01	34 (45.3)	308 (46.3)	0.983	864 (37.2)	5980 (38.2)	<0.01	452 (37.9)	1445 (38.8)	<0.01
Really struggling or struggling	1762 (20.2)	9893 (17.9)		154 (21.9)	775 (16.3)		12 (16.0)	107 (16.1)		532 (22.9)	3037 (19.4)		222 (18.6)	538 (14.4)	

TABLE 3b: Sociodemographic aspects of the men surveyed and association with sexualized drug use (SDU), in total sample and each country participating in LAMIS-2018 (part two).

VARIABLE	Sexualized drug use (last 12 months)														
	Colombia (N=8208)			Costa Rica (N=1012)			Ecuador (N=1440)			El Salvador (N=572)			Guatemala (N=1157)		
	Yes n (%)	No n (%)		Yes n (%)	No n (%)		Yes n (%)	No n (%)		Yes n (%)	No n (%)		P-value		
Age (mean)	28.3	28.6	<i>0.358</i>	30.2	30.4	<i>0.866</i>	28.0	27.9	<i>0.893</i>	29.6	28.2	<i>0.350</i>	30.0	28.1	<i>0.027</i>
18–19	86 (6.6)	832 (12.2)		8 (4.5)	79 (9.6)		10 (7.0)	147 (11.4)		0 (0.0)	49 (9.1)		4 (3.8)	112 (10.8)	
20–29	757 (58.0)	3566 (52.4)		92 (51.9)	391 (47.5)		85 (59.8)	712 (55.5)		17 (65.3)	297 (55.1)		58 (56.3)	581 (56.1)	
30–39	337 (25.8)	1448 (21.3)		53 (29.9)	203 (24.6)		37 (26.0)	288 (22.4)		8 / (30.7)	148 (27.4)		29 (28.1)	245 (23.6)	
40–49	106 (8.1)	686 (10.1)	<i><0.01</i>	17 (9.6)	91 (11.0)	<i>0.140</i>	6 (4.2)	98 (7.6)	<i>0.312</i>	0 (0.0)	33 (6.1)	<i>0.421</i>	7 (6.8)	58 (5.6)	<i>0.186</i>
50–59	17 (1.3)	228 (3.3)		5 (2.8)	49 (5.9)		4 (2.8)	33 (2.5)		1 (3.8)	11 (2.0)		5 (4.8)	30 (2.9)	
60–69	0 (0.0)	34 (0.5)		2 (1.1)	9 (1.1)		0 (0.0)	4 (0.3)		0 (0.0)	1 (0.2)		0 (0.0)	9 (0.8)	
70 or more years	1 (0.1)	3 (0.0)		0 (0.0)	1 (0.1)		0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)	
Migratory situation															
Born in another country	64 (4.9)	336 (4.9)	<i>0.951</i>	10 (5.7)	70 (8.5)	<i>0.201</i>	20 (14.1)	148 (11.6)	<i>0.379</i>	3 (11.5)	11 (2.1)	<i><0.01</i>	3 (2.9)	32 (3.1)	<i>0.919</i>
Born in country of residence	1240 (95.1)	6454 (95.1)		167 (94.3)	751 (91.5)		122 (85.9)	1131 (88.4)		23 (88.5)	526 (97.9)		100 (97.1)	1002 (96.9)	
Education level (highest)															
No education or basic	11 (0.8)	72 (1.1)		1 (0.5)	32 (3.9)		2 (1.4)	12 (1.0)		0 (0.0)	10 (1.9)		0 (0.0)	22 (2.1)	
Secondary or high school	410 (31.5)	2712 (39.9)	<i><0.01</i>	78 (44.1)	338 (41.1)	<i>0.075</i>	28 (19.7)	446 (34.9)	<i><0.01</i>	9 (34.6)	205 (38.0)	<i>0.714</i>	26 (25.2)	395 (38.3)	<i><0.01</i>
University or postgraduate	881 (67.7)	4007 (59.0)		98 (55.4)	452 (55.0)		112 (78.9)	819 (64.1)		17 (65.4)	324 (60.1)		77 (74.8)	615 (59.6)	
Current occupation															
Employed	896 (68.9)	4404 (64.9)		137 (77.4)	596 (72.4)		83 (58.4)	731 (57.2)		22 (84.6)	337 (62.5)		84 (81.5)	709 (68.8)	
Unemployed	144 (11.1)	754 (11.1)	<i>0.016</i>	15 (8.4)	45 (5.4)	<i>0.011</i>	17 (11.9)	144 (11.3)	<i>0.938</i>	3 (11.5)	64 (11.8)	<i>0.082</i>	6 (5.8)	124 (12.0)	<i>0.056</i>
Student	233 (17.9)	1477 (21.7)		19 (10.7)	166 (20.1)		40 (28.1)	376 (29.4)		1 (3.8)	125 (23.2)		12 (11.6)	178 (17.2)	
Retired and others	27 (2.1)	149 (2.2)		6 (3.4)	16 (1.9)		2 (1.4)	26 (2.0)		0 (0.0)	13 (2.4)		1 (1.0)	20 (1.9)	
Feelings about your income															
Really comfortable or comfortable	532 (40.8)	2965 (43.6)		82 (46.3)	394 (47.9)		45 (31.6)	458 (35.7)		4 (15.3)	167 (31.0)		49 (47.5)	387 (37.4)	
Neither comfortable nor struggling	489 (37.5)	2614 (38.5)	<i><0.01</i>	71 (40.1)	309 (37.5)	<i>0.806</i>	65 (45.7)	569 (44.4)	<i>0.580</i>	8 (30.7)	259 (48.0)	<i><0.01</i>	41 (39.8)	444 (42.9)	<i>0.074</i>
Really struggling or struggling	283 (21.7)	1218 (17.9)		24 (13.5)	120 (14.6)		32 (22.5)	255 (19.9)		14 (53.8)	113 (21.0)		13 (12.6)	204 (19.7)	

TABLE 3c: Sociodemographic aspects of the men surveyed and association with sexualized drug use (SDU), in total sample and each country participating in LAMIS-2018 (part three).

VARIABLE	Sexualized drug use (last 12 months)														
	Honduras (N=646)			México (N=14957)			Nicaragua (N=534)			Panamá (N=759)			Paraguay (N=591)		
	Yes n (%)	No n (%)		Yes n (%)	No n (%)		Yes n (%)	No n (%)		Yes n (%)	No n (%)		Yes n (%)	No n (%)	
Age (mean)	27.8	26.6	0.305	30.7	29.6	<0.01	23.7	26.2	0.092	31.1	29.4	0.193	28.4	26.9	0.164
18–19	2 (3.8)	71 (12.1)		88 (4.3)	1333 (10.4)		1 (3.2)	84 (16.8)		3 (5.2)	76 (10.9)		5 (7.6)	76 (14.7)	
20–29	30 (57.6)	361 (61.7)		963 (47.9)	6292 (49.2)		29 (93.5)	299 (59.9)		29 (50.8)	339 (48.9)		33 (50.7)	299 (57.9)	
30–39	15 (28.8)	117 (20.0)		674 (33.5)	3209 (25.1)		1 (3.2)	77 (15.4)		12 (21.0)	175 (25.2)		23 (35.3)	93 (18.0)	
40–49	4 (7.6)	18 (3.1)	0.157	210 (10.4)	1309 (10.2)	<0.01	0 (0.0)	27 (5.4)	0.015	11 (19.3)	70 (10.1)	0.056	3 (4.6)	33 (6.4)	0.034
50–59	1 (1.9)	17 (2.9)		65 (3.2)	528 (4.1)		0 (0.0)	10 (2.0)		1 (1.7)	31 (4.4)		1 (1.5)	13 (2.5)	
60–69	0 (0.0)	1 (0.1)		7 (0.3)	84 (0.6)		0 (0.0)	2 (0.4)		1 (1.7)	1 (0.1)		0 (0.0)	2 (0.4)	
70 or more years	0 (0.0)	0 (0.0)		2 (0.1)	14 (0.1)		0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	1 (0.1)		0 (0.0)	0 (0.0)	
Migratory situation															
Born in another country	2 (3.9)	16 (2.7)	0.645	56 (2.8)	251 (2.0)	0.016	1 (3.2)	21 (4.2)	0.789	22 (38.6)	149 (21.6)	<0.01	7 (10.9)	18 (3.5)	<0.01
Born in country of residence	50 (96.1)	568 (97.3)		1949 (97.2)	12503 (98.0)		30 (96.8)	477 (95.8)		35 (61.4)	542 (78.4)		57 (89.1)	497 (96.5)	
Education level (highest)															
No education or basic	1 (1.9)	9 (1.5)		7 (0.3)	60 (0.5)		0 (0.0)	4 (0.8)		1 (1.8)	4 (0.6)		0 (0.0)	7 (1.3)	
Secondary or high school	15 (28.9)	176 (30.2)	0.961	405 (20.2)	3347 (26.2)	<0.01	6 (19.3)	104 (20.9)	0.860	15 (26.3)	165 (23.8)	0.517	21 (32.8)	180 (34.9)	0.594
University or postgraduate	36 (69.2)	398 (68.3)		1595 (79.5)	9346 (73.3)		25 (80.7)	390 (78.3)		41 (71.9)	523 (75.6)		43 (67.2)	329 (63.8)	
Current occupation															
Employed	32 (61.5)	348 (59.7)		1545 (77.1)	8926 (70.0)		18 (58.1)	310 (62.2)		47 (82.4)	501 (72.4)		51 (79.7)	363 (70.5)	
Unemployed	9 (17.3)	69 (11.8)	0.448	140 (6.9)	809 (6.3)	<0.01	3 (9.7)	53 (10.6)	0.572	2 (3.5)	50 (7.2)	0.406	2 (3.1)	48 (9.3)	0.197
Student	11 (21.1)	156 (26.7)		279 (13.9)	2694 (21.1)		9 (29.0)	131 (26.3)		7 (12.3)	128 (18.5)		9 (14.1)	96 (18.6)	
Retired and others	0 (0.0)	10 (1.7)		41 (2.0)	321 (2.5)		1 (3.2)	4 (0.8)		1 (1.7)	13 (1.9)		2 (3.1)	8 (1.6)	
Feelings about your income															
Really comfortable or comfortable	16 (30.7)	210 (35.9)		872 (43.4)	5816 (45.6)		12 (38.7)	166 (33.3)		27 (47.3)	340 (49.0)		12 (18.4)	206 (39.9)	
Neither comfortable nor struggling	23 (44.2)	220 (37.6)	0.624	796 (39.6)	5228 (40.9)	<0.01	13 (41.9)	225 (45.1)	0.822	22 (38.6)	252 (36.4)	0.945	35 (53.8)	212 (41.1)	<0.01
Really struggling or struggling	13 (25.0)	155 (26.5)		341 (16.9)	1725 (13.5)		6 (19.3)	108 (21.6)		8 (14.0)	101 (14.6)		18 (27.6)	98 (19.0)	

TABLE 3d: Sociodemographic aspects of the men surveyed and association with sexualized drug use (SDU), in total sample and each country participating in LAMIS-2018 (part four).

VARIABLE	Sexualized drug use (last 12 months)											
	Perú (N=2025)			Suriname (N=216)			Uruguay (N=771)			Venezuela (N=2431)		
	Yes n (%)	No n (%)		Yes n (%)	No n (%)		Yes n (%)	No n (%)		Yes n (%)	No n (%)	
Age (mean)	30.5	29.3	<i>0.158</i>	31.5	30.9	<i>0.797</i>	31.9	32.2	<i>0.747</i>	29.1	31.6	<i><0.01</i>
18–19	12 (7.5)	222 (12.1)		1 (4.3)	13 (6.9)		6 (4.4)	71 (11.3)		2 (1.6)	129 (5.7)	
20–29	73 (46.2)	895 (48.7)		11 (47.8)	86 (45.7)		68 (50.3)	250 (39.8)		68 (57.1)	1064 (46.9)	
30–39	47 (29.7)	429 (23.3)		6 (26.0)	57 (30.3)		35 (25.9)	150 (23.9)		40 (33.6)	603 (26.5)	
40–49	20 (12.6)	189 (10.3)	<i>0.079</i>	3 (13.0)	19 (10.1)	<i>0.984</i>	10 (7.4)	92 (14.6)	<i>0.019</i>	5 (4.2)	300 (13.2)	<i><0.01</i>
50–59	3 (1.9)	87 (4.7)		2 (8.7)	11 (5.8)		14 (10.3)	49 (7.8)		3 (2.5)	144 (6.3)	
60–69	3 (1.9)	13 (0.7)		0 (0.0)	1 (0.5)		1 (0.7)	13 (2.0)		1 (0.8)	28 (1.2)	
70 or more years	0 (0.0)	2 (0.1)		0 (0.0)	1 (0.5)		1 (0.7)	2 (0.3)		0 (0.0)	1 (0.0)	
Migratory situation												
Born in another country	14 (8.9)	106 (5.8)	<i>0.117</i>	2 (8.7)	8 (4.3)	<i>0.344</i>	9 (6.7)	35 (5.6)	<i>0.624</i>	3 (2.5)	37 (1.6)	<i>0.464</i>
Born in country of residence	144 (91.1)	1730 (94.2)		21 (91.3)	180 (95.7)		126 (93.3)	592 (94.4)		116 (97.5)	2224 (98.4)	
Education level (highest)												
No education or basic	0 (0.0)	12 (0.7)		0 (0.0)	14 (8.5)		0 (0.0)	11 (1.8)		2 (1.7)	13 (0.6)	
Secondary or high school	53 (33.5)	776 (42.3)	<i>0.050</i>	8 (44.4)	80 (48.8)	<i>0.331</i>	56 (41.5)	262 (41.9)	<i>0.290</i>	37 (31.1)	707 (31.2)	<i>0.330</i>
University or postgraduate	105 (66.5)	1045 (57.0)		10 (55.6)	70 (42.7)		79 (58.5)	352 (56.3)		80 (67.2)	1546 (68.2)	
Current occupation												
Employed	114 (72.1)	1249 (68.2)		19 (82.6)	137 (73.3)		102 (75.5)	437 (69.8)		86 (72.2)	1686 (74.3)	
Unemployed	10 (6.3)	158 (8.6)	<i>0.612</i>	0 (0.0)	5 (2.6)	<i>0.489</i>	15 (11.1)	44 (7.0)	<i>0.048</i>	15 (12.6)	137 (6.0)	<i>0.028</i>
Student	32 (20.2)	386 (21.1)		2 (8.7)	35 (18.7)		15 (11.1)	121 (19.3)		16 (13.4)	374 (16.5)	
Retired and others	2 (1.3)	39 (2.1)		2 (8.7)	10 (5.3)		3 (2.2)	24 (3.8)		2 (1.7)	71 (3.1)	
Feelings about your income												
Really comfortable or comfortable	58 (36.7)	640 (34.8)		14 (60.8)	112 (59.6)		45 (33.3)	247 (39.4)		29 (24.3)	470 (20.7)	
Neither comfortable nor struggling	71 (44.9)	874 (47.6)	<i>0.815</i>	8 (34.7)	53 (28.2)	<i>0.488</i>	69 (51.1)	266 (42.4)	<i>0.182</i>	51 (42.8)	920 (40.6)	<i>0.383</i>
Really struggling or struggling	29 (18.3)	323 (17.6)		1 (4.3)	23 (12.2)		21 (15.5)	114 (18.2)		39 (32.7)	879 (38.7)	

7.2.2 Aspectos socioepidemiológicos

El porcentaje de personas que tuvieron alguna relación sexual con una pareja ocasional durante los últimos 12 meses fue mayor en las personas que practicaban USD (87,8% v/s 77,9%), diferencia también observada en la mayoría de los países (Tablas 4a - 4d). El número de parejas sexuales ocasionales durante el último año también fue mayor en las personas que practicaban USD donde, por ejemplo, un 16,3% reportó haber tenido entre 11 y 20 parejas ocasionales, versus el 7,9% de quienes no practicaban USD, situación que también se manifestó a nivel de países. El reporte de 11 a 20 parejas sexuales ocasionales sin uso de condón durante el último año también alcanzó una proporción mayor entre las personas que practicaban USD, tanto a nivel global (4,9% v/s 1,6%) como en todos los países, a excepción de Panamá.

El 52,7% de las personas que practicaban USD declaró tener un alto nivel de satisfacción con su vida sexual, versus el 45% reportado por los demás participantes, diferencia que a nivel de países se observó en Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Perú. Por otra parte, el 13,4% de las personas que practicaban USD reportó haber recibido pagos a cambio de tener sexo con hombres, doblando al resto (6,7%), con una diferencia que también se observó en Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México, Panamá y Venezuela.

En relación con la prevalencia de diagnóstico autoreportado de VIH, fue del 27% entre las personas que practicaban USD, casi doblando al otro grupo (14,3%). A nivel de países esta situación se observó en Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Perú, Surinam y México, con la mayor diferencia observada en este último país (31% v/s 13,1%). La prevalencia de diagnóstico de otras ITS fue reportada en mayor proporción por las personas que practicaban USD, tanto para hepatitis C (1,7% v/s 0,8%), clamidia (7,6% v/s 3,8%), gonorrea (21,7% v/s 11,7%), sífilis (27,1% v/s 14,5%) y condiloma (25% v/s 15,4%). A nivel de países, también se observaron prevalencias más altas en las personas que practicaban USD en Brasil, Colombia y México, destacando la prevalencia observada para sífilis en Brasil (36,5%) y clamidia en Paraguay (32,8%). El uso de PrEP (alguna vez en la vida) fue reportado en mayor proporción por las personas que practicaban USD, a nivel general (3,3% v/s 1,3%) y en la mayoría de los países.

TABLE 4a: Socioepidemiological aspects of the men surveyed and association with sexualized drug use (SDU), in total sample and each country participating in LAMIS-2018 (part one).

VARIABLE	Sexualized drug use (last 12 months)														
	TOTAL SAMPLE (N=64655)		Argentina (N=5504)		Bolivia (N=748)		Brazil (N=18139)		Chile (N=4945)						
	Yes n (%)	No n (%)	<i>P</i> -value	Yes n (%)	No n (%)	<i>P</i> -value	Yes n (%)	No n (%)	<i>P</i> -value	Yes n (%)	No n (%)	<i>P</i> -value	Yes n (%)	No n (%)	<i>P</i> -value
Have a steady partner (currently)	2407 (27.8)	14129 (25.6)	<0.01	168 (23.9)	1051 (22.2)	0.120	21 (28.0)	164 (24.7)	0.193	619 (26.7)	3720 (23.8)	<0.01	407 (34.3)	1281 (34.5)	0.172
Have any kind of sex with a non-steady male partner (last 12 months)	7470 (87.2)	41054 (75.3)	<0.01	609 (87.6)	3674 (78.8)	<0.01	64 (85.3)	468 (71.1)	<0.01	2047 (89.7)	12122 (78.5)	<0.01	981 (83.1)	2555 (69.1)	<0.01
Number of non-steady male sexual partners (last 12 months)															
None	1326 (15.6)	16415 (30.3)		105 (15.1)	1263 (27.2)		14 (18.7)	214 (32.7)		282 (12.5)	4077 (26.6)		245 (20.9)	1389 (37.8)	
1 – 10	4287 (50.4)	30252 (55.9)	<0.01	340 (49.0)	2634 (56.7)	<0.01	37 (49.3)	378 (57.7)	<0.01	1039 (46.0)	8291 (54.2)	<0.01	621 (52.9)	1918 (52.2)	<0.01
11 – 20	1384 (16.3)	4293 (7.9)		115 (16.6)	413 (8.9)		11 (14.7)	37 (5.6)		434 (19.2)	1633 (10.7)		163 (13.9)	224 (6.1)	
More than 20	1506 (17.7)	3176 (5.9)		134 (19.3)	335 (7.2)		13 (17.3)	26 (4.0)		505 (22.3)	1304 (8.5)		145 (12.3)	144 (3.9)	
Number of non-steady male partners with whom have had sex without a condom (last 12 months)															
None	3195 (38.7)	30477 (57.6)		278 (41.2)	2661 (58.4)		30 (42.3)	381 (59.5)		812 (36.7)	8269 (55.2)		526 (46.4)	2270 (63.3)	
1 – 10	4231 (51.3)	21066 (39.8)	<0.01	337 (50.0)	1768 (38.8)	<0.01	37 (52.1)	250 (39.1)	<0.01	1169 (52.8)	6162 (41.2)	<0.01	517 (45.6)	1217 (34.0)	<0.01
11 – 20	409 (4.9)	845 (1.6)		33 (4.9)	80 (1.8)		2 (2.8)	5 (0.8)		110 (5.0)	329 (2.2)		51 (4.5)	58 (1.6)	
More than 20	420 (5.1)	552 (1.0)		26 (3.9)	45 (1.0)		2 (2.8)	4 (0.6)		121 (5.5)	213 (1.4)		40 (3.5)	38 (1.1)	
Satisfaction with your sex life															
Low (1 – 3)	569 (6.6)	5313 (9.6)		32 (4.5)	376 (7.9)		5 (6.7)	74 (11.1)		167 (7.2)	1825 (11.7)		69 (5.8)	393 (10.5)	
Medium (4 – 7)	3540 (40.7)	25059 (45.4)	<0.01	309 (44.0)	2327 (49.0)	<0.01	39 (52.0)	341 (51.3)	0.470	1078 (46.4)	7761 (49.6)	<0.01	540 (45.4)	1836 (49.3)	<0.01
High (8 – 10)	4581 (52.7)	24877 (45.0)		362 (51.5)	2046 (43.1)		31 (41.3)	250 (37.6)		1076 (46.4)	6063 (38.7)		581 (48.8)	1498 (40.2)	
Getting paid to have sex with a man (last 12 months)	1158 (13.4)	3606 (6.7)	<0.01	94 (13.5)	313 (6.7)	<0.01	14 (19.2)	72 (11.2)	0.049	224 (9.7)	731 (4.8)	<0.01	111 (9.4)	139 (3.8)	<0.01
Self-reported HIV diagnosis	2332 (27.0)	7843 (14.3)	<0.01	205 (29.4)	774 (16.4)	<0.01	9 (12.2)	78 (11.8)	0.924	611 (26.4)	2313 (14.8)	<0.01	334 (28.1)	601 (16.2)	<0.01
Have ever taken PrEP	288 (3.3)	715 (1.3)	<0.01	13 (1.9)	29 (0.6)	<0.01	1 (1.3)	3 (0.4)	0.325	116 (5.0)	278 (1.8)	<0.01	37 (3.1)	37 (1.0)	<0.01
Positive diagnosis for other STIs (at least once in lifetime)															
Hepatitis C	150 (1.7)	464 (0.8)	<0.01	7 (1.0)	42 (0.9)	0.038	1 (1.3)	2 (0.3)	0.235	41 (1.8)	146 (0.9)	<0.01	16 (1.3)	24 (0.6)	0.040
Syphilis	2352 (27.1)	7983 (14.5)	<0.01	203 (28.9)	817 (17.2)	<0.01	9 (12.0)	66 (9.9)	0.812	846 (36.5)	3273 (20.9)	<0.01	269 (22.6)	487 (13.1)	<0.01
Gonorrhoea	1882 (21.7)	6452 (11.7)	<0.01	149 (21.2)	528 (11.1)	<0.01	13 (17.3)	88 (13.2)	0.577	530 (22.8)	1988 (12.7)	<0.01	237 (19.9)	447 (12.0)	<0.01
Chlamydia	658 (7.6)	2075 (3.8)	<0.01	57 (8.2)	177 (3.7)	<0.01	5 (6.7)	26 (3.9)	0.458	206 (8.9)	623 (4.0)	<0.01	68 (5.7)	163 (4.4)	<0.01
Condyloma	2173 (25.0)	8510 (15.4)	<0.01	202 (28.7)	898 (18.9)	<0.01	17 (22.7)	118 (17.7)	0.576	558 (24.0)	2307 (14.7)	<0.01	290 (24.4)	657 (17.6)	<0.01

TABLE 4b: Socioepidemiological aspects of the men surveyed and association with sexualized drug use (SDU), in total sample and each country participating in LAMIS-2018 (part two).

VARIABLE	Sexualized drug use (last 12 months)														
	Colombia (N=8208)		Costa Rica (N=1012)		Ecuador (N=1440)		El Salvador (N=572)		Guatemala (N=1157)		Yes n (%)		No n (%)		P-value
Have a steady partner (currently)	306 (23.5)	1615 (23.8)	0.181	50 (28.3)	202 (24.6)	0.410	42 (29.6)	318 (24.9)	0.466	7 (26.9)	148 (27.4)	0.965	35 (34.0)	288 (27.9)	0.164
Have any kind of sex with a non-steady male partner (last 12 months)	1125 (87.8)	5217 (77.9)	<0.01	150 (85.7)	572 (70.9)	<0.01	114 (81.4)	932 (73.4)	0.040	26 (100.0)	370 (69.2)	<0.01	91 (89.2)	749 (73.2)	<0.01
Number of non-steady male sexual partners (last 12 months)															
None	177 (13.9)	1828 (27.5)		36 (20.7)	308 (38.3)		31 (22.3)	395 (31.4)		0 (0.0)	200 (37.7)		16 (15.8)	338 (33.3)	
1 - 10	664 (52.3)	3963 (59.6)	<0.01	102 (58.6)	433 (53.9)	<0.01	72 (51.8)	732 (58.1)	<0.01	21 (84.0)	282 (53.1)	<0.01	49 (48.5)	593 (58.4)	<0.01
11 - 20	212 (16.7)	516 (7.7)		16 (9.2)	35 (4.3)		23 (16.5)	85 (6.7)		3 (12.0)	32 (6.0)		10 (9.9)	46 (4.5)	
More than 20	217 (17.1)	345 (5.2)		20 (11.5)	28 (3.5)		13 (9.4)	48 (3.8)		1 (4.0)	17 (3.2)		26 (25.7)	38 (3.7)	
Number of non-steady male partners with whom have had sex without a condom (last 12 months)															
None	439 (35.6)	3552 (54.5)		76 (45.0)	498 (63.5)		55 (41.7)	731 (59.5)		3 (12.0)	288 (55.3)		34 (34.3)	553 (55.6)	
1 - 10	666 (53.9)	2808 (43.1)	<0.01	84 (49.7)	276 (35.2)	<0.01	69 (52.3)	485 (39.5)	<0.01	20 (80.0)	222 (42.6)	<0.01	51 (51.5)	419 (42.2)	<0.01
11 - 20	63 (5.1)	90 (1.4)		6 (3.5)	5 (0.6)		7 (5.3)	10 (0.8)		1 (4.0)	9 (1.7)		6 (6.1)	15 (1.5)	
More than 20	67 (5.4)	65 (1.0)		3 (1.8)	5 (0.6)		1 (0.7)	2 (1.2)		1 (4.0)	2 (0.4)		8 (8.1)	7 (0.7)	
Satisfaction with your sex life															
Low (1 - 3)	95 (7.3)	597 (8.8)		17 (9.6)	95 (11.5)		10 (7.0)	114 (8.9)		0 (0.0)	57 (10.6)		8 (7.8)	103 (9.9)	
Medium (4 - 7)	522 (40.0)	3085 (45.4)	<0.01	66 (37.3)	346 (42.0)	0.265	58 (40.9)	559 (43.6)	0.524	13 (50.0)	212 (39.3)	0.177	38 (36.9)	459 (44.4)	0.172
High (8 - 10)	687 (52.7)	3115 (45.8)		94 (53.1)	382 (46.4)		74 (52.1)	609 (47.5)		13 (50.0)	270 (50.1)		57 (55.3)	473 (45.7)	
Getting paid to have sex with a man (last 12 months)	238 (18.5)	611 (9.2)	<0.01	16 (9.2)	39 (4.8)	0.022	21 (14.9)	104 (8.3)	0.010	3 (11.5)	46 (8.7)	0.625	13 (12.6)	87 (8.6)	0.178
Self-reported HIV diagnosis	319 (24.6)	934 (13.8)	<0.01	32 (18.3)	87 (10.7)	<0.01	32 (22.7)	166 (13.0)	<0.01	2 (8.0)	64 (12.0)	0.548	17 (16.7)	107 (10.5)	0.057
Have ever taken PrEP	26 (2.0)	61 (0.9)	<0.01	4 (2.3)	4 (0.5)	0.046	2 (1.4)	16 (1.3)	0.565	1 (3.8)	3 (0.6)	0.140	5 (4.8)	11 (1.1)	<0.01
Positive diagnosis for other STIs (at least once in lifetime)															
Hepatitis C	22 (1.7)	50 (0.7)	<0.01	1 (0.6)	6 (0.7)	0.960	2 (1.4)	14 (1.1)	0.570	1 (3.8)	6 (1.1)	0.471	3 (2.9)	6 (0.6)	0.023
Syphilis	368 (28.3)	1014 (14.9)	<0.01	48 (27.3)	127 (15.5)	<0.01	27 (19.3)	118 (9.2)	<0.01	6 (23.1)	53 (9.8)	0.088	17 (16.7)	88 (8.5)	0.020
Gonorrhea	356 (27.4)	982 (14.5)	<0.01	43 (24.3)	112 (13.7)	<0.01	25 (17.9)	144 (11.3)	0.026	2 (7.7)	38 (7.1)	0.838	26 (25.5)	114 (11.1)	<0.01
Chlamydia	78 (6.0)	208 (3.1)	<0.01	21 (11.9)	36 (4.4)	<0.01	11 (7.9)	37 (2.9)	<0.01	0 (0.0)	13 (2.4)	0.504	6 (5.9)	38 (3.7)	0.497
Condyloma	307 (23.6)	1016 (15.0)	<0.01	38 (21.5)	107 (13.0)	0.015	26 (18.3)	156 (12.2)	0.102	8 (30.8)	79 (14.7)	0.027	25 (24.3)	153 (14.8)	0.011

TABLE 4c: Socioepidemiological aspects of the men surveyed and association with sexualized drug use (SDU), in total sample and each country participating in LAMIS-2018 (part three).

VARIABLE	Sexualized drug use (last 12 months)														
	Honduras (N=646)		<i>P</i> -value	México (N=14957)		<i>P</i> -value	Nicaragua (N=534)		<i>P</i> -value	Panamá (N=759)		<i>P</i> -value	Paraguay (N=591)		<i>P</i> -value
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)		n (%)	n (%)		n (%)	n (%)				
Have a steady partner (currently)	14 (26.9)	160 (27.4)	0.994	580 (29.0)	3372 (26.5)	<0.01	9 (29.0)	138 (27.8)	0.978	12 (21.4)	179 (25.9)	0.312	16 (25.0)	140 (27.2)	0.929
Have any kind of sex with a non-steady male partner (last 12 months)	42 (80.8)	376 (65.4)	0.024	1729 (87.6)	9463 (75.1)	<0.01	28 (90.3)	313 (63.5)	<0.01	45 (80.4)	488 (71.7)	0.162	59 (92.2)	365 (72.6)	<0.01
Number of non-steady male sexual partners (last 12 months)															
None	11 (21.2)	227 (39.7)		300 (15.3)	3847 (30.7)		5 (16.1)	209 (42.6)		12 (21.4)	223 (33.1)		6 (9.5)	171 (34.0)	
1 – 10	31 (59.6)	309 (54.0)	<0.01	997 (50.9)	7198 (57.5)	<0.01	18 (58.1)	265 (54.0)	<0.01	32 (57.1)	389 (57.7)	<0.01	33 (52.4)	280 (55.8)	<0.01
11 – 20	6 (11.5)	27 (4.7)		311 (15.9)	849 (6.8)		5 (16.1)	13 (2.6)		4 (7.1)	44 (6.5)		11 (17.5)	30 (6.0)	
More than 20	4 (7.7)	9 (1.6)		351 (17.9)	630 (5.0)		3 (9.7)	4 (0.8)		8 (14.3)	18 (2.7)		13 (20.6)	21 (4.2)	
Number of non-steady male partners with whom have had sex without a condom (last 12 months)															
None	22 (44.0)	336 (60.0)		681 (36.0)	6993 (57.2)		9 (32.1)	279 (58.1)		25 (47.2)	404 (61.9)		20 (32.8)	280 (56.8)	
1 – 10	25 (50.0)	220 (39.3)	<0.01	970 (51.3)	4925 (40.3)	<0.01	16 (57.1)	199 (41.5)	<0.01	27 (50.9)	240 (36.7)	0.187	31 (50.8)	200 (40.6)	<0.01
11 – 20	3 (6.0)	2 (0.3)		110 (5.8)	171 (1.4)		3 (10.7)	1 (0.2)		1 (1.9)	7 (1.1)		5 (8.2)	10 (2.0)	
More than 20	0 (0.0)	2 (0.3)		131 (6.9)	129 (1.1)		0 (0.0)	1 (0.2)		0 (0.0)	2 (0.3)		5 (8.2)	3 (0.6)	
Satisfaction with your sex life															
Low (1 – 3)	4 (7.7)	52 (8.9)		120 (6.0)	992 (7.8)		2 (6.5)	63 (12.6)		4 (7.0)	66 (9.5)		2 (3.1)	47 (9.1)	
Medium (4 – 7)	21 (40.4)	258 (44.1)	0.790	613 (30.5)	4734 (37.1)	<0.01	13 (41.9)	201 (40.3)	0.591	27 (47.4)	330 (47.6)	0.799	30 (46.1)	226 (43.8)	0.256
High (8 – 10)	27 (51.9)	275 (47.0)		1276 (63.5)	7043 (55.1)		16 (51.6)	235 (47.1)		26 (45.6)	297 (42.9)		33 (50.8)	243 (47.1)	
Getting paid to have sex with a man (last 12 months)	10 (19.2)	55 (9.8)	0.034	337 (16.9)	980 (7.9)	<0.01	6 (19.3)	50 (10.5)	0.126	12 (21.0)	53 (7.8)	<0.01	9 (14.1)	42 (8.5)	0.145
Self-reported HIV diagnosis	8 (15.4)	47 (8.1)	0.074	619 (31.0)	1661 (13.1)	<0.01	3 (9.7)	18 (3.6)	0.096	12 (21.0)	95 (13.8)	0.133	19 (29.2)	94 (18.3)	0.037
Have ever taken PrEP	2 (3.8)	8 (1.4)	0.358	65 (3.2)	200 (1.6)	<0.01	0 (0.0)	6 (1.2)	0.537	2 (3.5)	2 (0.3)	<0.01	2 (3.1)	4 (0.8)	0.199
Positive diagnosis for other STIs (at least once in lifetime)															
Hepatitis C	0 (0.0)	3 (0.5)	0.530	45 (2.2)	103 (0.8)	<0.01	0 (0.0)	8 (1.6)	0.022	2 (3.5)	12 (1.7)	0.517	1 (1.5)	9 (1.7)	0.247
Syphilis	7 (13.5)	34 (5.8)	0.084	420 (20.9)	966 (7.6)	<0.01	3 (9.7)	21 (4.2)	0.312	16 (28.1)	113 (16.4)	0.062	19 (29.2)	111 (21.6)	0.248
Gonorrhea	6 (11.5)	35 (6.0)	0.238	384 (19.2)	1283 (10.1)	<0.01	1 (3.2)	37 (7.5)	0.502	10 (17.5)	94 (13.6)	0.166	10 (15.4)	42 (8.2)	0.151
Chlamydia	1 (1.9)	10 (1.7)	0.663	158 (7.9)	521 (4.1)	<0.01	1 (3.2)	7 (1.4)	0.458	4 (7.0)	18 (2.6)	<0.01	3 (4.6)	17 (3.3)	0.860
Condyloma	8 (15.4)	60 (10.3)	0.271	572 (28.5)	1997 (15.7)	<0.01	6 (19.3)	58 (11.7)	0.387	7 (12.3)	88 (12.7)	0.958	21 (32.8)	87 (16.9)	<0.01

TABLE 4d: Socioepidemiological aspects of the men surveyed and association with sexualized drug use (SDU), in total sample and each country participating in LAMIS-2018 (part four).

VARIABLE	Sexualized drug use (last 12 months)											
	Perú (N=2025)			Suriname (N=216)			Uruguay (N=771)			Venezuela (N=2431)		
	Yes n (%)	No n (%)	P-value	Yes n (%)	No n (%)	P-value	Yes n (%)	No n (%)	P-value	Yes n (%)	No n (%)	P-value
Have a steady partner (currently)	43 (27.2)	415 (22.7)	0.425	8 (34.8)	74 (39.6)	0.334	42 (31.3)	213 (34.0)	0.807	28 (23.5)	651 (28.7)	0.467
Have any kind of sex with a non-steady male partner (last 12 months)	132 (84.1)	1333 (73.6)	<0.01	18 (78.3)	95 (52.2)	0.018	109 (80.7)	411 (66.4)	<0.01	101 (87.8)	1551 (69.3)	<0.01
Number of non-steady male sexual partners (last 12 months)												
None	29 (18.5)	550 (30.4)		5 (21.7)	94 (52.2)		32 (23.7)	246 (39.9)		20 (17.4)	836 (37.5)	
1 – 10	76 (48.4)	980 (56.3)	<0.01	15 (65.2)	81 (45.0)	<0.01	69 (51.1)	291 (47.1)	<0.01	71 (61.7)	1235 (55.4)	<0.01
11 – 20	27 (17.2)	157 (8.7)		0 (0.0)	4 (2.2)		14 (10.4)	48 (7.8)		19 (16.5)	100 (4.5)	
More than 20	25 (15.9)	119 (6.6)		3 (13.0)	1 (0.6)		20 (14.8)	32 (5.2)		5 (4.4)	57 (2.6)	
Number of non-steady male partners with whom have had sex without a condom (last 12 months)												
None	64 (41.3)	1016 (57.5)		8 (36.4)	130 (74.7)		64 (48.8)	392 (65.3)		49 (43.7)	1444 (65.6)	
1 – 10	80 (51.6)	704 (39.8)	<0.01	12 (54.5)	44 (25.3)	<0.01	60 (45.8)	197 (32.8)	<0.01	60 (53.6)	730 (33.1)	<0.01
11 – 20	3 (1.9)	26 (1.5)		0 (0.0)	0 (0.0)		4 (3.1)	9 (1.5)		1 (0.9)	18 (0.8)	
More than 20	8 (5.2)	21 (1.2)		2 (9.1)	0 (0.0)		3 (2.3)	2 (0.3)		2 (1.8)	11 (0.5)	
Satisfaction with your sex life												
Low (1 – 3)	16 (10.1)	175 (9.5)		1 (4.4)	29 (15.4)		10 (7.4)	65 (10.4)		7 (5.9)	190 (8.4)	
Medium (4 – 7)	62 (39.2)	970 (52.8)	<0.01	13 (56.5)	87 (46.3)	0.329	46 (34.1)	269 (42.9)	0.044	52 (43.7)	1058 (46.6)	0.408
High (8 – 10)	80 (50.6)	692 (37.7)		9 (39.1)	72 (38.3)		79 (58.5)	293 (46.7)		60 (50.4)	1021 (45.0)	
Getting paid to have sex with a man (last 12 months)	23 (14.8)	158 (8.9)	0.016	2 (8.7)	12 (6.9)	0.746	9 (6.7)	24 (4.0)	0.169	16 (13.4)	90 (4.1)	<0.01
Self-reported HIV diagnosis	57 (36.1)	344 (18.8)	<0.01	5 (22.7)	10 (5.3)	<0.01	25 (18.5)	68 (10.9)	0.015	23 (19.3)	382 (16.9)	0.497
Have ever taken PrEP	8 (5.1)	30 (1.6)	<0.01	2 (8.7)	1 (0.5)	<0.01	0 (0.0)	3 (0.5)	0.649	2 (1.7)	19 (0.8)	0.570
Positive diagnosis for other STIs (at least once in lifetime)												
Hepatitis C	4 (2.5)	15 (0.8)	<0.01	0 (0.0)	0 (0.0)	-	1 (0.7)	4 (0.6)	0.921	3 (2.5)	14 (0.6)	0.035
Syphilis	38 (24.0)	287 (15.6)	0.022	7 (30.4)	16 (8.5)	<0.01	27 (20.0)	72 (11.5)	0.021	22 (18.8)	320 (14.1)	0.276
Gonorrhea	47 (29.7)	262 (14.3)	<0.01	4 (17.4)	19 (10.1)	0.386	23 (17.0)	68 (10.9)	0.131	16 (13.6)	171 (7.6)	0.036
Chlamydia	17 (10.8)	101 (5.5)	0.021	5 (21.7)	6 (3.2)	<0.01	8 (5.9)	15 (2.4)	<0.01	9 (7.7)	59 (2.6)	<0.01
Condyloma	38 (24.0)	331 (18.0)	0.133	2 (8.7)	4 (2.1)	0.181	33 (24.4)	91 (14.5)	0.018	15 (12.7)	303 (13.4)	0.503

7.2.3 Aspectos psicosociales

Se observó un porcentaje mayor de síntomas ansioso-depresivos severos en las personas que practicaban USD, globalmente (9,2% v/s 7%) y en casi la mitad de los países participantes (Tablas 5a - 5d). Se observó también un mayor soporte social en las personas que practicaban USD, reflejándose en una proporción superior de puntajes altos en ambas subescalas de provisión social: alianza confiable (60,6% v/s 56,5%) e integración social (50,4% v/s 43,3%).

La homonegatividad internalizada registró valores menores en las personas que practicaban USD, tanto a nivel global (1,3% v/s 1,7%) como en casi todos los países. Los episodios de intimidación homofóbica fueron reportados en mayor proporción por las personas que practicaban USD, a nivel global (52,6% v/s 48,2%) y también en el caso de Argentina, Brasil, Chile y México. Lo mismo se observó para los insultos homofóbicos que, aunque menos prevalentes en ambos grupos, tuvieron mayor proporción entre las personas que practicaban USD, globalmente (34,4% v/s 28,6%) y en Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Costa Rica; destacando este último país por la diferencia observada (45,5% v/s 31,2%).

Por último, se reportó una mayor proporción de agresiones homofóbicas en las personas que practicaban USD, a nivel global (4,1% v/s 3,0%) y en Brasil (4,8% v/s 2,8%) y Colombia (4,5% v/s 2,9%).

TABLE 5a: Psychosocial aspects of the men surveyed and association with sexualized drug use (SDU), in total sample and each country participating in LAMIS-2018 (part one).

VARIABLE	TOTAL SAMPLE (N=64655)		Sexualized drug use (last 12 months)												
			Argentina (N=5504)		Bolivia (N=748)		Brazil (N=18139)		Chile (N=4945)						
			Yes n (%)	No n (%)	P-value	Yes n (%)	No n (%)	P-value	Yes n (%)	No n (%)	P-value	Yes n (%)	No n (%)	P-value	
PHQ-4 scale (anxiety & depression)															
Normal	3069 (35.5)	24271 (44.3)		222 (31.8)	1908 (40.5)		18 (24.3)	206 (31.1)		709 (30.6)	6194 (39.8)		442 (37.5)	1621 (43.8)	
Mild	3657 (42.3)	20992 (38.3)	<0.01	335 (48.0)	2029 (43.0)	<0.01	32 (43.2)	335 (50.5)	0.024	913 (39.4)	5512 (35.4)	<0.01	501 (42.5)	1450 (39.2)	<0.01
Moderate	1108 (12.8)	5694 (10.4)		92 (13.2)	518 (11.0)		20 (27.0)	92 (13.9)		351 (15.2)	1994 (12.8)		142 (12.0)	408 (11.0)	
Severe	795 (9.2)	3842 (7.0)		49 (7.0)	258 (5.5)		4 (5.4)	30 (4.5)		342 (14.8)	1852 (11.9)		95 (8.0)	224 (6.0)	
Reliable partner subscale															
Low (4 - 7)	224 (2.6)	1616 (2.9)		13 (1.8)	118 (2.5)		2 (2.7)	43 (6.5)		36 (1.6)	350 (2.2)		26 (2.2)	105 (2.8)	
Medium (8 - 12)	3197 (36.8)	22406 (40.6)	<0.01	232 (33.0)	1747 (36.8)	0.067	43 (57.3)	377 (56.7)	0.409	841 (36.2)	6109 (39.0)	<0.01	391 (32.8)	1304 (35.0)	0.162
High (13 - 16)	5269 (60.6)	31227 (56.5)		458 (65.2)	2884 (60.7)		30 (40.0)	245 (36.8)		1444 (62.2)	9190 (58.7)		773 (65.0)	2318 (62.2)	
Social integration subscale															
Low (4 - 7)	195 (2.2)	1726 (3.1)		10 (1.4)	118 (2.5)		2 (2.7)	45 (6.8)		30 (1.3)	395 (2.5)		22 (1.8)	101 (2.7)	
Medium (8 - 12)	4114 (47.3)	29613 (53.6)	<0.01	331 (47.1)	2456 (51.7)	<0.01	55 (73.3)	455 (68.4)	0.361	1102 (47.5)	8139 (52.0)	<0.01	493 (41.4)	1800 (48.3)	<0.01
High (13 - 16)	4381 (50.4)	23910 (43.3)		362 (51.5)	2175 (45.8)		18 (24.0)	165 (24.8)		1189 (51.2)	7115 (45.5)		675 (56.7)	1826 (49.0)	
Internalized homonegativity (0 - 6) n - mean															
	7695 - 1.3	45330 - 1.7	<0.01	597 - 1.3	3728 - 1.6	<0.01	54 - 2.3	507 - 2.5	<0.01	2129 - 1.1	13608 - 1.5	<0.01	1050 - 1.3	3108 - 1.6	<0.01
Homophobic intimidation															
Yes (last 12 months)	4564 (52.6)	26566 (48.2)	<0.01	347 (49.4)	2058 (43.4)	<0.01	45 (60.0)	366 (55.0)	0.412	1262 (54.4)	7590 (48.6)	<0.01	585 (49.2)	1606 (43.1)	<0.01
No (never or years ago)	4113 (47.4)	28593 (51.8)		355 (50.6)	2683 (56.6)		30 (40.0)	299 (45.0)		1056 (45.6)	8036 (51.4)		605 (50.8)	2118 (56.9)	
Homophobic insults															
Yes (last 12 months)	2986 (34.4)	15775 (28.6)	<0.01	208 (29.6)	1184 (25.0)	<0.01	24 (32.0)	232 (34.9)	0.618	920 (39.7)	5108 (32.7)	<0.01	341 (28.7)	817 (21.9)	<0.01
No (never or years ago)	5693 (65.6)	39363 (71.4)		495 (70.4)	3558 (75.0)		51 (68.0)	433 (65.1)		1397 (60.3)	10516 (67.3)		849 (71.3)	2908 (78.1)	
Homophobic aggression															
Yes (last 12 months)	357 (4.1)	1667 (3.0)	<0.01	15 (2.1)	131 (2.8)	0.336	0 (0.0)	30 (4.5)	0.060	110 (4.8)	433 (2.8)	<0.01	42 (3.5)	85 (2.3)	0.018
No (never or years ago)	8317 (95.9)	53477 (97.0)		688 (97.9)	4613 (97.2)		75 (100.0)	635 (95.5)		2205 (95.2)	15191 (97.2)		1148 (96.5)	3639 (97.7)	

TABLE 5b: Psychosocial aspects of the men surveyed and association with sexualized drug use (SDU), in total sample and each country participating in LAMIS-2018 (part two).

VARIABLE	Sexualized drug use (last 12 months)														
	Colombia (N=8208)		Costa Rica (N=1012)		Ecuador (N=1440)		El Salvador (N=572)		Guatemala (N=1157)						
	Yes n (%)	No n (%)	Yes n (%)	No n (%)	Yes n (%)	No n (%)	Yes n (%)	No n (%)	Yes n (%)	No n (%)	P-value		P-value		
PHQ-4 scale (anxiety & depression)															
Normal	531 (41.1)	3400 (50.4)	63 (35.6)	413 (50.9)	53 (37.8)	611 (48.3)	7 (26.9)	215 (40.2)	40 (39.2)	412 (40.3)					
Mild	553 (42.8)	2587 (38.4)	<0.01	78 (44.1)	304 (37.4)	<0.01	67 (47.8)	467 (36.9)	0.063	14 (53.9)	223 (41.7)	0.110	40 (39.2)	426 (41.7)	0.700
Moderate	128 (9.9)	514 (7.6)		19 (10.7)	62 (7.6)		15 (10.7)	127 (10.0)		5 (19.2)	54 (10.1)		12 (11.8)	114 (11.2)	
Severe	81 (6.2)	243 (3.6)		17 (9.6)	33 (4.1)		5 (3.6)	60 (4.7)		0 (0.0)	43 (8.0)		10 (9.8)	69 (6.8)	
Reliable partner subscale															
Low (4 - 7)	48 (3.7)	210 (3.1)		7 (3.9)	26 (3.1)		4 (2.8)	63 (4.9)		3 (11.5)	24 (4.5)		5 (4.8)	58 (5.6)	
Medium (8 - 12)	554 (42.5)	3170 (46.6)	0.018	79 (44.6)	315 (38.3)	0.215	74 (52.1)	626 (48.8)	0.469	10 (38.5)	281 (52.1)	0.153	32 (31.1)	459 (44.4)	0.023
High (13 - 16)	702 (52.8)	3417 (50.3)		91 (51.4)	482 (58.6)		64 (45.1)	593 (46.3)		13 (50.0)	234 (43.4)		66 (64.1)	518 (50.0)	
Social integration subscale															
Low (4 - 7)	28 (2.1)	219 (3.2)		11 (6.2)	27 (3.3)		7 (4.9)	60 (4.7)		2 (7.7)	19 (3.5)		4 (3.9)	55 (5.3)	
Medium (8 - 12)	697 (53.5)	4013 (59.0)	<0.01	92 (52.0)	420 (51.0)	0.149	81 (57.0)	771 (60.1)	0.773	15 (57.7)	327 (60.7)	0.547	44 (42.7)	597 (57.7)	<0.01
High (13 - 16)	579 (44.4)	2565 (37.7)		74 (41.8)	376 (45.7)		54 (38.0)	451 (35.2)		9 (34.6)	193 (35.8)		55 (53.4)	383 (37.0)	
Internalized homonegativity (0 - 6)															
n - mean	1157 - 1.6	5655 - 1.9	<0.01	155 - 1.4	671 - 1.7	0.021	124 - 1.8	1000 - 2.1	0.016	24 - 2.1	407 - 2.1	0.885	89 - 1.6	849 - 2.1	<0.01
Homophobic intimidation															
Yes (last 12 months)	718 (55.1)	3539 (52.1)	0.047	96 (54.5)	408 (49.6)	0.231	76 (53.5)	639 (50.2)	0.447	17 (65.4)	255 (47.5)	0.074	53 (51.5)	540 (52.2)	0.882
No (never or years ago)	584 (44.9)	3247 (47.9)		80 (45.5)	415 (50.4)		66 (46.5)	635 (49.8)		9 (34.6)	282 (52.5)		50 (48.5)	494 (47.8)	
Homophobic insults															
Yes (last 12 months)	392 (30.1)	1558 (23.0)	<0.01	80 (45.5)	256 (31.2)	<0.01	44 (31.0)	315 (24.7)	0.102	14 (53.9)	201 (37.4)	0.092	37 (35.9)	348 (33.7)	0.653
No (never or years ago)	911 (69.9)	5220 (77.0)		96 (54.5)	565 (68.8)		98 (69.0)	961 (75.3)		12 (46.1)	336 (62.6)		66 (64.1)	684 (66.3)	
Homophobic aggression															
Yes (last 12 months)	59 (4.5)	196 (2.9)	<0.01	4 (2.3)	19 (2.3)	0.975	1 (0.7)	60 (4.7)	0.026	4 (15.4)	26 (4.8)	0.019	5 (4.9)	49 (4.8)	0.963
No (never or years ago)	1243 (95.5)	6587 (97.1)		172 (97.7)	803 (97.7)		141 (99.3)	1216 (95.3)		22 (84.6)	513 (95.2)		98 (95.1)	982 (95.2)	

TABLE 5c: Psychosocial aspects of the men surveyed and association with sexualized drug use (SDU), in total sample and each country participating in LAMIS-2018 (part three).

VARIABLE	Sexualized drug use (last 12 months)														
	Honduras (N=646)			México (N=14957)			Nicaragua (N=534)		<i>P-value</i>	Panamá (N=759)			Paraguay (N=591)		
PHQ-4 scale (anxiety & depression)															
Normal	15 (28.8)	272 (47.1)		768 (38.6)	6060 (47.9)		10 (32.3)	232 (46.7)		26 (46.4)	361 (52.7)		16 (25.0)	150 (29.3)	
Mild	31 (59.6)	209 (36.2)	<0.01	837 (42.1)	4800 (37.9)	<0.01	14 (45.2)	193 (38.8)	0.392	24 (42.9)	251 (36.6)	0.561	28 (43.7)	241 (47.1)	0.345
Moderate	2 (3.8)	70 (12.1)		236 (11.9)	1143 (9.0)		5 (16.1)	48 (9.7)		5 (8.9)	45 (6.6)		14 (21.9)	69 (13.5)	
Severe	4 (7.7)	26 (4.5)		148 (7.4)	654 (5.2)		2 (6.4)	24 (4.8)		1 (1.8)	28 (4.1)		6 (9.4)	52 (10.1)	
Reliable partner subscale															
Low (4 - 7)	3 (5.8)	30 (5.1)		58 (2.9)	373 (2.9)		0 (0.0)	21 (4.2)		2 (3.5)	26 (3.8)		4 (6.1)	22 (4.2)	
Medium (8 - 12)	26 (50.0)	270 (46.2)	0.823	703 (35.0)	4777 (37.4)	0.106	12 (38.7)	265 (53.1)	0.092	15 (26.3)	265 (38.2)	0.189	26 (40.0)	279 (54.1)	0.099
High (13 - 16)	23 (44.2)	285 (48.7)		1248 (62.1)	7619 (59.7)		19 (61.3)	213 (42.7)		40 (70.2)	402 (58.0)		35 (53.9)	215 (41.7)	
Social integration subscale															
Low (4 - 7)	3 (5.8)	22 (3.8)		60 (3.0)	429 (3.4)		0 (0.0)	21 (4.2)		0 (0.0)	32 (4.6)		1 (1.5)	31 (6.0)	
Medium (8 - 12)	25 (48.1)	340 (58.1)	0.345	899 (44.7)	6544 (51.2)	<0.01	19 (61.3)	326 (65.3)	0.364	29 (50.9)	379 (54.7)	0.159	30 (46.2)	333 (64.5)	<0.01
High (13 - 16)	24 (46.1)	223 (38.1)		1050 (52.3)	5796 (45.4)		12 (38.7)	152 (30.5)		28 (49.1)	282 (40.7)		34 (52.3)	152 (29.5)	
Internalized homonegativity (0 - 6) n - mean	46 - 1.6	451 - 2.4	<0.01	1770 - 1.4	10197 - 1.7	<0.01	23 - 2.0	370 - 2.2	0.451	49 - 1.6	553 - 2.1	<0.01	56 - 1.6	384 - 2.1	<0.01
Homophobic intimidation															
Yes (last 12 months)	33 (63.5)	338 (58.1)	0.450	998 (49.8)	5865 (46.0)	<0.01	17 (54.8)	299 (60.0)	0.567	32 (56.1)	345 (49.9)	0.367	38 (59.4)	282 (54.6)	0.474
No (never or years ago)	19 (36.5)	244 (41.9)		1007 (50.2)	6890 (54.0)		14 (45.2)	199 (40.0)		25 (43.9)	346 (50.1)		26 (40.6)	234 (45.4)	
Homophobic insults															
Yes (last 12 months)	25 (48.1)	227 (39.0)	0.200	672 (33.5)	3623 (28.4)	<0.01	18 (60.0)	206 (41.4)	0.046	23 (40.4)	184 (26.7)	0.027	30 (46.9)	205 (39.7)	0.272
No (never or years ago)	27 (51.9)	355 (61.0)		1334 (66.5)	9130 (71.6)		12 (40.0)	291 (58.6)		34 (59.6)	506 (73.3)		34 (53.1)	311 (60.3)	
Homophobic aggression															
Yes (last 12 months)	3 (5.8)	21 (3.6)	0.434	82 (4.1)	424 (3.3)	0.080	1 (3.2)	18 (3.6)	0.910	3 (5.3)	14 (2.0)	0.114	5 (7.8)	16 (3.1)	0.058
No (never or years ago)	49 (94.2)	561 (96.4)		1922 (95.9)	12323 (96.7)		30 (96.8)	480 (96.4)		54 (94.7)	678 (98.0)		59 (92.2)	499 (96.9)	

TABLE 5d: Psychosocial aspects of the men surveyed and association with sexualized drug use (SDU), in total sample and each country participating in LAMIS-2018 (part four).

VARIABLE	Sexualized drug use (last 12 months)											
	Perú (N=2025)		Suriname (N=216)		Uruguay (N=771)		Venezuela (N=2431)					
	Yes n (%)	No n (%)	P-value	Yes n (%)	No n (%)	P-value	Yes n (%)	No n (%)	P-value	Yes n (%)	No n (%)	P-value
PHQ-4 scale (anxiety & depression)												
Normal	51 (32.7)	736 (40.6)		16 (69.6)	111 (59.4)		51 (37.8)	280 (44.8)		31 (26.3)	1089 (48.7)	
Mild	76 (48.7)	836 (46.1)	0.111	4 (17.4)	60 (32.1)	0.491	59 (43.7)	248 (39.7)	0.346	51 (43.2)	821 (36.7)	<0.01
Moderate	21 (13.5)	159 (8.7)		2 (8.7)	9 (4.8)		18 (13.3)	60 (9.6)		21 (17.8)	208 (9.3)	
Severe	8 (5.1)	83 (4.6)		1 (4.3)	7 (3.7)		7 (5.2)	37 (5.9)		15 (12.7)	119 (5.3)	
Reliable partner subscale												
Low (4 - 7)	8 (5.1)	67 (3.6)		0 (0.0)	3 (1.6)		4 (3.0)	15 (2.4)		1 (0.8)	62 (2.7)	
Medium (8 - 12)	70 (44.3)	937 (51.0)	0.228	13 (56.5)	100 (53.2)	0.809	37 (27.4)	224 (35.7)	0.179	39 (32.8)	901 (39.7)	0.109
High (13 - 16)	80 (50.6)	833 (45.4)		10 (43.5)	85 (45.2)		94 (69.6)	388 (61.9)		79 (66.4)	1306 (57.6)	
Social integration subscale												
Low (4 - 7)	6 (3.8)	63 (3.4)		1 (4.4)	3 (1.6)		4 (3.0)	18 (2.9)		4 (3.4)	68 (3.0)	
Medium (8 - 12)	84 (53.2)	1119 (60.9)	0.158	15 (65.2)	115 (61.2)	0.568	50 (37.0)	305 (48.6)	0.047	53 (44.5)	1174 (51.7)	0.309
High (13 - 16)	68 (43.0)	655 (35.7)		7 (30.4)	70 (37.2)		81 (60.0)	304 (48.5)		62 (52.1)	1027 (45.3)	
Internalized homonegativity (0 - 6)												
n - mean	139 - 1.7	1470 - 2.1	<0.01	19 - 1.8	143 - 1.9	0.699	116 - 1.1	492 - 1.4	0.059	98 - 1.4	1737 - 1.8	<0.01
Homophobic intimidation												
Yes (last 12 months)	99 (62.7)	1016 (55.5)	0.084	9 (39.1)	69 (36.9)	0.834	73 (54.1)	279 (44.6)	0.045	66 (55.9)	1072 (47.3)	0.068
No (never or years ago)	59 (37.3)	813 (44.5)		14 (60.9)	118 (63.1)		62 (45.9)	347 (55.4)		52 (44.1)	1193 (52.7)	
Homophobic insults												
Yes (last 12 months)	67 (42.4)	612 (33.5)	0.024	8 (34.8)	43 (23.0)	0.213	48 (35.6)	177 (28.3)	0.093	35 (29.4)	479 (21.2)	0.034
No (never or years ago)	91 (57.6)	1214 (66.5)		15 (65.2)	144 (77.0)		87 (64.4)	449 (71.7)		84 (70.6)	1782 (78.8)	
Homophobic aggression												
Yes (last 12 months)	10 (6.4)	76 (4.2)	0.192	2 (8.7)	4 (2.1)	0.075	4 (3.0)	12 (1.9)	0.444	7 (5.9)	53 (2.3)	0.016
No (never or years ago)	147 (93.6)	1751 (95.8)		21 (91.3)	183 (97.9)		131 (97.0)	613 (98.1)		112 (94.1)	2210 (97.7)	

7.3 Objetivo específico 3

Después de haber realizado el ACM con la inclusión de un total de 14 variables cualitativas categóricas, epidemiológicamente relevantes, relacionadas significativamente con el USD (criterio resultante del análisis bivariado – objetivo específico 2) y, en definitiva, representativas de los tres ámbitos de estudio (aspectos sociodemográficos, socioepidemiológicos y psicosociales), se obtuvo el respectivo mapa visual (Matriz de Burt), donde los principales resultados se describen a continuación:

Variabilidad de los datos

En el mapa visual (Figura 10) se representan las dimensiones 1 y 2, que en conjunto representan casi el 59% del total de la variabilidad de los datos (inercia): la dimensión 1 explicó el 50% de la varianza, mientras que la dimensión 2 concentró un 8,7% de ésta.

Caracterización de las dimensiones

Al analizar la dimensión 1 (desplegada en el eje horizontal), se observó que al izquierdo del plano se situaron aquellas categorías más “desfavorables”, correspondientes a los niveles bajos/moderados de las respectivas escalas y experiencias negativas. Además, esta dimensión estuvo caracterizada por una disposición en gradientes de las categorías de las variables: “subescala de alianza confiable” y “subescala de integración social”, y en menor medida por la “escala PHQ-4” (síntomas de ansiedad/depresión) y “máximo nivel educativo alcanzado”; las tres primeras pertenecientes a los aspectos psicosociales y la última a los aspectos sociodemográficos.

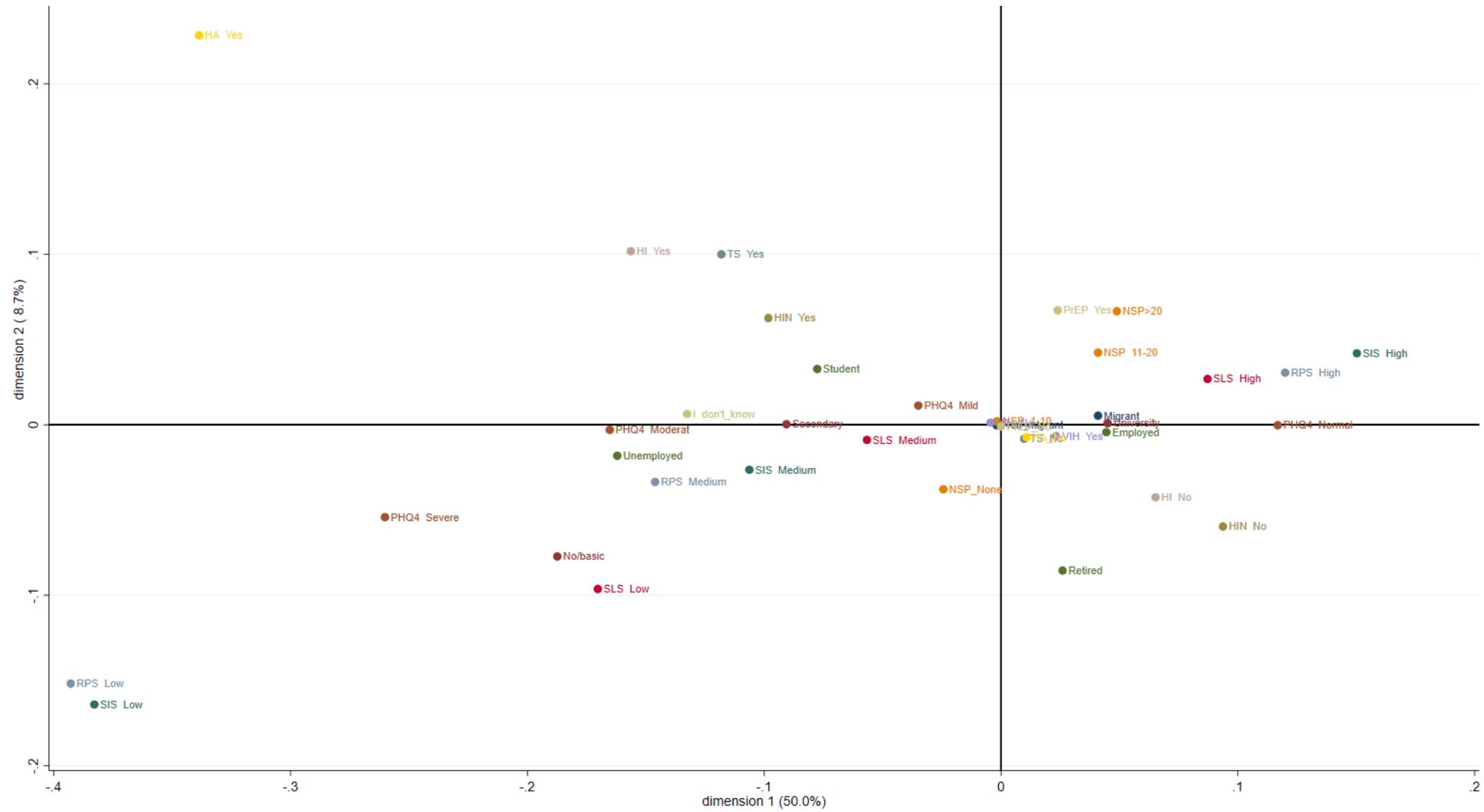
Por otra parte, al analizar la dimensión 2 (eje vertical), se observó que en la parte superior del plano se dispusieron los niveles altos de las respectivas escalas y las categorías afirmativas de los aspectos dicotómicos. Además, esta dimensión se caracterizó en buena medida por las variables dicotómicas “intimidación homofóbica” e “insultos homofóbicos”, junto con el despliegue en gradiente de las categorías de la variable “número de parejas no estables”. Además, destacó la amplia distancia espacial observada entre las categorías de la variable dicotómica “agresión homofóbica”; todas variables pertenecientes a los aspectos psicosociales.

Relación entre categorías de variables

Al analizar visualmente las relaciones de proximidad entre las categorías de variables (indicativas de asociación), destacaron los siguientes hallazgos:

- Quienes reportaron haber tenido más de 20 parejas sexuales ocasionales durante los últimos 12 meses, también declararon haber utilizado PrEP (alguna vez en la vida).
- Quienes obtuvieron un nivel alto en la subescala de alianza confiable, reportaron un alto grado de satisfacción con su vida sexual.
- Quienes reportaron no tener estudios o haber alcanzado un nivel de educación básica, también declararon una baja satisfacción con su vida sexual.
- Quienes declararon encontrarse desempleados, reportaron niveles moderados de síntomas ansioso/depresivos, pesquisados a través de la escala PHQ-4.

Figura 10. Análisis de correspondencias múltiples



- Migratory situation
- Current occupation
- Transactional sex TS
- HIV Positive diagnosis
- PHQ4 scale
- Social integration subscale SIS
- Homophobic insults HI
- Education level
- Non steady partners NSP
- Sexual life satisfaction SLS
- PrEP use
- Reliable partner subscale RPS
- Homophobic intimidation HIN
- Homophobic aggression HA

Fuente: Elaboración propia

7.4 Objetivo específico 4

Luego de haber realizado el análisis multivariado a través de la regresión logística para cada variable dependiente (USD y USD reciente); ambos modelos construidos en base al mismo set de 7 variables independientes y ajustados por las mismas variables (edad y país de origen), se observó en general una asociación positiva y significativa entre cada una de las variables independientes y la práctica de USD.

Al observar los valores de Odds Ratio - expresión numérica de la fuerza de asociación entre variables - se registraron leves diferencias entre los resultados del análisis para el USD durante los últimos 12 meses y el USD reciente (últimas 4 semanas), observándose un ligero incremento en los valores de OR en el caso del USD reciente. Los resultados se describen en detalle a continuación, con las respectivas tablas (Tablas 6 y 7) e interpretaciones:

7.4.1 Uso sexualizado de drogas (últimos 12 meses)

La variable sociodemográfica “máximo nivel educativo alcanzado” se asoció a la práctica de USD durante los últimos 12 meses; donde los encuestados que alcanzaron estudios universitarios o de postgrado tuvieron una probabilidad 1,95 veces mayor de haber utilizado drogas en el contexto sexual.

Con respecto a los aspectos socioepidemiológicos, la mayor fuerza de asociación se observó en relación con el número de parejas sexuales ocasionales durante los últimos 12 meses, donde haber tenido encuentros con 11 a 20 parejas incrementó 3 veces la probabilidad de práctica de USD y, el reporte de “más de 20 parejas” aumentó 4 veces dicha probabilidad. Las personas que practicaron sexo transaccional y quienes reportaron un diagnóstico positivo para VIH también mostraron una probabilidad mayor de utilizar drogas en el contexto sexual (OR=1,74 y 1,82, respectivamente), al igual que quienes reportaron un alto nivel de satisfacción con su vida sexual (OR=1,47).

En relación con los aspectos psicosociales, los síntomas de ansiedad/depresión (escala PHQ-4) se asociaron a la práctica de USD, observándose una gradiente en el aumento de la probabilidad en relación con los niveles leve, moderado y severo

(OR=1,42, 1,62 y 1,72, respectivamente). Por último, quienes reportaron haber sido víctimas de agresión homofóbica durante los últimos 12 meses, tuvieron una probabilidad 1,22 veces mayor de uso de drogas en el contexto sexual.

TABLE 6: Factors associated with sexualized drug use (last 12 months) among the men surveyed in LAMIS-2018 (model adjusted for age and country of residence).

VARIABLE	SDU (last 12 months)	
	OR (95% CI)	p-value
Education level (highest)		
No education or basic	Ref.	-
Secondary or high school	1.46 (1.07 – 1.99)	0.01
University or postgraduate	1.95 (1.43 – 2.65)	<0.01
Number of non-steady male sexual partners (last 12 months)		
None	Ref.	-
1 – 10	1.60 (1.49 – 1.71)	<0.01
11 – 20	3.18 (2.92 – 3.47)	<0.01
More than 20	4.23 (3.87 – 4.62)	<0.01
Transactional sex (last 12 months)		
No	Ref.	-
Yes	1.74 (1.61 – 1.88)	<0.01
Satisfaction with your sex life		
Low (1 – 3)	Ref.	-
Medium (4 – 7)	1.17 (1.06 – 1.30)	<0.01
High (8 – 10)	1.47 (1.33 – 1.63)	<0.01
Self-reported previous HIV diagnosis		
No	Ref.	-
Yes	1.82 (1.72 – 1.93)	<0.01
PHQ-4 scale (anxiety & depression)		
Normal	Ref.	-
Mild	1.42 (1.34 – 1.50)	<0.01
Moderate	1.63 (1.50 – 1.77)	<0.01
Severe	1.72 (1.57 – 1.89)	<0.01
Homophobic aggression (last 12 months)		
No	Ref.	-
Yes	1.22 (1.07 – 1.38)	<0.01

7.4.2 Uso sexualizado de drogas reciente (últimas 4 semanas)

La variable sociodemográfica “máximo nivel educativo alcanzado” también se asoció a la práctica reciente de USD (últimas 4 semanas), con una fuerza de asociación ligeramente mayor, pues quienes alcanzaron estudios universitarios o de postgrado tuvieron una probabilidad dos veces mayor de práctica reciente de USD.

En relación con los aspectos socioepidemiológicos, nuevamente la mayor asociación se observó en el número de parejas sexuales ocasionales durante los últimos 12 meses, donde haber tenido encuentros con 11 a 20 parejas también incrementó 3 veces la probabilidad de USD reciente y, el reporte de “más de 20 parejas durante el último año” registró un incremento en la fuerza de asociación, pues aumentó en 5 veces la probabilidad de uso reciente de drogas en el contexto sexual. Quienes reportaron haber practicado sexo transaccional y declararon un diagnóstico positivo para VIH, también mostraron un aumento en la probabilidad de USD reciente (OR=1,85 y 1,93, respectivamente), al igual que las personas que reportaron un alto nivel de satisfacción con su vida sexual (OR=1,58).

Finalmente, en relación con los aspectos psicosociales, en los síntomas de ansiedad/depresión (escala PHQ-4) también se observó una gradiente en el aumento de la probabilidad de USD reciente en base a los niveles leve, moderado y severo (OR=1,36, 1,47 y 1,57, respectivamente). Quienes reportaron agresión homofóbica durante los últimos 12 meses, tuvieron una probabilidad 1,25 veces mayor de haber practicado recientemente el USD.

TABLE 7: Factors associated with recent sexualized drug use (last 4 weeks) among the men surveyed in LAMIS-2018 (model adjusted for age and country of residence).

VARIABLE	SDU (last 4 weeks)	
	OR (95% CI)	p-value
Education level (highest)		
No education or basic	Ref.	-
Secondary or high school	1.75 (1.10 – 2.78)	0.01
University or postgraduate	2.21 (1.40 – 3.51)	<0.01
Number of non-steady male sexual partners (last 12 months)		
None	Ref.	-
1 – 10	1.49 (1.35 – 1.65)	<0.01
11 – 20	3.21 (2.85 – 3.61)	<0.01
More than 20	5.15 (4.59 – 5.78)	<0.01
Transactional sex (last 12 months)		
No	Ref.	-
Yes	1.85 (1.67 – 2.04)	<0.01
Satisfaction with your sex life		
Low (1 – 3)	Ref.	-
Medium (4 – 7)	1.11 (0.96 – 1.28)	0.14
High (8 – 10)	1.58 (1.37 – 1.82)	<0.01
Self-reported previous HIV diagnosis		
No	Ref.	-
Yes	1.93 (1.79 – 2.08)	<0.01
PHQ-4 scale (anxiety & depression)		
Normal	Ref.	-
Mild	1.36 (1.27 – 1.47)	<0.01
Moderate	1.47 (1.32 – 1.65)	<0.01
Severe	1.57 (1.38 – 1.78)	<0.01
Homophobic aggression (last 12 months)		
No	Ref.	-
Yes	1.25 (1.06 – 1.49)	<0.01

8. DISCUSIÓN

LAMIS-2018 fue la primera encuesta para hombres GBHSH que a través del reclutamiento de una muestra importante de personas residentes en 18 países de la región Latinoamericana, abordó múltiples aspectos de la salud psico-socio-sexual de las personas encuestadas, entre los cuales estuvo presente el fenómeno USD.

De esta forma, el análisis de los resultados de LAMIS-2018 nos ha permitido llevar a cabo una descripción en detalle de un fenómeno que bajo la perspectiva del modelo socioepidemiológico de Poundstone (75), además de estar íntimamente ligado a la vida sexual de las personas, se encuentra relacionado con múltiples aspectos tanto individuales como sociales de quienes lo practican; adquiriendo una complejidad que excede los alcances de una “práctica sexual”, para configurarse como un fenómeno cultural dentro de la comunidad de hombres GBHSH.

En la literatura se ha señalado que los hombres GBHSH pueden estar más propensos que la población masculina general al consumo excesivo de alcohol y drogas (61). Esta situación se debe en parte a los fenómenos de discriminación y estigma, que son experimentados por quienes conforman las minorías sexuales y que han sido asociados con un mayor consumo de PSA (62). Entre los hallazgos de esta investigación destacó el alto porcentaje de consumo y dependencia del alcohol, superando incluso los niveles reportados por la OMS para la población general de la Región Americana (90). Teniendo en cuenta que el consumo de la mayoría de las drogas ilegales, incluyendo la metanfetamina, cannabis, cocaína, heroína, etc., puede ocurrir en situaciones de policonsumo y en coincidencia además con el consumo de alcohol, las estrategias de intervención que se desarrollen al respecto no deberían excluir las drogas legales en sus aspectos de comunicación, especialmente considerando los riesgos asociados con el policonsumo y la interacción entre las distintas PSA (91).

Con respecto al uso de drogas en cualquier contexto (uso recreativo), el consumo de cannabis fue ampliamente reportado por las personas encuestadas en LAMIS-2018; resultado que coincide con la tendencia histórica observada en Latinoamérica, donde el cannabis sigue siendo la droga predominante (2) (18). La prevalencia más alta de consumo de cannabis se observó en Chile (21,8%), que justamente es el país de LA que posee los mayores índices en términos de uso de cannabis y tasas de abuso y dependencia de drogas (64). Por otro lado, las drogas

sintéticas registraron en general una baja proporción de uso, siendo el éxtasis (en todas sus formas) y los cannabinoides sintéticos las drogas que alcanzaron las mayores prevalencias de consumo durante los últimos 12 meses (11,9% y 6,2%, respectivamente), en coherencia con reportes que posicionan a los cannabinoides sintéticos como una droga cuyo consumo se ha vuelto cada vez más común en los últimos tiempos (93), al igual que el éxtasis, cuyo uso ha experimentado un auge a nivel mundial debido en parte a la amplia influencia que ésta ha tenido entre la población más joven (94), al estar asociado a los contextos de fiestas electrónicas y al circuito denominado “cultura dance” (95).

El uso de drogas inyectables (alguna vez en la vida) fue reportado por una baja proporción de las personas encuestadas en LAMIS-2018 (0,9%), resultado que coincide con la información disponible para la población general de la región Latinoamericana, tanto a nivel de informes (96) como en trabajos de investigación (97). Sin embargo, de todas formas resulta necesario mantener un monitoreo constante del uso de drogas inyectables que está específicamente ligado al contexto sexual (slamsex), ya que dicha práctica ha venido registrando un aumento sostenido en otros contextos regionales, junto con los riesgos adicionales de transmisión de infecciones por vía parenteral asociados al acto de compartir el material de inyección (43).

La prevalencia de USD durante los últimos 12 meses reportada por los participantes de LAMIS-2018 fue superior a la del estudio EMIS-2017 (49) realizado en la región europea (13,6% v/s 10,4%) y, a la vez, menor a la prevalencia reportada en otras investigaciones realizadas en LA (98) (51) (52), aunque se debe tener en consideración que existen diferencias metodológicas y conceptuales relacionadas con la definición del fenómeno que dificultan la comparabilidad entre estudios. A nivel de países destacó la situación observada en Chile, donde se registró la mayor prevalencia de USD (24,2%), superando casi en 11 puntos porcentuales a la prevalencia general. La prevalencia de USD con múltiples parejas y el predominio de los domicilios privados como lugar de elección para el desarrollo de tales encuentros, coincidió también con los hallazgos descritos por el EMIS-2017. El predominio de los domicilios como sitios de encuentro para el uso de drogas en el contexto de prácticas sexuales desarrolladas con múltiples parejas, ha sido atribuido a la influencia que tienen las aplicaciones móviles para citas como instrumento facilitador de dichas convocatorias (44). Además, al analizar las PSA consumidas durante el último encuentro sexual de las personas encuestadas, se observó a nivel de los encuentros con múltiples parejas ocasionales un aumento de las prevalencias de uso de todas las PSA, identificándose claramente el predominio

del consumo de una tríada en específico: cannabis-poppers-Viagra. Poppers y Viagra son sustancias cuyo uso ha sido asociado a la práctica sexual, tanto en hombres GBHSH como en la población heterosexual, dado la capacidad que tienen para facilitar las prácticas sexuales penetrativas y prolongar la duración de los encuentros sexuales, respectivamente (99) (100). Es importante, además, tener en consideración la existencia de riesgos para la salud asociados al consumo combinado de poppers y Viagra, puesto que la acción de éste último puede potenciar el efecto hipotensor de los poppers, con las consecuentes complicaciones cardíacas para quienes los utilizan (101).

Un hallazgo interesante a partir de los análisis multivariados desarrollados en esta investigación fue la escasa diferencia en la fuerza de asociación (expresada en valores de OR) registrada entre las variables dependientes y el USD medido en ambos períodos de tiempo (últimos 12 meses - últimas 4 semanas); sobre todo considerando que aún no existe un pleno consenso en cuanto al período establecido para la medición de esta práctica. Si bien es cierto, un período de 4 semanas podría ser indicativo de una práctica reciente e hipotéticamente más persistente en el tiempo, de acuerdo con los resultados observados en este estudio, la medición registrada en un período más amplio (últimos 12 meses) no modificaría mayormente los niveles de asociación entre los aspectos psico-socio-sexuales analizados y la práctica de USD.

En los resultados de esta investigación se observó una asociación entre un alto nivel educativo y el uso de drogas en el contexto sexual. Estos hallazgos ponen de manifiesto que quienes practican USD no encajan necesariamente en el estereotipo clásico de marginalidad que se ha construido en torno al consumo de drogas puesto que, en general, se trata de personas que son funcionales en sus actividades cotidianas y que se encuentran bien adaptadas a su entorno social, familiar y laboral (102).

En este estudio se observó en general un bajo porcentaje de uso de PrEP, aunque mayor entre quienes reportaron la práctica de USD. Esta realidad contrasta con las experiencias descritas en otras regiones fuera de LA, como el caso de Reino Unido donde las tasas de uso de PrEP superan el 20% (103), o Francia, donde se han implementado programas nacionales para brindar servicios de PrEP a los grupos que tienen mayor probabilidad de adquirir la infección por VIH (104). Sin embargo, para interpretar estos datos es necesario considerar que la PrEP sólo ha estado disponible recientemente en LA y vinculada principalmente a estudios realizados en

poblaciones clave como el "Proyecto ImPrEP", que abordó aspectos estratégicos para la implementación de la PrEP en los servicios integrados de salud pública en Brasil, México y Perú (105). En Chile, desde el año 2019 se ha ejecutado un estudio piloto sobre la implementación de PrEP como política de salud pública en algunas regiones del país, aunque sin llegar a identificar a las personas que utilizan drogas en el contexto sexual como un grupo objetivo (106), a pesar de que la PrEP se ha convertido en una estrategia factible para la prevención del VIH entre quienes practican USD (107), pues se ha descrito que estas personas tienen igual o mayor probabilidad de utilizar la PrEP, incluso con mejores porcentajes de adherencia en contextos de sexo anal sin uso de condón (108). Por otra parte, se ha evidenciado la necesidad de establecer con los usuarios de PrEP mecanismos para el abordaje del consumo problemático de drogas y la exposición al riesgo de adquirir ITS (109), pues se ha descrito entre quienes utilizan PrEP el hallazgo de altas prevalencias de ITS como gonorrea, clamidia y micoplasma (frecuentemente asintomáticas) (110). El ACM mostró una interesante asociación entre quienes reportaron más de 20 parejas sexuales ocasionales (últimos 12 meses) y el uso de PrEP (alguna vez en la vida), reforzando la necesidad de impulsar el acceso a la PrEP como una estrategia preventiva para aquellas personas que utilizan drogas habitualmente en el contexto de sus relaciones sexuales. Además, esta necesidad se encuentra en línea con las recomendaciones internacionales que buscan aumentar la proporción de servicios relacionados con el VIH prestados desde las propias comunidades (para 2025 se espera que sean comunitarios el 80% de los servicios preventivos para las poblaciones con alto riesgo de infección y el 30% de los servicios de prueba/tratamiento) y que, para adaptar la respuesta al VIH, impulsan que en términos de monitorización los estados apoyen la vigilancia e investigación a cargo de las comunidades a través del uso de datos generados por ellas mismas (111) (112) (113).

La descripción de una mayor proporción de comportamientos sexuales que aumentan la exposición al VIH/ITS por parte de aquellas personas que practicaron USD se encuentra en línea con la información disponible en la literatura, donde se ha descrito una asociación entre el uso de drogas en el contexto sexual y la mayor proporción de diagnósticos positivos para VIH/ITS y el desarrollo de comportamientos sexuales que aumentan la exposición a estas enfermedades (114) (115). Si bien es cierto, es posible hipotetizar que quienes utilizan drogas en el contexto de sus relaciones sexuales podrían estar exponiéndose en mayor medida a la adquisición de VIH/ITS, también existe la posibilidad de que quienes son diagnosticados con dichas enfermedades estén utilizando drogas para atenuar los efectos de la discriminación que muchas veces puede acarrear un diagnóstico de este tipo (116). El hallazgo de una asociación entre el alto número de parejas sexuales ocasionales y la práctica de USD es también coherente con los aspectos

conceptuales del fenómeno, dado que éste ha sido caracterizado como una práctica que involucra generalmente la participación de múltiples parejas durante un mismo encuentro sexual (44). La mayor frecuencia de diagnóstico autoreportado de VIH entre quienes practicaban USD descrita en esta investigación, también ha sido reportada por estudios previos (117), poniendo una vez más de manifiesto la asociación entre el USD y la adquisición del VIH (118). Es importante mencionar el caso particular de México, donde se observó una diferencia notable en el diagnóstico autoreportado de VIH entre quienes practicaron USD y quienes no lo hicieron, poniendo de manifiesto una relación entre uso de drogas y VIH que también ha sido observada a nivel de la población general en LA (119). En esta misma línea, el diagnóstico autoreportado de VIH en Chile fue de 28,1% entre quienes reportaron la práctica de USD, en línea con la situación de reemergencia del VIH que ha experimentado este país, llegando a registrar el mayor aumento en el número de casos dentro de la región Latinoamericana durante la última década (120) (121); situación que ha sido asociada a la falta de políticas públicas preventivas en dicho país (122).

La recepción de un pago o compensación a cambio de sexo con hombres (sexo transaccional), aspecto que se mostró con mayor proporción entre quienes reportaron USD y que, además, se asoció positivamente con esta práctica, es un fenómeno que ha sido observado con mayor frecuencia en los hombres gay, otros HSH y en mujeres trans, quienes en conjunto conforman un grupo particularmente vulnerable (123) dada la mayor exposición al VIH/ITS (124) y a las consecuencias del estigma y la discriminación tanto a nivel comunitario como estructural (125). En los hombres GBHSH en particular, ha sido descrita una fuerte relación entre el sexo transaccional y los riesgos para la salud, donde el hecho de vender sexo, pero no de comprarlo, representa un incremento del riesgo para la adquisición de VIH/ITS, el uso de drogas inyectables y otras drogas duras y para el desarrollo de problemas de salud mental (126).

El hallazgo de mayores niveles de satisfacción con su vida sexual entre quienes utilizaron drogas en sus encuentros, junto con la asociación entre un alto nivel de satisfacción con la vida sexual y la práctica de USD, coinciden con los hallazgos de estudios realizados en otros contextos regionales (127), poniendo de manifiesto que quienes deciden incorporar el uso de drogas en sus relaciones sexuales son personas que pueden estar motivadas por la búsqueda de un mayor placer sexual y la mitigación de las sensaciones de miedo inherentes a ciertas prácticas sexuales (128). Otro aspecto que destacar fue la asociación entre los bajos niveles educativos y el bajo nivel de satisfacción con la vida sexual, poniendo de manifiesto la

complejidad del concepto de satisfacción en el ámbito sexual, que no solo puede verse influenciada por las prácticas o dimensiones propias de la salud sexual, sino también por determinantes sociales estructurales como el nivel educativo y la posición social de las personas (129).

Adicionalmente, aunque no expresados en términos de factores asociados al USD, la mayor prevalencia de altos niveles de soporte social y la menor proporción de niveles de homonegatividad internalizada encontrados entre quienes utilizaron drogas en el contexto sexual, junto con la asociación observada en el ACM entre los altos niveles en la escala de alianza confiable y el alto grado de satisfacción con la vida sexual, constituyen hallazgos relevantes pues se enmarcan en el contexto de vidas sociales que podrían ser más activas y conectadas entre pares, principalmente a través del uso de redes sociales y recursos como las aplicaciones de citas que, junto con facilitar el acceso a los ambientes de experimentación, fiesta y búsqueda del placer (10) (130), son percibidas como herramientas de construcción de comunidad que aumentan la percepción de soporte social entre los usuarios (66). Sin embargo, estos resultados tampoco debieran considerarse definitivos, puesto que existen estudios en otros contextos donde la práctica de chemsex/USD ha sido asociada con un menor bienestar sexual, una menor satisfacción con la vida en general y la percepción de mayores niveles de estrés (131).

La presencia de una mayor proporción de síntomas severos de ansiedad y depresión entre quienes utilizaron drogas en el contexto sexual y, la asociación positiva entre estos niveles severos y el uso de drogas en el contexto sexual, relevan la importancia de considerar el abordaje de las problemáticas de salud mental que pueden estar asociadas al USD, pues se ha evidenciado un impacto emocional entre quienes lo practican, con existencia de cambios de humor, aislamiento social, apatía, sensación de frustración y tristeza, entre otros (72); junto con una mayor susceptibilidad a la depresión, la ansiedad y/o la dependencia emocional (132). Los altos porcentajes de intimidación homofóbica e insultos homofóbicos reportados por quienes practicaron USD, manifiestan la persistencia en la región Latinoamericana de fenómenos de estigma y homofobia que impactan negativamente sobre la salud mental de esta población (133). Por último, la asociación observada entre haber sido víctima de agresión homofóbica y la mayor probabilidad de uso de drogas en el contexto sexual es coherente con la descripción que se ha hecho del “bullying homofóbico” como factor de riesgo para el aumento del consumo de PSA entre los adultos jóvenes (especialmente entre quienes presentan síntomas depresivos (134)), revelando la necesidad de intervenir con estrategias focalizadas en las

minorías sexuales y de género que se encuentran expuestas a situaciones de marginación y violencia (135) (136).

9. LIMITACIONES

- LAMIS-2018 se realizó mediante un cuestionario en línea, lo que implica que los participantes debían tener cierto nivel de conocimientos y acceso a dispositivos e Internet. Sin embargo, esta situación no ha sido identificada como un obstáculo importante para estudios desarrollados en la población de hombres GBHSH (137).
- La promoción de LAMIS-2018 se realizó principalmente en páginas web, redes sociales y comunidades virtuales visitadas frecuentemente por hombres GBHSH; por lo que las poblaciones con recursos limitados, los residentes en áreas con poco acceso a Internet, las personas no integradas en la comunidad LGTBIQ+ y aquellas personas que no usaban con frecuencia herramientas virtuales estuvieron subrepresentadas. Por lo tanto, es probable que LAMIS-2018 haya cubierto a una población más joven, con un mayor nivel de educación y una mayor tasa de empleo que la población general de cada país participante.
- En LAMIS-2018 el uso de PrEP fue medido para "alguna vez en la vida", y no para un período más reciente (últimos 12 meses).
- Dado que esta investigación fue desarrollada en base a un diseño de estudio transversal, no es posible establecer relaciones de causalidad entre las variables independientes y el USD.

10. CONCLUSIONES

- 1) El USD fue reportado por un alto porcentaje de las personas encuestadas en LAMIS-2018, destacando Chile, Costa Rica, Uruguay y Colombia en orden de magnitud.
- 2) En el contexto de la última relación sexual se observó un predominio del consumo de cannabis, junto a otras sustancias relacionadas con la práctica sexual (poppers y Viagra).
- 3) La definición de las drogas más utilizadas en el contexto sexual desarrollada en esta investigación es coherente con el perfil de consumo y disponibilidad de sustancias descritos en la literatura para la Región Latinoamericana.
- 4) Factores asociados al USD como el diagnóstico de VIH, número de parejas sexuales ocasionales y el sexo transaccional, son aspectos abordables mediante la implementación de estrategias preventivas combinadas adaptadas al contexto territorial.
- 5) El uso de PrEP, aunque reportado por una baja proporción de los encuestados en LAMIS-2018, fue mayor entre quienes utilizaron drogas en el contexto de sus relaciones sexuales.
- 6) La asociación del USD con factores psicosociales manifiesta la complejidad del fenómeno y posibles implicancias para la salud mental de quienes lo practican.
- 7) La vinculación del USD con un alto nivel satisfacción con la vida sexual requiere una exploración más cualitativa, para indagar en las motivaciones que llevan a esta práctica a pesar de los riesgos que puede involucrar.
- 8) Se requieren nuevas investigaciones que analicen en profundidad los determinantes del fenómeno USD y los aspectos diferenciales relacionados al contexto, dada la amplia diversidad territorial existente en LA.
- 9) En definitiva, el USD es un fenómeno que está presente en el colectivo de hombres GBHSH en LA y que debe ser visibilizado como una problemática de salud pública en la región.

11. RECOMENDACIONES

1. Dada la naturaleza multidimensional del fenómeno USD, es necesario el desarrollo de políticas de salud que aborden el uso de drogas con una perspectiva de reducción de daños, bajo una mirada transdisciplinaria, inclusiva y basada en los derechos humanos.
2. Para la reducción de los impactos negativos que puede generar el USD es esencial el diseño de estrategias preventivas combinadas y adaptadas al contexto de cada país, con la participación activa de las comunidades cuya salud se ve más expuesta.
3. La promoción del acceso a la PrEP es una política relevante para prevenir la adquisición de VIH entre los usuarios de drogas en el contexto sexual, junto con mecanismos enfocados en la disminución de los riesgos asociados al consumo problemático de drogas y la exposición a otras ITS.
4. Los programas preventivos anidados en organizaciones de base comunitaria constituyen una herramienta fundamental para el abordaje de los posibles riesgos asociados al USD en las poblaciones más expuestas y vulnerables, a través de metodologías como la consejería y educación entre pares.
5. El uso de la tecnología digital puede mejorar el alcance de los esfuerzos preventivos sobre las poblaciones objetivo, dada la importancia que han adquirido las redes sociales para la construcción de comunidad entre los hombres GBHSH.
6. Considerando los riesgos asociados al policonsumo de PSA, al desarrollar estrategias preventivas para el USD se requiere que las drogas legales también sean incluidas en los aspectos comunicacionales.
7. A pesar de la baja proporción de uso de drogas inyectables reportado en LAMIS-2018, es necesario mantener un monitoreo constante de éstas para detectar la posible emergencia de la práctica de “slamsex” en la región.
8. El USD requiere un abordaje multidisciplinario, donde es necesario contar con servicios de salud mental que provean acompañamiento y apoyo frente a situaciones como la homofobia, el estigma y las consecuencias del consumo problemático de drogas.

9. En la formación de los/as profesionales de la salud es necesario incorporar el estudio del consumo de drogas vinculado a la práctica sexual, dada la complejidad del fenómeno y el desconocimiento que existe en general con respecto a esta temática.

10. En futuras investigaciones se debería profundizar el análisis a nivel de las grandes ciudades de la Región Latinoamericana donde el fenómeno USD pudiera estar más extendido, para así generar recomendaciones adaptadas a la realidad de cada contexto.

12. CONTRIBUCIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN

LAMIS fue realizado por investigadores de la Red Iberoamericana de Estudios en Hombres Gay, otros Hombres que tienen Sexo con Hombres y Personas Trans (RIGHT Plus), la Facultad de Psicología y Neurociencia de la Universidad de Maastricht (Países Bajos), el Departamento de Epidemiología de Enfermedades Infecciosas, Instituto Robert Koch (Alemania) y Sigma Research, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres (Reino Unido). CEEISCAT, España (Jordi Casabona, Percy Fernández Dávila): participó en la traducción del cuestionario EMIS-2017 al español y lo adaptó para su uso en Latinoamérica, identificó y coordinó colaboradores en Latinoamérica, asumió aspectos económicos y legales del hospedaje de datos base, así como la financiación y ejecución de la coordinación de campo. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Brasil (Maria Amélia Veras, Daniel Barros e Igor Prado): adaptó la versión portuguesa de EMIS-2017, pagó el dominio del sitio web del estudio y se hizo cargo del diseño gráfico. Instituto Robert Koch, Alemania (Ulrich Marcus, Susanne B. Schink): Negociación con páginas web/aplicaciones para la promoción gratuita de LAMIS, reclutamiento central coordinado. Sigma Research, LSHTM, Reino Unido (Axel J Schmidt, Ford Hickson, David Reid, Peter Weatherburn): diseño y transferencia de cuestionarios, soporte con software de encuestas y seguimiento de reclutamiento, artes gráficas de banners para promoción, limpieza y etiquetado del dataset, manual de variables. Facultad de Psicología y Neurociencia, Universidad de Maastricht, Países Bajos (Kai J. Jonas): adaptó la versión holandesa de EMIS-2017, pagó el hospedaje del cuestionario en holandés. Instituto de Saúde Pública, Universidade do Porto, Portugal (Henrique Barros y Paula Meireles): pagó el hospedaje del cuestionario en portugués. CISSS, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú (Carlos Cáceres y Michael E. Reyes): pagó el dominio de la página web de la encuesta. Financiamiento adicional: el diseño del cuestionario, la ejecución de la encuesta principal y el manual de variables fueron suministrados por EMIS-2017 (financiado por el Programa de Salud de la UE 2014 -2020 para Europa), y adaptados para su uso en LAMIS.

13. AGRADECIMIENTOS

LAMIS ha sido posible gracias a los aportes en forma de recursos humanos, intelectuales y económicos de las instituciones miembros de la Red Iberoamericana de Estudios en Hombres Gay, otros HSH y Personas Trans (RIGHT Plus), la Facultad de Psicología y Neurociencias, Maastricht University (Países Bajos), el Departamento de Epidemiología de Enfermedades Infecciosas, Instituto Robert Koch (Alemania) y Sigma Research en la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres (LSHTM) (Reino Unido). CEEISCAT asumió la responsabilidad de los aspectos económicos y legales del alojamiento de la base de datos y la coordinación general del proyecto; el Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto aportó fondos para alojar la encuesta en portugués y promover la encuesta; el CISSS de la Universidad Peruana Cayetano Heredia suscribió el dominio de la página web de la encuesta; la Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo suscribió el dominio del sitio web del estudio y asumió la responsabilidad por el diseño gráfico; y la Facultad de Psicología y Neurociencia de la Universidad de Maastricht asumió los gastos de alojamiento de la versión holandesa de la encuesta en la plataforma. Durante su implementación, LAMIS utilizó recursos del EMIS-2017, que fue financiado por el Programa de Salud de la Unión de la Comisión Europea 2014-20, y, en particular, de Sigma Research (diseño de cuestionarios, arte gráfico para banners promocionales, descarga de datos, limpieza y etiquetado y manual de variables EMIS-2017) y el Instituto Robert Koch (aseguramiento de páginas web/aplicaciones para la promoción gratuita de LAMIS, coordinación del reclutamiento en línea). LAMIS (www.estudiolamis.org) también fue posible gracias al apoyo de los socios colaboradores en cada uno de los 18 países participantes. Facultad de Ciencias Médicas de la Santa Casa de São Paulo, Brasil; Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú; Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina Universidad de Chile, Chile; Fundación SAVIA y APROFA, Chile; UNIMINUTO, sucursal Bello, Colombia; Parea Surinam, Surinam; RedGayLatino, México; Federación LGBT Argentina, Argentina; Asociación Entre Amigos, El Salvador; Venezuela Igualitaria, Venezuela; SOMOS GAY, Paraguay; Colectivo Ovejas Negras, Uruguay; CIPAC, Costa Rica; Fundació Sida I Societat, Guatemala; MANODIVERSA, Bolivia; Grupo Génesis Panamá, Panamá; Fundación Equidad Ecuatoriana, Ecuador; Centro de Educación y Prevención del SIDA, Nicaragua; Asociación Kukulcán, Honduras. Un agradecimiento especial a Grindr y PlanetRomeo, quienes enviaron mensajes instantáneos gratuitos a sus usuarios para la promoción de encuestas.

14. DISCLAIMER

Este documento ha sido elaborado en el marco de la promoción y apoyo ofrecido por el Comité Editorial para el Estudio LAMIS (CELAMIS). El contenido de este documento es responsabilidad exclusiva de los autores y no puede considerarse en ningún caso como reflejo de la posición del CELAMIS.

15. REFERENCIAS

1. Wright M da GM, Gliksman L, Khenti A, Furegato ARF. Investigación sobre el fenómeno de las drogas bajo el abordaje de los estudios multicéntricos en América Latina y Caribe. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2009 [cited 2021 Mar 27];17(spe):759–61. Available from: www.camh.net
2. Arriagada I, Hopenhayn M. Producción, tráfico y consumo de drogas en América Latina. [Internet]. Serie 41 políticas sociales, División de desarrollo social, CEPAL. 2000 [cited 2021 Mar 27]. Available from: https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/5974/S0000001_es.pdf
3. Barot GC. El paradigma de la reducción de riesgos: hacia una nueva política sobre drogas. *EGUZKILORE*. 2002;16:93–103.
4. Velásquez D, Friman N, González M. Programas de reducción de daños en las adicciones, un dilema ético. *ccm* [Internet]. 2016 [cited 2021 Mar 27];20(4). Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812016000400017
5. Bosque-Prous M, Brugal MT. Intervenciones de reducción de daños en usuarios de drogas: situación actual y recomendaciones. Vol. 30, *Gaceta Sanitaria*. Ediciones Doyma, S.L.; 2016. p. 99–105.
6. Fernández-Dávila P, Zaragoza Lorca K. Hombres jóvenes que tienen sexo con hombres: ¿un colectivo en alto riesgo para la infección por el VIH? *Gac Sanit* [Internet]. 2011 [cited 2023 May 31];25(5):372–8. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112011000500006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
7. Bourne A, Reid D, Hickson F, Weatherburn P. Illicit drug use in sexual settings (‘ chemsex ’) and HIV / STI transmission risk behaviour among gay men in South London : findings from a qualitative study. 2015;564–8.
8. Ávila R, Casero P, Cetó J, Fernández-Dávila P, Roca-Balagué S, Mora R, et al. ChemSex Support. Una respuesta desde y para la comunidad LGTB. [Internet]. 2017. Available from: <https://chemsex.info/wp-content/uploads/2018/02/chemsex-dossier.pdf>
9. Milhet M, Shah J, Madesclaire T, Gaissad L. Chemsex experiences: narratives of pleasure. *Drugs and Alcohol Today*. 2019 Mar 4;19(1):11–22.
10. Deimel D, Stöver H, Hößelbarth S, Dichtl A, Graf N, Gebhardt V. Drug use and health behaviour among German men who have sex with men: Results of a qualitative, multi-centre study. *Harm Reduct J* [Internet]. 2016;13(1):36. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27938393>
11. da Silva GAP, Pereira CP, Pinto MS de S. “Drugs are a taboo”: a qualitative and retrospective study on the role of education and harm reduction

- strategies associated with the use of psychoactive substances under the age of 18. *Harm Reduct J*. 2021 Dec 1;18(1).
12. Austin T, Boyd J. Having a voice and saving lives: a qualitative survey on employment impacts of people with lived experience of drug use working in harm reduction. *Harm Reduct J*. 2021 Jan 6;18(1):1.
 13. Adán E, Laket A, Arana X, Barriuso M, Bernabeu J, Blanc E, et al. De riesgos y placeres: manual para entender las drogas. [Internet]. Editorial. Martínez D, Pallarés J, editors. Políticas de drogas en España. Lleida, España; 2013 [cited 2021 Apr 27]. 181–195, 283–293 p. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=656489>
 14. Olives Thompson G. Slowly Learning the Hard Way: U.S. America's War on Drugs And Implications for Mexico. *Norteamérica*. 2014;9(2):59–85.
 15. Barbu A, Cincu A-E. War on drugs in latin america -a failed war? Colombia - The learned lesson. *Public Adm Soc Policies Rev* [Internet]. 2014 [cited 2021 May 6];1(12):107–19. Available from: https://revad.uvvg.ro/files/nr12/7.Cincu_Barbu.pdf
 16. Guevara Latorre JP. El Plan Colombia o el desarrollo como seguridad. *Rev Colomb Sociol* [Internet]. 2015 Oct 1 [cited 2021 Jul 8];38(1):63–82. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-159X2015000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=es
 17. Latin American Commission on Drugs and Democracy. Drugs and Democracy: Toward a paradigm shift [Internet]. 2009 [cited 2021 May 7]. 1–41 p. Available from: http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2016/06/drugs-and-democracy_book_EN.pdf
 18. Mendiburo-Seguel A, Vargas S, Oyanedel JC, Torres F, Vergara E, Hough M. Attitudes towards drug policies in Latin America: Results from a Latin-American Survey. *Int J Drug Policy*. 2017 Mar 1;41:8–13.
 19. Ramírez S. Debate drogas: nuevas ideas y actores. *Desafíos* [Internet]. 2017 [cited 2021 May 7];29(2):329–52. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-40352017000200329
 20. Álvarez N, Pose N, Luján C. La política internacional de la regulación del cannabis en Uruguay. Un análisis de la respuesta uruguaya a los desafíos y oportunidades del régimen internacional de drogas. *Desafíos* [Internet]. 2017 Jun 22 [cited 2021 May 6];29(2):19–59. Available from: <http://orcid.org/0000-0002-4462-1189><http://orcid.org/0000-0002-4742-6696>Doi:<http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/desafios/a.5223>
<http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/desafios/a.5223>
 21. Ritter A, Cameron J. A review of the efficacy and effectiveness of harm reduction strategies for alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug Alcohol Rev* [Internet]. 2006 Nov 1 [cited 2021 May 10];25(6):611–24. Available from:

- <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1080/09595230600944529>
22. Baltzer F, Elliott A, Katzman D, Pinzon J, Sankaran K, Taddeo D, et al. Harm reduction: An approach to reducing risky health behaviours in adolescents. *Paediatr Child Health (Oxford)* [Internet]. 2008 [cited 2021 May 11];13(1):53–6. Available from: </pmc/articles/PMC2528824/>
 23. Amundsen EJ. Measuring effectiveness of needle and syringe exchange programmes for prevention of HIV among injecting drug users [Internet]. Vol. 101, *Addiction*. John Wiley & Sons, Ltd; 2006 [cited 2021 May 11]. p. 911–2. Available from: <http://isiknowledge.com>
 24. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Drug Consumption Rooms: An Overview of Provisions and Evidence. *Perspect Drugs* [Internet]. 2018 [cited 2021 Jul 8];1–8. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/publications/pods/drug-consumption-rooms_en
 25. Kerr T, Mitra S, Kennedy MC, McNeil R. Supervised injection facilities in Canada: Past, present, and future. *Harm Reduct J*. 2017 May 18;14(1).
 26. Folch C, Lorente N, Majó X, Parés-Badell O, Roca X, Brugal T, et al. Drug consumption rooms in Catalonia: A comprehensive evaluation of social, health and harm reduction benefits. *Int J Drug Policy*. 2018 Dec 1;62:24–9.
 27. Langendam MW, Van Brussel GHA, Coutinho RA, Van Ameijden EJC. The impact of harm-reduction-based methadone treatment on mortality among heroin users. *Am J Public Health* [Internet]. 2001 [cited 2021 May 11];91(5):774–80. Available from: </pmc/articles/PMC1446673/?report=abstract>
 28. Tizoc Marquez A, Rivera Fierro K, Rieke Campoy U, Cruz Palomares M. Reducción de daños como estrategia para el uso y abuso de sustancias en México: desafíos y oportunidades. *Ra Ximhai*. 2017;39–52.
 29. Menéndez E. Substances considered addictive: Prohibition, harm reduction and risk reduction. *Salud Colect* [Internet]. 2012 [cited 2021 May 17];8(1):9–24. Available from: <https://dialnet-unirioja-es.are.uab.cat/servlet/articulo?codigo=5468693>
 30. Hernández EM, Orozco IC, Ríos JD. Estado del Arte sobre el diseño, análisis y evaluación de Políticas de Reducción de Daño por Consumo de Sustancias Psicoactivas, en Europa y América entre 2003 a 2013. *Heal Addict y Drog*. 2017;17(2):5–16.
 31. Franco D. Gestión de riesgo y daño en el consumo de drogas: estudio de caso Bogotá [Internet]. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Derecho, Ciencias Sociales y Políticas; 2020 [cited 2021 May 7]. Available from: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/78499>
 32. The Global State of Harm Reduction 2022 - Harm Reduction International [Internet]. [cited 2023 Jul 8]. Available from: <https://hri.global/flagship-research/the-global-state-of-harm-reduction/the-global-state-of-harm->

reduction-2022/

33. Chem-Safe | Gestionar el placer y el riesgo [Internet]. 2021 [cited 2021 May 22]. Available from: <https://www.chem-safe.org/quien/gestionar-el-placer-y-el-riesgo/>
34. Kennett J, Matthews S, Snoek A. Pleasure and addiction. *Front Psychiatry* [Internet]. 2013 [cited 2021 May 22];4(SEP). Available from: </pmc/articles/PMC3782756/>
35. Hunt GP, Evans K, Kares F. Drug use and meanings of risk and pleasure. *J Youth Stud* [Internet]. 2007 Feb [cited 2021 May 22];10(1):73–96. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13676260600983668>
36. Hidalgo E. Hacia la Percepción de Riesgo Basada en la Evidencia. *Cent Doc CNA* [Internet]. 2004 [cited 2021 May 22]; Available from: <https://www.lasdrogas.info/opiniones/hacia-la-percepcion-de-riesgo-basada-en-la-evidencia/>
37. UNAIDS. Key population groups, including gay men and other men who have sex with men, sex workers, transgender people and people who inject drugs | UNAIDS [Internet]. 2022 [cited 2023 Apr 27]. p. 1–5. Available from: <https://www.unaids.org/en/topic/key-populations>
38. Desai M, Bourne A, Hope V, N Halkitis P. Sexualised drug use: LGTB communities and beyond. Vol. 55, *International Journal of Drug Policy*. 2018. 128–130 p.
39. Donnadieu-Rigole H, Peyrière H, Benyamina A, Karila L. Complications Related to Sexualized Drug Use: What Can We Learn From Literature? [Internet]. Vol. 14, *Frontiers in Neuroscience*. Frontiers Media S.A.; 2020 [cited 2021 May 26]. p. 1240. Available from: www.frontiersin.org
40. Jaspal R. Chemsex, Identity and Sexual Health among Gay and Bisexual Men. *Int J Environ Res Public Heal* 2022, Vol 19, Page 12124 [Internet]. 2022 Sep 25 [cited 2023 Apr 28];19(19):12124. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/19/12124/htm>
41. Strasser M, Halms T, Rütther T, Hasan A, Gertzen M. Lethal Lust: Suicidal Behavior and Chemsex—A Narrative Review of the Literature. *Brain Sci* 2023, Vol 13, Page 174 [Internet]. 2023 Jan 20 [cited 2023 Apr 27];13(2):174. Available from: <https://www.mdpi.com/2076-3425/13/2/174/htm>
42. Macdonald N, Sullivan AK, French P, White JA, Dean G, Smith A, et al. Risk factors for rectal lymphogranuloma venereum in gay men: results of a multicentre case-control study in the UK. [cited 2023 Sep 2]; Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/>
43. Race K, Murphy D, Pienaar K, Lea T. Injecting as a sexual practice: Cultural formations of ‘slamsex.’ *Sexualities*. 2021;
44. Schmidt AJ, Bourne A, Weatherburn P, Reid D, Marcus U, Hickson F. Illicit drug use among gay and bisexual men in 44 cities: Findings from the

- European MSM Internet Survey (EMIS). *Int J Drug Policy*. 2016 Dec 1;38:4–12.
45. Hickson F, Hickson F. Chemsex as edgework: towards a sociological understanding. *Sex Health* [Internet]. 2018 Jan 11 [cited 2023 Apr 29];15(2):102–7. Available from: <https://www.publish.csiro.au/sh/SH17166>
 46. Race K, Lea T, Murphy D, Pienaar K, Race K, Lea T, et al. The future of drugs: recreational drug use and sexual health among gay and other men who have sex with men. *Sex Health* [Internet]. 2016 Oct 7 [cited 2023 Mar 17];14(1):42–50. Available from: <https://www.publish.csiro.au/sh/SH16080>
 47. Tan RKJ, Wong CM, Chen MIC, Chan YY, Bin Ibrahim MA, Lim OZ, et al. Chemsex among gay, bisexual, and other men who have sex with men in Singapore and the challenges ahead: A qualitative study. *Int J Drug Policy* [Internet]. 2018 [cited 2023 Aug 1];61:31–7. Available from: www.elsevier.com/locate/drugpo
 48. Íncera-Fernández D, Román FJ, Moreno-Guillén S, Gámez-Guadix M. Understanding Sexualized Drug Use: Substances, Reasons, Consequences, and Self-Perceptions among Men Who Have Sex with Other Men in Spain. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(3).
 49. Wheatherburn P, Schmidt AJ, Marcus U, Hickson F, Reid D. The EMIS Network. EMIS 2017 - The European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey. Key findings from 50 countries. 2019.
 50. Nevendorff L, Schroeder SE, Pedrana A, Bourne A, Stoové M. Prevalence of sexualized drug use and risk of HIV among sexually active MSM in East and South Asian countries: systematic review and meta-analysis. *J Int AIDS Soc*. 2023 Jan 1;26(1).
 51. Cuervo F, Rocha D, Useche J, Gordillo C. CHEMSEX en Colombia. Informe – Échele Cabeza [Internet]. 2021 [cited 2021 May 29]. Available from: <https://www.echelecabeza.com/chem-sex-colombia-informe/>
 52. Torres TS, Bastos LS, Kamel L, Bezerra DRB, Fernandes NM, Moreira RI, et al. Do men who have sex with men who report alcohol and illicit drug use before/during sex (chemsex) present moderate/high risk for substance use disorders? *Drug Alcohol Depend*. 2020 Apr 1;209:107908.
 53. Queiroz AAFLN, Sousa AFL de, Brignol S, Araújo TME, Reis RK. Vulnerability to HIV among older men who have sex with men users of dating apps in Brazil. *Brazilian J Infect Dis*. 2019 Sep 1;23(5):298–306.
 54. De Sousa ÁFL, Queiroz AAFLN, Lima SVMA, Almeida PD, De Oliveira LB, Chone JS, et al. Chemsex practice among men who have sex with men (MSM) during social isolation from COVID-19: Multicentric online survey. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2020 Nov 20 [cited 2021 May 29];36(12). Available from: <https://www.scielo.br/j/csp/a/jB5K8h7mwjC8dTWkYwjGMvg/?lang=pt>
 55. Salusso D, Nuñez S, Cabrini M, Rolón MJ, Cahn P. Chemsex y uso de

- sustancias durante las relaciones sexuales: resultados de una encuesta realizada en Argentina. *Actual en Sida e Infectología* [Internet]. 2021 [cited 2021 May 29];28(103):40–50. Available from: <https://infectologia.info/revista/numero-103/chemsex-y-uso-de-sustancias-durante-las-relaciones-sexuales-resultados-de-una-encuesta-realizada-en-argentina/>
56. Lisboa C, Stuardo V. Aspects associated with sexualised drug use among gay men and other men who have sex with men: A cross-sectional study from the Latin America MSM Internet Survey 2018-Chile. *Sex Health*. 2020;17(6):493–502.
 57. Fernández-dávila P. ChemSex en España : Reflexiones sobre buena praxis y lecciones aprendidas. 2018;2018(April):58–62.
 58. Fish J, Almack K, Hafford-Letchfield T, Toze M. What Are LGBT+ Inequalities in Health and Social Support—Why Should We Tackle Them? *Int J Environ Res Public Heal* 2021, Vol 18, Page 3612 [Internet]. 2021 Mar 31 [cited 2023 Aug 1];18(7):3612. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/7/3612/htm>
 59. OPS/OMS. Determinantes sociales de la salud - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. *Latinoamerica*. 2019 [cited 2022 Jan 10]. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
 60. Halkitis PN, Singer SN. Chemsex and mental health as part of syndemic in gay and bisexual men. *Int J Drug Policy* [Internet]. 2018 May [cited 2018 Aug 8];55:180–2. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0955395918301026>
 61. Punishing drug use heightens the stigma of addiction - STAT [Internet]. [cited 2023 Aug 1]. Available from: <https://www.statnews.com/2021/08/03/punishing-drug-use-heightens-the-stigma-of-addiction/>
 62. Giorgetti R, Tagliabracci A, Schifano F, Zaami S, Marinelli E, Busardò FP. When “Chems” Meet Sex: A Rising Phenomenon Called “ChemSex.” *Curr Neuropharmacol* [Internet]. 2017 Jun 16 [cited 2021 Jul 14];15(5):762. Available from: </pmc/articles/PMC5771052/>
 63. Hernández D, Martínez R. La otra migración. Historias de discriminación de personas que vivieron con VIH en México. *Salud Ment* [Internet]. 2008;31(4):253–60. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252008000400002&lng=es
 64. Guimarães MDC, Kendall C, Magno L, Rocha GM, Knauth DR, Leal AF, et al. Comparing HIV risk-related behaviors between 2 RDS national samples of MSM in Brazil, 2009 and 2016: *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2018 May [cited 2018 Aug 8];97:S62--S68. Available from:

<http://insights.ovid.com/crossref?an=00005792-201805251-00004>

65. Burnham KE, Cruess DG, Kalichman MO, Grebler T, Cherry C, Kalichman SC. AIDS Care Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV Trauma symptoms, internalized stigma, social support, and sexual risk behavior among HIV-positive gay and bisexual MSM who have sought sex partners online. 2015 [cited 2023 Aug 1]; Available from: <https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=caic20>
66. Brooks RA, Swendeman D, Myers JJ, Comulada ; W Scott, Medich M, Kao UH, et al. Associations Between Social Support and Social Media Use Among Young Adult Cisgender MSM and Transgender Women Living With HIV. *Health Promot Pract*. 2020 Sep 1;21(5):705–15.
67. Pollitt AM, Muraco JA, Grossman AH, Russell ST. Disclosure Stress, Social Support, and Depressive Symptoms Among Cisgender Bisexual Youth. *J Marriage Fam* [Internet]. 2017 Oct 1 [cited 2023 Aug 1];79(5):1278–94. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jomf.12418>
68. Kretzschmar M. Sexual Network Structure and Sexually Transmitted Disease Prevention: A Modeling Perspective. *Sex Transm Dis* [Internet]. 2000;27(10). Available from: https://journals.lww.com/stdjournal/Fulltext/2000/11000/Sexual_Network_Structure_and_Sexually_Transmitted.11.aspx
69. Kay R, Tan J, Alsandria O'hara C, Koh WL, Le D, Tan A, et al. Social capital and chemsex initiation in young gay, bisexual, and other men who have sex with men: the pink carpet Y cohort study. [cited 2023 Aug 1]; Available from: <https://doi.org/10.1186/s13011-021-00353-2>
70. Zajacova A, Lawrence EM. The Relationship Between Education and Health: Reducing Disparities Through a Contextual Approach. *Annu Rev Public Heal* [Internet]. 2018 [cited 2023 Aug 1];39:273–89. Available from: <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth->
71. Amundsen E, Haugstvedt Å, Skogen V, Berg RC. Health characteristics associated with chemsex among men who have sex with men: Results from a cross-sectional clinic survey in Norway. *PLoS One*. 2022;17(10 October):1–16.
72. Leyva-Moral JM, Aguayo-González M, Mora R, Villegas L, Gómez-Ibáñez R, Mestres-Soler O, et al. Chemsex en Barcelona: Estudio cualitativo sobre factores asociados a la práctica, percepción del impacto en salud y necesidades de prevención. *Adicciones* [Internet]. 2023 Mar 15 [cited 2023 May 19];0(0). Available from: <https://adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/1790>
73. Fattore L, David Baler R, Marti M, Bohn A, Sander D, Köhler T, et al. Article 542301 (2020) Chemsex and Mental Health of Men Who Have Sex With Men in Germany. *Front. Psychiatry* [Internet]. 2020 [cited 2023 Aug 1];11:542301. Available from: www.frontiersin.org

74. Moreno-Gómez L, Hernández-Huerta D, Lahera G. Chemsex and Psychosis: A Systematic Review. *Behav Sci (Basel)*. 2022;12(12).
75. Poundstone KE, Strathdee SA, Celentano DD. The Social Epidemiology of Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome. *Epidemiol Rev* [Internet]. 2004 Jul 1 [cited 2021 Sep 28];26(1):22–35. Available from: <https://academic.oup.com/epirev/article/26/1/22/384205>
76. LAMIS-2018: Encuesta latinoamericana por internet en hombres que tienen sexo con hombres - Coalition PLUS [Internet]. [cited 2022 Nov 15]. Available from: <http://www.coalitionplus.org/lamis/>
77. Weatherburn P, Hickson F, Reid DS, Schink SB, Marcus U, Schmidt AJ. EMIS-2017 The European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey Key findings from 50 countries EMIS-2017 The European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey Other international financial contributions for EMIS-2017: Swedish Ministry of Health for recr [Internet]. 2014 [cited 2021 May 26]. Available from: www.ecdc.europa.eu
78. Reyes-Díaz M, Celly A, Folch C, Lorente N, Stuardo V, Veras MA, et al. Latin American Internet Survey for Men who have Sex with Men (LAMIS-2018): Design, methods and implementation. *PLoS One* [Internet]. 2022 Nov 1 [cited 2023 Mar 10];17(11):e0277518. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0277518>
79. Chen YT, Ibragimov U, Nehl EJ, Zheng T, He N, Wong FY. Validity of the CAGE questionnaire for men who have sex with men (MSM) in China. *Drug Alcohol Depend*. 2016 Mar 1;160:151–6.
80. Löwe B, Wahl I, Rose M, Spitzer C, Glaesmer H, Wingenfeld K, et al. A 4-item measure of depression and anxiety: Validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *J Affect Disord* [Internet]. 2010 [cited 2022 Jul 12];122(1–2):86–95. Available from: <https://read.qxmd.com/read/19616305/a-4-item-measure-of-depression-and-anxiety-validation-and-standardization-of-the-patient-health-questionnaire-4-phq-4-in-the-general-population>
81. Moreira J, Andrez, Moleiro C, Silva, Aguiar, Bernardes S. Questionário de apoio social (versão portuguesa do “Social Support Questionnaire”): Tradução e estudos de validade. *Rev Of la Asoc Iberoam diagnóstico y evaluación psicológica*. 1998;13:55–70.
82. Smolenski DJ, Diamond PM, Ross MW, Rosser BRS. Revision, Criterion Validity, and Multigroup Assessment of the Reactions to Homosexuality Scale. *J Pers Assess* [Internet]. 2010;92(6):568–76. Available from: <https://doi.org/10.1080/00223891.2010.513300>
83. Potenza MN, Giorgetti R, Zangani C, Filbey FM, Vilches JR, Taylor MB. A Multiple Correspondence Analysis of Patterns of CBD Use in Hemp and Marijuana Users. *Front Psychiatry* | www.frontiersin.org [Internet]. 2018 [cited 2023 Aug 2];1:624012. Available from: www.frontiersin.org

84. Ayele D, Zewotir T, Mwambi H. Multiple correspondence analysis as a tool for analysis of large health surveys in African settings. [cited 2023 Aug 2]; Available from: <http://dx.doi.org/10.4314/ahs.v14i4.35>
85. Soares Costa P, Santos NC, Cunha P, Cotter J, Sousa N. The Use of Multiple Correspondence Analysis to Explore Associations between Categories of Qualitative Variables in Healthy Ageing. *J Aging Res* [Internet]. 2013 [cited 2023 Aug 2];2013:12. Available from: <http://dx>.
86. Gower J, Lubbe S, Roux N le. Multiple Correspondence Analysis. *Underst Biplots*. 2010;365–403.
87. Sperandei S. Understanding logistic regression analysis. *Biochem Medica* [Internet]. 2014 [cited 2023 Aug 3];24(1):12–20. Available from: <http://dx.doi.org/10.11613/BM.2014.003>
88. Silva RR da, Neves MP das, Silva LA da, Silva MVG da, Hipólito RL, Marta CB. Consumo de Drogas Psicoativas em Contexto de Sexual entre Homens Gays como Fator de Risco para Transmissão de HIV/Aids. *Glob Acad Nurs J* [Internet]. 2020 Dec 31 [cited 2021 May 29];1(3):e57–e57. Available from: <https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200057>
89. Watson RJ, Park M, Taylor AB, Fish JN, Corliss HL, Eisenberg ME, et al. Associations Between Community-Level LGBTQ-Supportive Factors and Substance Use Among Sexual Minority Adolescents. *LGBT Heal* [Internet]. 2020 Feb 1 [cited 2023 Mar 29];7(2):82–9. Available from: </pmc/articles/PMC7138604/>
90. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas & Organización de los Estados Americanos. Informe sobre el Consumo de Drogas en las Américas 2019 [Internet]. Vol. 8, Ayan. 2019 [cited 2022 Sep 19]. Available from: <http://www.cicad.oas.org/main/pubs/Informe sobre el consumo de drogas en las Américas 2019.pdf>
91. Li HL, Zhao D, Liu YQ, Xu JW, Huang HZ, Jin Y, et al. Are There Neural Overlaps of Reactivity to Illegal Drugs, Tobacco, and Alcohol Cues? With Evidence From ALE and CMA. *Front Psychiatry*. 2022 Apr 6;13:561.
92. Pan American Health Organization. Drug use epidemiology in Latin America and the Caribbean: a public health approach. [Internet]. Washington, D.C.: Pan American Health Organization; 2009 [cited 2019 Oct 12]. Available from: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/drug_use_epidemiology_web.pdf
93. Kelly BF, Nappe TM. Cannabinoid Toxicity. *StatPearls* [Internet]. 2019 [cited 2022 Aug 15]; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29489164/>
94. García-Montes JM, Pérez-Álvarez M, Sánchez-Moya MÁ, Torres JAC, Carreno DF, Garcelán SP, et al. Ecstasy (MDMA): A rebellion coherent with the system. *Nordisk Alkohol Nark* [Internet]. 2021 Feb 1 [cited 2022 Aug 15];38(1):89–102. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35309091/>
95. Camarotti A. Individualmente juntos. Tensiones en las identidades juveniles

- en torno al consumo de éxtasis y la cultura dance. *Apunt Investig del CECYP*. 2014;24(1):80–117.
96. Stone K, Shirley-Beavan S. *The Global State of Harm Reduction 2018*. HRI [Internet]. 2018 [cited 2021 May 21];20–165. Available from: www.hri.global
 97. Degenhardt L, Peacock A, Colledge S, Leung J, Grebely J, Vickerman P, et al. Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of HIV, HBV, and HCV in people who inject drugs: a multistage systematic review. *Lancet Glob Heal* [Internet]. 2017 Dec 1 [cited 2022 Aug 15];5(12):e1192–207. Available from: <http://www.thelancet.com/article/S2214109X17303753/fulltext>
 98. Rodríguez-Bolaños R, Baruch-Dominguez R, Arillo-Santillán E, Yunes-Díaz E, Rivera-Rivera L, Cruz-Jiménez L, et al. Latent Class Analysis of Polysubstance Use and Sexual Risk Behaviors among Men Who Have Sex with Men Attending Sexual Health Clinics in Mexico City. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022 Jul 1 [cited 2022 Sep 19];19(14). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35886704/>
 99. Miltz AR, Rodger AJ, Sewell J, Gilson R, Allan S, Scott C, et al. Recreational drug use and use of drugs associated with chemsex among HIV-negative and HIV-positive heterosexual men and women attending sexual health and HIV clinics in England. *Int J Drug Policy*. 2021 May 1;91:103101.
 100. Hampel B, Kusejko K, Kouyos RD, Böni J, Flepp M, Stöckle M, et al. Chemsex drugs on the rise: a longitudinal analysis of the Swiss HIV Cohort Study from 2007 to 2017. *HIV Med* [Internet]. 2020 Apr 1 [cited 2022 Aug 18];21(4):228–39. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31849182/>
 101. Omote M. Pharmacological profiles of sildenafil (VIAGRA(TM)) in the treatment of erectile dysfunction: Efficacy and drug interaction with nitrate [Internet]. Vol. 114, *Folia Pharmacologica Japonica*. Nihon Yakurigaku Zasshi; 1999 [cited 2021 Jul 14]. p. 213–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10584234/>
 102. Coll J, Fumaz CR. Drogas recreativas y sexo en hombres que tienen sexo con hombres: chemsex. {Riesgos}, problemas de salud asociados a su consumo, factores emocionales y estrategias de intervención. *Rev Enf Emerg*. 2016;15(2):77–84.
 103. Maxwell S, Shahmanesh M, Gafos M. Pre-exposure prophylaxis (PrEP) uptake and adherence experiences of gay and bisexual men who engage in chemsex: A qualitative study. *Int J Drug Policy* [Internet]. 2022 May 1 [cited 2022 Aug 19];103. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35231668/>
 104. Puppo C, Spire B, Morel S, Génin M, Béniguel L, Costagliola D, et al. How PrEP users constitute a community in the MSM population through their specific experience and management of stigmatization. The example of the

- French ANRS-PREVENIR study. *AIDS Care* [Internet]. 2020 May 13 [cited 2022 Oct 10];32(sup2):32–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32174136/>
105. Torres TS, Konda KA, Vega-Ramirez EH, Elorreaga OA, Diaz-Sosa D, Hoagland B, et al. Factors Associated With Willingness to Use Pre-Exposure Prophylaxis in Brazil, Mexico, and Peru: Web-Based Survey Among Men Who Have Sex With Men. *JMIR Public Heal Surveill* 2019;5(2)e13771 <https://publichealth.jmir.org/2019/2/e13771> [Internet]. 2019 Jun 17 [cited 2022 Oct 10];5(2):e13771. Available from: <https://publichealth.jmir.org/2019/2/e13771>
 106. Adrian P. C, Stuardo Á. V. Aceptabilidad a usar profilaxis pre-exposición para VIH en hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres: indagación en LAMIS 2018 Chile. *Rev Chil infectología* [Internet]. 2021 Oct 1 [cited 2022 Sep 19];38(5):655–66. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182021000500655&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 107. Flores Anato JL, Panagiotoglou D, Greenwald ZR, Trottier C, Vaziri M, Thomas R, et al. Chemsex practices and pre-exposure prophylaxis (PrEP) trajectories among individuals consulting for PrEP at a large sexual health clinic in Montréal, Canada (2013-2020). *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2021 Sep 1 [cited 2022 Aug 19];226. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34218004/>
 108. Viamonte M, Ghanooni D, Reynolds JM, Grov C, Carrico AW. Running with Scissors: a Systematic Review of Substance Use and the Pre-exposure Prophylaxis Care Continuum Among Sexual Minority Men [Internet]. Vol. 19, *Current HIV/AIDS Reports*. Springer; 2022 [cited 2023 Apr 28]. p. 235–50. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11904-022-00608-y>
 109. O Murchu E, Marshall L, Teljeur C, Harrington P, Hayes C, Moran P, et al. Oral pre-exposure prophylaxis (PrEP) to prevent HIV: a systematic review and meta-analysis of clinical effectiveness, safety, adherence and risk compensation in all populations. *BMJ Open*. 2022;12(5):e048478.
 110. Jansen K, Steffen G, Potthoff A, Schuppe AK, Beer D, Jessen H, et al. STI in times of PrEP: high prevalence of chlamydia, gonorrhoea, and mycoplasma at different anatomic sites in men who have sex with men in Germany. *BMC Infect Dis* [Internet]. 2020 Feb 7 [cited 2023 Sep 6];20(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32033533/>
 111. *Global AIDS Strategy 2021-2026 | UNAIDS* [Internet]. [cited 2023 May 19]. Available from: <https://www.unaids.org/en/Global-AIDS-Strategy-2021-2026>
 112. *Community-led AIDS responses — Final report based on the recommendations of the multistakeholder task team | UNAIDS* [Internet]. [cited 2023 May 19]. Available from: <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2022/MTT-community-led->

responses

113. Declaración política sobre el VIH y el sida: acabar con las desigualdades y estar en condiciones de poner fin al sida para 2030 | ONUSIDA [Internet]. [cited 2023 May 19]. Available from: https://www.unaids.org/es/resources/documents/2021/2021_political-declaration-on-hiv-and-aids
114. Whitlock GG, Protopapas K, Bernardino JI, Imaz A, Curran A, Stingone C, et al. Chems4EU: chemsex use and its impacts across four European countries in HIV-positive men who have sex with men attending HIV services. *HIV Med* [Internet]. 2021 Nov 1 [cited 2022 Aug 18];22(10):944–57. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/hiv.13160>
115. Frankis J, Flowers P, McDaid L, Bourne A. Low levels of chemsex among men who have sex with men, but high levels of risk among men who engage in chemsex: analysis of a cross-sectional online survey across four countries. *Sex Health* [Internet]. 2018 [cited 2022 Aug 18];15(2):144–50. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29592829/>
116. Stangl AL, Earnshaw VA, Logie CH, Van Brakel W, Simbayi LC, Barré I, et al. The Health Stigma and Discrimination Framework: A global, crosscutting framework to inform research, intervention development, and policy on health-related stigmas. *BMC Med* [Internet]. 2019 Feb 15 [cited 2023 Sep 6];17(1):1–13. Available from: <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-019-1271-3>
117. Pakianathan M, Whittaker W, Lee MJ, Avery J, Green S, Nathan B, et al. Chemsex and new HIV diagnosis in gay, bisexual and other men who have sex with men attending sexual health clinics. *HIV Med*. 2018;19(7):485–90.
118. González-Baeza A, Dolengevich-Segal H, Pérez-Valero I, Cabello A, Téllez MJ, Sanz J, et al. Sexualized Drug Use (Chemsex) Is Associated with High-Risk Sexual Behaviors and Sexually Transmitted Infections in HIV-Positive Men Who Have Sex with Men: Data from the U-SEX GESIDA 9416 Study. *AIDS Patient Care STDS* [Internet]. 2018 Mar 1 [cited 2023 Apr 28];32(3):112–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29620925/>
119. Vermund SH, Wickersham JA, Grau LE, Tchounwou PB, Huff H V, Carcamo PM, et al. HIV and Substance Use in Latin America: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Heal* 2022, Vol 19, Page 7198 [Internet]. 2022 Jun 12 [cited 2022 Aug 15];19(12):7198. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/12/7198/htm>
120. Chile | ONUSIDA [Internet]. [cited 2023 Jul 11]. Available from: <https://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/chile>
121. Pública I de S. Resultados confirmación de infección por VIH. Chile, 2010 - 2018. [Internet]. Vol. 8, Componente vectorial. 2018 [cited 2022 Oct 10]. Available from: [https://www.ispch.cl/sites/default/files/BoletinChagas-26102018A \(2\).pdf](https://www.ispch.cl/sites/default/files/BoletinChagas-26102018A (2).pdf)

122. Stuardo V. La prevención olvidada: reemergencia del {VIH} en {Chile}. *Rev Chil infectología* [Internet]. 2017 [cited 2018 Aug 8];34(4):419–20. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182017000400419&lng=en&nrm=iso&tlng=en
123. Alvarado BE, Mueses HF, Galindo J, Martínez-Cajas JL. Application of the “syndemics” theory to explain unprotected sex and transactional sex: A crosssectional study in men who have sex with men (MSM), transgender women, and non-MSM in Colombia. *Biomedica* [Internet]. 2020 [cited 2022 Aug 19];40(2):391–403. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32673465/>
124. Oldenburg CE, Perez-Brumer AG, Reisner SL, Mimiaga MJ. Transactional Sex and the HIV Epidemic Among Men Who have Sex with Men (MSM): Results From a Systematic Review and Meta-analysis. *AIDS Behav* [Internet]. 2015 Dec 1 [cited 2023 Apr 29];19(12):2177–83. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10461-015-1010-5>
125. Oldenburg CE, Perez-Brumer AG, Reisner SL, Mayer KH, Mimiaga MJ, Hatzenbuehler ML, et al. Global Public Health An International Journal for Research, Policy and Practice Human rights protections and HIV prevalence among MSM who sell sex: Cross-country comparisons from a systematic review and meta-analysis. 2016 [cited 2023 Apr 29]; Available from: <https://doi.org/10.1080/17441692.2016.1149598>
126. Berg RC, Weatherburn P, Marcus U, Schmidt AJ. Links between transactional sex and HIV/STI-risk and substance use among a large sample of European men who have sex with men. *BMC Infect Dis*. 2019;19(1):1–9.
127. Uholyeva X, Pitoňák M. CHEMSEX USERS IN CZECHIA: EMIS SURVEY. *Cent Eur J Public Health* [Internet]. 2022 [cited 2023 Aug 1];30(2):86–92. Available from: <http://cejph.szu.cz/doi/10.21101/cejph.a6923.html>
128. Evers YJ, Geraets JJH, van Liere GAFS, Hoebe CJPA, Dukers-Muijters NHTM. Attitude and beliefs about the social environment associated with chemsex among MSM visiting STI clinics in the Netherlands: An observational study. *PLoS One* [Internet]. 2020 Jul 1 [cited 2022 Aug 19];15(7). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32609770/>
129. de Viñaspre-Hernández RR, Santolalla-Arnedo I, Garrido-Santamaría R, Czapla M, Tejada-Garrido CI, Sánchez-González JL, et al. Impact of Social Determinants of Health on Women’s Satisfaction with Their Sexual Life and Its Relationship with the Use of Psychotropic Drugs: A Cross-Sectional Study. *J Clin Med* 2022, Vol 11, Page 2320 [Internet]. 2022 Apr 21 [cited 2023 Sep 5];11(9):2320. Available from: <https://www.mdpi.com/2077-0383/11/9/2320/htm>
130. Yao MZ, Carrà G, Piacentino D, Obarska K, Szymczak K, Lewczuk K, et al. Threats to Mental Health Facilitated by Dating Applications Use Among Men Having Sex With Men. *Front Psychiatry* | www.frontiersin.org [Internet]. 2020

- [cited 2023 Apr 28];11:584548. Available from: www.frontiersin.org
131. Gerymski R, Magoń W. Chemsex and Sexual Well-Being in Young Polish Men. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(12):6163.
 132. Íncera-Fernández D, Gámez-Guadix M, Moreno-Guillén S. Mental Health Symptoms Associated with Sexualized Drug Use (Chemsex) among Men Who Have Sex with Men: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2022 Aug 18];18(24). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34948907/>
 133. Evens E, Lanham M, Santi K, Cooke J, Ridgeway K, Morales G, et al. Experiences of gender-based violence among female sex workers, men who have sex with men, and transgender women in Latin America and the Caribbean: a qualitative study to inform HIV programming. *BMC Int Health Hum Rights* [Internet]. 2019 Mar 5 [cited 2022 Aug 19];19(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30832664/>
 134. Davis JP, Tucker JS, Dunbar MS, Pedersen ER, D'Amico EJ. Effects of homophobic name-calling and verbal sexual harassment on substance use among young adults. *Aggress Behav* [Internet]. 2021 Jan 1 [cited 2023 Mar 29];47(1):5–16. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32818294/>
 135. Coulter RWS, Egan JE, Kinsky S, Friedman MR, Eckstrand KL, Frankeberger J, et al. Mental health, drug, and violence interventions for sexual/gender minorities: A systematic review. *Pediatrics* [Internet]. 2019 Sep 1 [cited 2023 Apr 29];144(3):20183367. Available from: [/pediatrics/article/144/3/e20183367/38428/Mental-Health-Drug-and-Violence-Interventions-for](https://pediatrics/article/144/3/e20183367/38428/Mental-Health-Drug-and-Violence-Interventions-for)
 136. Kidd JD, Paschen-Wolff MM, Mericle AA, Caceres BA, Drabble LA, Hughes TL. A scoping review of alcohol, tobacco, and other drug use treatment interventions for sexual and gender minority populations. *J Subst Abuse Treat* [Internet]. 2022 Feb 1 [cited 2023 Apr 29];133. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34175174/>
 137. Flores-Aranda J, Goyette M, Larose-Osterrath C. Online intervention as strategy to reach men who have sex with other men and who use substances in a sexual context. Development of the Monbuzz.ca project. *Front Psychiatry*. 2019;10:183.

16. ANEXOS

16.1 Artículo Revista PLOS ONE (aceptado)

Notification of Formal Acceptance for PONE-D-23-00802R2 - [EMID:a65e9e6423a2b352]

PLOS ONE <em@editorialmanager.com>
para mí ▾

jue, 15 jun, 23:41

You are being carbon copied ("cc:d") on an e-mail "To" "Valeria Stuardo" valeria.stuardo@unab.cl
CC: lisboadonoso@gmail.com, cfolch@iconcologia.net

PONE-D-23-00802R2

Sexualized drug use among gay men and other men who have sex with men in Latin America: A description of the phenomenon based on the results of LAMIS-2018.

Dear Dr. Stuardo:

I'm pleased to inform you that your manuscript has been deemed suitable for publication in PLOS ONE. Congratulations! Your manuscript is now with our production department.

If your institution or institutions have a press office, please let them know about your upcoming paper now to help maximize its impact. If they'll be preparing press materials, please inform our press team within the next 48 hours. Your manuscript will remain under strict press embargo until 2 pm Eastern Time on the date of publication. For more information please contact onepress@plos.org.

If we can help with anything else, please email us at plosone@plos.org.

Thank you for submitting your work to PLOS ONE and supporting open access.

Kind regards,
PLOS ONE Editorial Office Staff

on behalf of
Dr. Daniel Demant
Academic Editor
PLOS ONE

PLOS ONE

Sexualized drug use among gay men and other men who have sex with men in Latin America: A description of the phenomenon based on the results of LAMIS-2018.

--Manuscript Draft--

Manuscript Number:	PONE-D-23-00802R2
Article Type:	Research Article
Full Title:	Sexualized drug use among gay men and other men who have sex with men in Latin America: A description of the phenomenon based on the results of LAMIS-2018.
Short Title:	Sexualized drug use among gay men and other MSM in Latin America: A description based on LAMIS-2018.
Corresponding Author:	Valeria Stuardo, Ph.D. Universidad Andres Bello Santiago, CHILE
Keywords:	HIV; SDU; Chemsex; STIs
Abstract:	<p>Introduction: Sexualized drug use (SDU) to enhance and extend sexual relations may involve risks of substances abuse (intoxication, interactions and overdose) and higher exposure to HIV and other sexually transmitted infections. There are inconsistencies in the methodology and findings of previous research on SDU in Latin America (LA), and more studies are required. The purpose of this research was to characterize SDU in gay men and other men who have sex with men from 18 LA countries, and describe the aspects by comparing people who practice and do not practice SDU, at the general and country levels.</p> <p>Material and methods: Cross-sectional study based on the data collected by LAMIS-2018. Dependent variable was SDU (last 12 months), and the independent variables were: drug use (in any context/in sexual context), sociodemographic, socioepidemiological, and psychosocial aspects. A descriptive analysis was carried out, comparing those who practiced and did not practice SDU.</p> <p>Results: LAMIS-2018 included 64,655 participants, averaging 30 years of age. 13.6% declared having practiced SDU (6.6% with multiple partners). In the last sexual encounter the most commonly used drugs were cannabis (9.3%), poppers (6%), and Viagra (5.4%), and in the last encounter with multiple partners, poppers (19.7%), cannabis (17%), and Viagra (13.2%). HIV diagnosis was reported by 27% of people practicing SDU, vs. 14.3% in the other group. Severe anxiety-depression symptoms were more common among people practicing SDU (9.2% vs. 7%), as were the episodes of homophobic intimidation (52.6% vs. 48.2%), insults (34.4% vs. 28.6%), and aggression (4.1% vs. 3.0%).</p> <p>Conclusions: SDU was reported by a high percentage of people, with a predominance of the use of drugs related to sexual practice, and others for recreational use. Aspects described as the higher proportion of self-reported HIV diagnosis and severe symptoms of anxiety-depression among those who practiced SDU, show that is necessary to implement preventive strategies to reduce the harmful impacts that can sometimes result from this practice, including harm reduction policies, promote access to mental health services and support in situations of homophobia and stigma.</p>
Order of Authors:	Cristian Lisboa, M.D. Valeria Stuardo, PhD Cinta Folch, PhD

16.2 Cuestionario Estudio LAMIS-2018

Esta sección contiene el texto completo de la versión del cuestionario LAMIS, incluido el texto introductorio, textos de salida y encabezados de página (estas últimas, en letras MAYUSCULAS EN NEGRITA).

Las preguntas se han numerado secuencialmente (precedidas por la letra "Q") y no aparecían en la pantalla.

Una condicional antes de una pregunta (por ejemplo, si Q005 = 1) especifica si se respondió una pregunta y se relaciona sólo con esa pregunta. Una condicional antes de un encabezado de página, especifica si la página entera fue respondida o no y se relaciona con todas las preguntas de esa página (es decir, hasta el siguiente encabezado de página).

Las condicionales y notas entre corchetes ([]) no aparecían en la pantalla.

Las palabras en diple (<>) se refieren a la respuesta a una pregunta anterior.

[TEXTO INTRODUCTORIO]

LAMIS: Encuesta Latinoamericana por Internet para Hombres que tienen Sexo con Hombres 2018

¡Bienvenido a esta encuesta dirigida a hombres gays, bisexuales y otros hombres que se sienten atraídos por hombres en América Latina! (LAMIS2018)

Por favor, participa del estudio SOLAMENTE si eres hombre u hombre transgénero, si tienes por lo menos 18 años de edad, y si:

- tienes sexo con hombres, ó
- te sientes atraído por otros hombres, ó
- piensas que podrías tener relaciones sexuales con otros hombres en el futuro.

¿Qué es LAMIS 2018?

Es una encuesta anónima y online, dirigida a hombres gays, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres en América Latina. Busca proporcionar evidencia sobre su salud sexual y acceso a información y servicios, que pueda ser utilizada para mejorar las políticas públicas y las acciones de las organizaciones enfocadas en esta comunidad. La encuesta recolecta información sobre las relaciones, la vida sexual, los riesgos y precauciones, y el uso de los servicios de salud.

¿Cuánto tiempo te tomará hacer la encuesta?

La mayoría de participantes toman entre 15 y 25 minutos para completarla. La encuesta es voluntaria, por lo que la puedes empezar y retirarte en cualquier momento. Si te retiras antes de terminarla, la información que habías proporcionado se borrará.

Como no se colectan datos identificatorios (por ejemplo, dirección IP), no se puede comenzar la encuesta y terminarla después. Si deseas participar en este momento, asegúrate de tener suficiente tiempo y, si participas desde tu celular o tablet, tener suficiente energía de la batería. Si deseas participar, pero no tienes tiempo en este momento, conserva el enlace para completarla cuando tengas tiempo.

¿Por qué es importante que participes?

Todos queremos que nuestras relaciones sexuales sean más seguras y placenteras; y si participas, puedes adquirir nuevas perspectivas sobre tu sexualidad y salud. Asimismo, la información que proporcionas,

contribuirá a tener una visión más amplia y actualizada sobre la situación de tu comunidad, lo que servirá para generar mejoras en los servicios sociales y de salud.

No existen riesgos significativos asociados a tu participación, aunque algunas preguntas puedan ser sentidas como sensibles y/o privadas.

¿Quién organiza y dirige el estudio?

LAMIS 2018 es una adaptación de la encuesta EMIS 2017 (European Men who have sex with men Internet Survey), realizada en Europa por un grupo internacional de investigadores y trabajadores de salud de más de 40 países europeos, de institutos de salud pública, universidades y ONGs que trabajan en el ámbito del VIH, la salud de hombres gais y los derechos humanos.

LAMIS 2018 es implementada en América Latina por el Grupo de Trabajo Iberoamericano para el estudio LAMIS, conformada por organizaciones e investigadores de 4 países latinoamericanos (Brasil, Chile, Guatemala y Perú) y de entidades europeas: Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya (España), Robert Koch Institute (Alemania) e Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (Portugal). Este estudio cuenta con aprobaciones éticas de Brasil, Chile, Guatemala, Perú y Surinam para que sea realizado a nivel continental.

Si tienes preguntas y/o comentarios, puedes contactar por vía electrónica a las siguientes direcciones: en Perú, Dr. Carlos Cáceres, Universidad Peruana Cayetano Heredia (carlos.caceres@upch.pe); en Chile, Dra. Valeria Stuardo, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile (vstuardo@med.uchile.cl); en Brasil, Dra. Maria Veras, Facultad de Ciencias Médicas de la Santa Casa de Sao Paulo (maria.veras@gmail.com); y en Guatemala, Elsy Camey de la Fundación Sida y Sociedad (ecamey@sidaiesocietat.org).

¿Hay alguna forma de identificarme en la información que se me pide?

No se pregunta por datos personales que permitan identificar a los participantes. Tampoco se recoge la dirección de TC/IP de tu computador o dispositivo, ni se instalan cookies en él (justamente por ello, no hay forma de regresar a la encuesta si se deja sin terminar; se tiene que completar la encuesta en una sesión no se puede cerrar la sesión y volver más tarde, porque el contenido se perderá).

¿Cómo se almacenará la información? ¿cómo se analizará?

La información se almacenará de forma segura en un servidor especializado, en Inglaterra. Luego de terminado el periodo de promoción de la encuesta, los datos serán analizados por el equipo de investigadores, con miras a generar: (a) un análisis de información a nivel de América Latina; y (b) un análisis de información a nivel de país.

¿Cuándo puedo ver los resultados?

Los resultados estarán disponibles a partir de diciembre de 2018. Se podrá acceder a ellos en la página web de la encuesta: www.lamis.org

Por favor, completa esta encuesta UNA SOLA VEZ.

Si deseas participar, por favor, responde a las siguientes dos preguntas:

Q001 ¿Has leído y entendido la información descrita arriba?

PREGUNTA OBLIGATORIA

1 = No

2 = Sí

[Si Q001=1, **PÁGINA DE SALIDA NO CONSENTIMIENTO**: Debes confirmar que has leído y entendido la información de la página anterior para participar en esta encuesta. Por favor, regresa a la página anterior para hacer esto.

De lo contrario, gracias por tu interés en LAMIS, los primeros resultados estarán disponibles a finales del 2018. Puedes obtener más información en www.lamis.org]

Q002 ¿Tienes 18 años o más?

PREGUNTA OBLIGATORIA

- 1 = No
- 2 = Sí

[Si Q002=1, PÁGINA DE SALIDA NO EDAD PARA CONSENTIMIENTO: Lamentablemente, debes haber cumplido los 18 años de edad para participar en esta encuesta.

Gracias por tu interés en LAMIS, los primeros resultados estarán disponibles a finales del 2018. Puedes obtener más información en www.lamis.org.]

Para empezar...

Q004 ¿Cuál es tu actual identidad de género?

PREGUNTA OBLIGATORIA

- 1 = Hombre
- 2 = Hombre transexual
- 3 = Mujer
- 4 = Mujer transexual
- 5 = Género no binario

[Indicar 1 o 2 calificaba para seguir participando de la encuesta, así que no hay casos perdidos en esta variable]

[Si Q004=3, 4 o 5]

Q005 Esta encuesta es para personas que se identifican como hombres (hombres cuya identidad de género y sexo biológico coinciden, y hombres trans). Te invitamos a leer y completar el resto de la encuesta, pero no podremos utilizar tus datos. ¿Qué te gustaría hacer?

- 1 = Salir de la encuesta ahora
- 2 = Continuar leyendo la encuesta

[Si Q005=1, PÁGINA DE SALIDA IDENTIDAD DE GÉNERO: Gracias por tu interés en LAMIS, los primeros resultados estarán disponibles a finales del 2018. Puedes obtener más información en www.lamis.org]

Q006 ¿Qué sexo te asignaron al nacer?

- 1 = Hombre
- 2 = Mujer
- 3 = Prefiero no decirlo

Q007LAMIS ¿Qué edad tienes?

PREGUNTA OBLIGATORIA

[Muestra un desplegable en años]

Q007in5s VARIABLE RECODIFICADA. Edad en rangos de 5 años.

[Los casos que indicaban 90 años o más fueron tratados como valores atípicos y están como casos perdidos en esta variable (es decir, están codificados -1)].

Q007in10s VARIABLE RECODIFICADA. Edad en rangos de 10 años.

[Los casos que indicaban 90 años o más fueron tratados como valores atípicos y están como casos perdidos en esta variable (es decir, están codificados -1)].

Q007in5Slamis VARIABLE RECODIFICADA. Edad en rangos de 5 años, con el último grupo de 60 a más años

Sobre dónde vives

Q008 ¿En qué país vives?

PREGUNTA OBLIGATORIA

[No hay casos perdidos en esta variable]

[Ver Anexo 1: Conjunto de respuestas del país de residencia y de nacimiento]]

Q008_TLD18 VARIABLE RECODIFICADA. Código de país.

[Esta variable proporciona una abreviatura para el país de residencia, utilizando las dos letras de los códigos de dominio de Internet para los países. Estos están ordenados alfabéticamente y, por lo tanto, no están en el mismo orden que los nombres de países en inglés en Q008]

- AR [Argentina]
- BO [Bolivia]
- BR [Brasil]
- CL [Chile]
- CO [Colombia]
- CR [Costa Rica]
- EC [Ecuador]
- GT [Guatemala]
- HN [Honduras]
- MX [México]
- NI [Nicaragua]
- PA [Panamá]
- PE [Perú]
- PY [Paraguay]
- SR [Surinam]
- SV [El Salvador]
- UY [Uruguay]
- VE [Venezuela]

Q008_group2 VARIABLE RECODIFICADA. Región de procedencia.

[Agrupación de algunos países por criterios geográficos, históricos y/o políticos]

- 1 = Brasil
- 2 = Región andina y Surinam
- 3 = México
- 4 = Países del Cono Sur
- 5 = Centro América

[Si Q008 no es un país participante de LAMIS]

Q009 Desafortunadamente, esta encuesta no recoge datos del país donde vives. Te invitamos a que leas y completes el resto de la encuesta, pero no podremos utilizar tus datos. ¿Qué te gustaría hacer?

- 1 = Salir de la encuesta ahora
- 2 = Continuar leyendo la encuesta

[Si Q009 = 1, PÁGINA DE SALIDA PAÍSES: Gracias por tu interés en LAMIS, los primeros resultados estarán disponibles a finales del 2018. Puedes obtener más información en www.lamis.org]

Q010_xx ¿En qué [estado, departamento, provincia o distrito] vives?

[Ver Anexo 1, conjunto de respuestas para el estado, departamento, provincia o distrito del país donde vive]

Q011 ¿Cómo describirías el lugar donde vives?

- 1. Una ciudad muy grande (un millón o más habitantes)
- 2. Una gran ciudad (500.000 999.999 habitantes)
- 3. Una ciudad de tamaño mediano (100.000 499.999 habitantes)
- 4. Una ciudad pequeña (10.000 99.999 habitantes)
- 5. Un pueblo o zona rural (menos de 10.000 habitantes)

Q011_city Ciudad de Residencia. VARIABLE DERIVADA Combina las respuestas de Q010 y Q011. Los códigos 111-141 son ciudades con poblaciones de 500,000 o más habitantes con más de 300 encuestados, y capitales de países y poblaciones que se cree tienen una alta presencia gay con más de 100 encuestados.

-2 = Otra ciudad (< 500,000 habitantes)

-1 = Otra ciudad (500,000 habitantes o más)

- 111. Asunción
- 112. Belo Horizonte
- 113. Bogotá
- 114. Brasilia
- 115. Buenos Aires
- 116. Cali
- 117. Caracas
- 118. Córdoba
- 119. Ecatepec
- 120. Guadalajara
- 121. Guatemala, Ciudad de
- 122. Guayaquil
- 123. Lima Metropolitana y Callao
- 124. Managua
- 125. Medellín
- 126. México, Ciudad de
- 127. Monterrey
- 128. Montevideo
- 129. Panamá, Ciudad de
- 130. Quito
- 131. Paramaribo
- 132. Puebla de Zaragoza
- 133. Rio de Janeiro
- 134. San José
- 135. Santa Cruz de la Sierra
- 136. Salvador da Bahía
- 138. Santiago
- 139. São Paulo
- 140. Tegucigalpa
- 141. Valparaíso

Tu país de nacimiento

Q012 ¿Naciste en <Q008>?

1=No

2=Sí

[Si Q012 = 1],

Q013 ¿En qué país naciste?

[ver Anexo 1: Conjunto de respuestas para el país de residencia y de nacimiento]]

Q013_continent Continente de origen. VARIABLE RECODIFICADA: país de nacimiento agrupado por continente.

Q013_RegionOrigin Región de origen. VARIABLE RECODIFICADA: país de nacimiento agrupado por región de la OMS.

[Si Q012 = 1],

Q014 ¿Cuántos años llevas viviendo en <Q008>?

1= Menos de un año
2= 1
3= 2
4= 3
[...]
110= 109
111= 110

[Si Q012 = 1],

Q015-Q023 ¿Por qué viniste a <Q008>? (Marca todas las que consideres)

Q015 Me trajeron cuando era niño.

1=No
2=Sí

Q016 Por estudios

1=No
2=Sí

Q017 Por trabajo

1=No
2=Sí

Q018 Para estar con una pareja

1=No
2=Sí

Q019 Para vivir abiertamente como gay/bisexual/trans

1=No
2=Sí

Q020 Para buscar asilo

1=No
2=Sí

Q021 Vine como refugiado

1=No
2=Sí

Q022 Me trajeron contra mi voluntad

1=No
2=Sí

Q023 Otra respuesta

1=No
2=Sí

[Si Q023 = 2],

Q024 Por favor, describe tu otra respuesta

[Respuesta escrita por el participante]

Tu sexualidad

Q025-Q029 ¿Por quiénes te sientes atraído sexualmente? (Marca todas las que consideres)

[Nota: Reemplaza la medida de atracción sexual simple (escala cuasi-Kinsey) que (a) supone que una mayor atracción homosexual significa una menor atracción heterosexual, y (b) excluye la atracción no-binaria].

Q025 Hombres

- 1=No
- 2=Sí

Q026 Mujeres

- 1=No
- 2=Sí

Q027 Personas no-binarias

- 1=No
- 2=Sí

Q028 No me siento atraído por nadie

- 1=No
- 2=Sí

Q025_Q028 ¿Por quiénes te sientes atraído sexualmente? VARIABLE COMPUESTA. Combina respuestas de Q025 a Q028 en 8 categorías.

1. Solo hombres
2. Solo mujeres
3. Solo personas no binarias
4. Solo hombres y mujeres
5. Solo hombres y personas no binarias
6. Solo mujeres y personas no binarias
7. Hombres, mujeres y personas no binarias
8. Ninguno

Q029 ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor tu orientación sexual?

1. Gay u homosexual
2. Bisexual
3. Heterosexual
4. Otra
5. No suelo usar ningún término

[Si Q025 = 2],

Q030 Piensa en las personas que te conocen, ¿qué proporción de ellas sabe que te sientes atraído por hombres?

1. Todas o casi todas
2. Más de la mitad
3. Menos de la mitad
4. Pocas
5. Ninguno

Cómo te sientes sobre tu vida sexual

Q031-Q032 ¿Estás de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones?

Q031 El sexo que tengo es siempre tan seguro como yo quiero que sea.

1. Totalmente en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. No estoy seguro
4. De acuerdo
5. Totalmente de acuerdo

Q032 Encuentro fácil decir 'no' al sexo que no quiero.

1. Totalmente en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. No estoy seguro
4. De acuerdo
5. Totalmente de acuerdo

Q033 En una escala del 1 al 10 (donde 1 es muy insatisfecho y 10 es muy satisfecho), ¿cuál sería tu nivel de satisfacción con tu vida sexual?

- 1= 1 (muy insatisfecho)
2= 2
[...]
9= 9
10= 10 (muy satisfecho)

Relaciones

Q034 ¿Tienes actualmente una 'pareja estable', ya sea un enamorado, novio, marido o concubino, lo cual significa que no estás 'soltero'?

1. No, no tengo una pareja estable (estoy soltero).
2. Sí, sí tengo una pareja estable
3. No estoy seguro/Es complicado decir si tengo una pareja

[Si Q034 = 1],

Q035 ¿Cuándo acabó tu relación de pareja más reciente?

1. Nunca he tenido una relación de pareja
2. En las últimas 24 horas
3. En los últimos 7 días
4. En las últimas 4 semanas
5. En los últimos 6 meses
6. En los últimos 12 meses
7. En los últimos 5 años
8. Hace más de 5 años

[Si Q034 = 2],

Q036-Q041 ¿Tienes actualmente una relación de pareja estable con...? (Marca todas las que consideres)

Q036 Un hombre

- 1=No
2=Sí

Q037 Más de un hombre

- 1=No
2=Sí

Q038 Una persona no binaria

- 1=No
- 2=Sí

Q039 Más de una persona no binaria

- 1=No
- 2=Sí

Q040 Una mujer

- 1=No
- 2=Sí

Q041 Más de una mujer

- 1=No
- 2=Sí

Q036_Q041. ¿Tienes actualmente una relación de pareja estable con...? **VARIABLE COMPUESTA. Combina respuestas de Q036 a Q041 en 4 categorías.**

1. Sólo un hombre
2. Más de un hombre (no mujeres/personas no-binarias)
3. Sólo una mujer
4. Todas las otras formas de relación de pareja estable

[Si Q036 = 2 o Q037=2],

Q042 ¿Cuántos años tienes de relación de pareja estable con este hombre? (Si tienes una relación estable con más de un hombre, por favor, dinos sobre la de más larga duración)

- 1= Menos de un año
- 2= 1
- 3= 2
- [...]
- 25= 24
- 26= 25
- 27= Más de 25 años

[Si Q036 = 2 o Q037=2],

Q043 ¿Tu pareja estable masculina tiene el VIH? (Si tienes una relación estable con más de un hombre, por favor, dinos sobre la de más larga duración)

1. No, él es VIH-negativo
2. Sí, y su carga viral es indetectable
3. Sí, y su carga viral es detectable
4. Sí, y no sé cuál es su carga viral
5. No sé si él tiene o no el VIH

[Si Q040 = 2 o Q041=2],

Tu relación con una mujer/mujeres

Q044 ¿Cuántos años has estado en una relación de pareja estable con esta mujer? (Si tienes una relación estable con más de una mujer, por favor, dinos sobre la de más larga duración)

- 1= Menos de un año
- 2= 1
- 3= 2
- [...]
- 25= 24

26= 25
27= Más de 25 años

Q045 ¿Tu pareja estable femenina tiene el VIH? (Si tienes una relación estable con más de una mujer, por favor, dinos sobre la de más larga duración)

1. No, ella es VIH-negativa
2. Sí, y su carga viral es indetectable
3. Sí, y su carga viral es detectable
4. Sí, y no sé cuál es su carga viral
5. No sé si ella tiene o no el VIH

[Si Q038 = 2 o Q039=2],

Tus relaciones con una persona/personas no-binaria(s)

Q046 ¿Cuántos años has estado en una relación de pareja estable con esta persona no-binaria? (Si tienes una relación estable con más de una persona no binaria, por favor, dinos sobre la de más larga duración)

1= Menos de un año
2= 1
3= 2
[...]
25= 24
26= 25
27= Más de 25 años

Q047 ¿Tu pareja estable no-binaria tiene el VIH? (Si tienes una relación estable con más de una persona no binaria, por favor, dinos sobre la de más larga duración)

1. No, esta persona es VIH-negativa
2. Sí, y su carga viral es indetectable
3. Sí, y su carga viral es detectable
4. Sí, y no sé cuál es su carga viral
5. No sé si tiene o no el VIH

¿Conocías la siguiente información sobre el VIH y la prueba del VIH?

Q048 ¿Cuándo fue la última vez que leíste o escuchaste alguna información sobre el VIH o las infecciones de transmisión sexual, específicamente para hombres gais, bisexuales u otros hombres que tienen sexo con hombres?

1. En las últimas 24 horas
2. En los últimos 7 días
3. En las últimas 4 semanas
4. En los últimos 6 meses
5. En los últimos 12 meses
6. En los últimos 5 años
7. Hace más de 5 años
8. Nunca

Q049-Q052 Las cuatro afirmaciones siguientes son todas VERDADERAS. **¿Conocías ya esta información?**

Q049 El SIDA está causado por el virus del VIH.

1. Ya la conocía
2. No estaba seguro
3. No la conocía
4. No la entiendo
5. No me la creo

Q050 Por el aspecto físico no puedes estar seguro de que alguien tenga o no el VIH.

1. Ya la conocía
2. No estaba seguro
3. No la conocía
4. No la entiendo
5. No me la creo

Q051 Existe un test diagnóstico que puede indicar si tienes o no el VIH.

1. Ya la conocía
2. No estaba seguro
3. No la conocía
4. No la entiendo
5. No me la creo

Q052 Si alguien adquiere el VIH, pueden pasar varias semanas antes de que pueda ser detectado en una prueba.

1. Ya la conocía
2. No estaba seguro
3. No la conocía
4. No la entiendo
5. No me la creo

¿Conocías la siguiente información sobre el tratamiento para el VIH?

Q053-Q055. Las tres afirmaciones siguientes son todas VERDADERAS. ¿Conocías ya esta información?

Q053 Actualmente no hay cura para la infección por el VIH.

1. Ya la conocía
2. No estaba seguro
3. No la conocía
4. No la entiendo
5. No me la creo

Q054 La infección por el VIH se puede controlar con un tratamiento de modo que su impacto en la salud sea menor.

1. Ya la conocía
2. No estaba seguro
3. No la conocía
4. No la entiendo
5. No me la creo

Q055 Una persona con el VIH que está en tratamiento efectivo (es decir, que tiene 'carga viral indetectable') no puede transmitir el virus a nadie durante las relaciones sexuales.

1. Ya la conocía
2. No estaba seguro
3. No la conocía
4. No la entiendo
5. No me la creo

Prueba del VIH

Q056 ¿Alguna vez has recibido el resultado de una prueba del VIH?

- 1=No
- 2=Sí

[Si Q056 = 2],

Q057 ¿Has recibido un resultado positivo en la prueba del VIH?

1=No (incluye a los hombres que nunca se hicieron la prueba del VIH).

2=Sí

Q057testhist Estado serológico según historia de la prueba del VIH. VARIABLE COMPUESTA. Combina respuestas de Q056 y Q057.

1. No se ha hecho la prueba

2. Diagnóstico positivo

3. Última prueba negativa

9. No contestó sobre la realización de la prueba o resultado positivo del VIH

[Si Q056 = 1],

Q058 ¿Alguna vez te han ofrecido realizarte la prueba del VIH en un servicio de salud?

1=No

2=Sí

3=No sé

[Si Q056 = 1],

Q059 ¿Sabes dónde podrías ir a hacerte una prueba del VIH?

1=No

2=Sí

3=No estoy seguro

[Si Q056 = 2],

Ser diagnosticado con el VIH

Q060 ¿En qué año recibiste el diagnóstico positivo para el VIH?

1= 1984

2= 1985

[...]

33= 2016

34= 2017

Q060years Número de años desde el diagnóstico del VIH. VARIABLE RECODIFICADA DE Q060.

Q061 ¿Te diagnosticaron positivo para el VIH en los últimos 12 meses?. VARIABLE RECODIFICADA.

1= No

2= Sí [incluye a todos los hombres diagnosticados en 2017]

[El denominador es personas con diagnóstico del VIH]

Q061new Diagnóstico positivo del VIH en los últimos 12 meses. VARIABLE COMPUESTA.

1. No tuvo diagnóstico positivo del VIH en los últimos 12 meses

2. Diagnóstico positivo del VIH en los últimos 12 meses

[El denominador es todos menos las personas diagnosticadas con el VIH hace más de 12 meses].

Q062 ¿Dónde recibiste el diagnóstico positivo para el VIH inicialmente?

1. Centro de salud público/Médico general o de familia

2. Clínica privada o mutualista/Médico privado o particular

3. En un hospital como un paciente ambulatorio

4. En un hospital al estar ingresado/hospitalizado

5. Una ONG u organización LGBT o del VIH
6. En un banco de sangre, durante una donación
7. Usé un kit de autorecogida de muestra (tomé mi propia muestra, luego la envié a un lugar para que fuera analizada)
8. Usé un kit de autotest (tomé mi propia muestra y tuve el resultado en el acto)
9. En un bar/pub, club o sauna
10. En una unidad móvil
11. En otro lugar

Q063 Cuando te diagnosticaron positivo para el VIH, ¿hasta qué punto estuviste satisfecho con el apoyo y la información que recibiste?

1. No recibí apoyo o información
2. Muy satisfecho
3. Satisfecho
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
6. No lo recuerdo/No pensé en ello

[Si Q057 = 2],

Seguimiento de tu infección por el VIH

Q064 ¿Cuándo fue la última vez que visitaste a un profesional de la salud para hacerte un seguimiento de tu infección por el VIH? (Por favor, contesta sobre la última vez que hiciste esto, incluso aunque no lo hagas con frecuencia)

1. En las últimas 24 horas
2. En los últimos 7 días
3. En las últimas 4 semanas
4. En los últimos 6 meses
5. En los últimos 12 meses
6. En los últimos 5 años
7. Hace más de 5 años
8. Nunca

Q065 ¿Has tomado alguna vez tratamiento antirretroviral (también conocido como TAR, TARV o TARGA) para tratar tu infección por el VIH?

1. No
2. Sí
3. No lo sé

[Si Q057 = 2],

Q066 ¿Cuánto tiempo pasó entre tu diagnóstico positivo para el VIH y el inicio del tratamiento?

Q066a Años.

Q066b Meses.

Q066month Número total de meses entre diagnóstico y tratamiento. **VARIABLE RECODIFICADA DE Q066a Y Q066b.**

[Nota: Los casos en que el número de años dado (Q066a) fue mayor a 33 años se recodificaron como "casos perdidos"].

[Si Q065 = 1],

Q067-Q076 ¿Por qué nunca has tomado tratamiento antirretroviral para tu infección por el VIH? (Marca todas las que consideres)

Q067 Fui diagnosticado muy recientemente

1=No

2=Sí

Q068 Mi doctor dijo que no lo necesitaba en ese momento.

1=No

2=Sí

Q069 Para evitar los efectos secundarios

1=No

2=Sí

Q070 Pienso que no es necesario

1=No

2=Sí

Q071 Me da miedo que la gente lo note

1=No

2=Sí

Q072 No quiero recordar que tengo el VIH cada día

1=No

2=Sí

Q073 No tengo cobertura de seguro de salud

1=No

2=Sí

Q074 No puedo permitirme pagar el tratamiento

1=No

2=Sí

Q075 No sé dónde conseguir el tratamiento

1=No

2=Sí

Q076 Otra razón

1=No

2=Sí

[Si Q076 = 2],

Q077 ¿Por qué otra razón nunca has tomado tratamiento antirretroviral?

[Respuesta escrita por el participante]

[Si Q065 = 2],

Q078 En la actualidad, ¿estás tomando tratamiento antirretroviral?

1=No

2=Sí

Q079-Q087 ¿Por qué dejaste de tomar tratamiento antirretroviral? (Marca todas las que consideres)

Q079 Mi doctor dice que no lo necesito en este momento

- 1=No
- 2=Sí

Q080 Para evitar los efectos secundarios

- 1=No
- 2=Sí

Q081 Pienso que no es necesario

- 1=No
- 2=Sí

Q082 Me da miedo que la gente lo note

- 1=No
- 2=Sí

Q083 No quiero recordar que tengo el VIH cada día

- 1=No
- 2=Sí

Q084 Ya no tengo cobertura de seguro de salud

- 1=No
- 2=Sí

Q085 Ya no puedo permitirme pagar el tratamiento

- 1=No
- 2=Sí

Q086 Otra razón

- 1=No
- 2=Sí

[Si Q086 = 2],

Q087 ¿Por qué otra razón dejaste de tomar el tratamiento antirretroviral?

[Respuesta escrita por el participante]

[Si Q064 <8, es decir, alguna vez se monitorizó médicamente la infección por VIH]

Q088 ¿Cuál fue el nivel de tu carga viral la última vez que te realizaste el control de tu infección por el VIH?

1. Indetectable
2. Detectable
3. Me lo dijeron pero no me acuerdo del resultado
4. Lo midieron pero no me dijeron el resultado
5. No lo midieron en esa ocasión
6. No me acuerdo
7. No entiendo la pregunta

Q088x2 Carga viral detectable en última control del VIH. VARIABLE RECODIFICADA DE Q088

[Si Q057 = 1],

Sobre tu última prueba del VIH

Q089 ¿Cuándo fue la última vez que te hiciste la prueba del VIH?

- 1 = En las últimas 24 horas
- 2 = En los últimos 7 días
- 3 = En las últimas 4 semanas
- 4 = En los últimos 6 meses
- 5 = En los últimos 12 meses
- 6 = En los últimos 5 años
- 7 = Hace más de 5 años

Q090 ¿Dónde te realizaste tu última prueba del VIH?

- 1 = Centro de salud público/Médico general o de familia
- 2 = Clínica privada o mutualista/Médico privado o particular
- 3 = En un hospital como un paciente ambulatorio
- 4 = En un hospital al estar ingresado/hospitalizado
- 5 = Una ONG u organización LGBT o del VIH
- 6 = En un banco de sangre, durante una donación
- 7 = Usé un kit de auto-recogida de muestra (tomé mi propia muestra, luego la envié a un lugar para que fuera analizada)
- 8 = Usé un kit de auto-test (tomé mi propia muestra y tuve el resultado en el acto)
- 9 = En un bar/pub, club o sauna
- 10 = En una unidad móvil
- 11 = En otro lugar

Q091 La última vez que te hiciste la prueba del VIH, ¿hasta qué punto estuviste satisfecho con el apoyo y la información que recibiste?

- 1 = No recibí apoyo o información
- 2 = Muy satisfecho
- 3 = Satisfecho
- 4 = Insatisfecho
- 5 = Muy insatisfecho
- 6 = No lo recuerdo / No pensé en ello

Sobre la Profilaxis Post-exposición (PEP) para el VIH

Q092 ¿Has oído hablar de la Profilaxis Post-Exposición (o PEP en sus siglas en inglés)?

- 1 = No
- 2 = Sí
- 3 = No estoy seguro

Q093-Q095. Las tres afirmaciones siguientes son todas VERDADERAS. ¿Conocías ya esta información?

Q093 La Profilaxis Post-exposición (PEP) pretende evitar la infección por el VIH después de que una persona haya estado expuesta al virus (por ejemplo, al tener sexo sin condón).

- 1. Ya la conocía
- 2. No estaba seguro
- 3. No la conocía
- 4. No la entiendo
- 5. No me la creo

Q094 La PEP es un tratamiento con medicamentos contra el VIH, y dura aproximadamente un mes.

- 1. Ya la conocía

2. No estaba seguro
3. No la conocía
4. No la entiendo
5. No me la creo

Q095 La PEP debería usarse lo más pronto posible después de la exposición, preferiblemente en las horas posteriores.

1. Ya la conocía
2. No estaba seguro
3. No la conocía
4. No la entiendo
5. No me la creo

[Si Q056 = 1 o Q057 = 1],

Q096 ¿Alguna vez has intentado conseguir la PEP (incluso si no la tomaste)?

- 1=No
- 2=Sí

[Si Q096 = 2],

Q097 ¿Alguna vez has tomado la PEP?

- 1 = No, no pude conseguirla
- 2 = No, tuve la oportunidad, pero decidí no tomarla
- 3 = Sí, la he tomado una vez
- 4 = Sí, la he tomado más de una vez
- 5 = No lo sé

[Si Q057 = 2],

Q098 Antes de haber sido diagnosticado positivo para el VIH, ¿alguna vez habías intentado conseguir la PEP (aunque no la hayas tomado)?

- 1=No
- 2=Sí

[Si Q098 = 2],

Q099 Antes de haber sido diagnosticado positivo para el VIH, ¿alguna vez habías tomado la PEP?

- 1 = No, no pude conseguirla
- 2 = No, tuve la oportunidad, pero decidí no tomarla
- 3 = Sí, la he tomado una vez
- 4 = Sí, la he tomado más de una vez
- 5 = No lo sé

[Si Q097 = 3 o 4, ó Q099 = 3 o 4],

Q100 ¿Durante cuántos días tomaste la PEP? (Si has tomado más de una vez la PEP, piensa en la toma más reciente)

[Respuesta escrita por el participante]

[Si Q056 = 1 o Q057 = 1],

Q101 ¿Hasta qué punto estás seguro de poder conseguir la PEP si pensaras que la necesitas?

- 1 = Muy seguro
- 2 = Bastante seguro
- 3 = Poco seguro
- 4 = Nada seguro
- 5 = No lo sé

Sobre la Profilaxis Pre-exposición (PrEP) para el VIH

Q102 ¿Has oído hablar de la Profilaxis Pre-Exposición (o PrEP en sus siglas en inglés)?

- 1 = No
- 2 = Sí
- 3 = No estoy seguro

Q103-Q105. Las siguientes tres afirmaciones son todas verdaderas. ¿Conocías ya esta información?

Q103 La Profilaxis Pre-exposición (PrEP) implica que alguien que no tiene el VIH tome pastillas antes y después de tener relaciones sexuales para prevenir adquirir el VIH.

- 1. Ya la conocía
- 2. No estaba seguro
- 3. No la conocía
- 4. No la entiendo
- 5. No me la creo

Q104 La PrEP puede tomarse como una pastilla diaria si no se sabe de antemano cuándo se tendrán relaciones sexuales.

- 1. Ya la conocía
- 2. No estaba seguro
- 3. No la conocía
- 4. No la entiendo
- 5. No me la creo

Q105 Si alguien sabe de antemano cuándo tendrá relaciones sexuales, debe tomarse una dosis doble de PrEP aproximadamente 24 horas antes de tener sexo y tanto a las 24 como a las 48 horas después de la dosis doble.

- 1. Ya la conocía
- 2. No estaba seguro
- 3. No la conocía
- 4. No la entiendo
- 5. No me la creo

Ten en cuenta: Tomar la PrEP justo antes y después de tener sexo ha demostrado ser un protector en el sexo anal pero no en el vaginal.

Q106 ¿Alguna vez alguien en un servicio de salud en <Q08> te ha hablado de la PrEP?

- 1 = No
- 2 = Sí
- 3 = No estoy seguro

Q017-Q111. ¿En qué servicio de salud te hablaron sobre la PrEP? (Marca todas las que consideres)

Q107 Centro de salud público/Médico general o de familia

- 1=No
- 2=Sí

Q108 Clínica privada o mutualista/Médico privado o particular

1=No
2=Sí

Q109 En un hospital como un paciente ambulatorio

1=No
2=Sí

Q110 Una ONG u organización LGBT o del VIH

1=No
2=Sí

Q111 Otra respuesta

1=No
2=Sí

[Si Q111 = 2],

Q112 Por favor, describe tu otra respuesta.

[Respuesta escrita por el participante]

Q113 ¿Alguna vez has intentado conseguir la PrEP?

1=No
2=Sí

Q114 ¿Alguna vez has tomado la PrEP?

1 = No
2 = Sí, diariamente y todavía la estoy tomando
3 = Sí, diariamente, pero ya no la estoy tomando
4 = Sí, cuando la he necesitado pero no diariamente
5 = No lo sé

[Si Q114 = 2 o 3 o 4],

Q115 ¿Hablaste con un profesional de salud sobre la PrEP antes de usarla?

1=No
2=Sí

Q116 ¿Alguna vez recibiste una receta médica en <Q010> para tomar la PrEP?

1=No
2=Sí

[Si Q116= 2],

Q117-Q121. ¿Dónde te dieron una receta para tomar la PrEP? (Marca todas las que consideres)

Q117 Centro de salud público/Médico general o de familia

1=No
2=Sí

Q118 Clínica privada o mutualista/Médico privado o particular

1=No
2=Sí

Q119 En un hospital como un paciente ambulatorio

1=No
2=Sí

Q120 Una ONG u organización LGBT o del VIH

1=No
2=Sí

Q121 Otra respuesta

1=No
2=Sí

[Si Q121 = 2],

Q122 Por favor, describe tu otra respuesta.

[Respuesta escrita por el participante]

[Si Q114 = 2 o 3 o 4],

Q123-Q132 ¿Dónde has conseguido tus pastillas de PrEP? (Marca todas las que consideres)

Q123 Como participante en un estudio

1=No
2=Sí

Q124 Centro de salud público/Médico general o de familia

1=No
2=Sí

Q125 Clínica privada o mutualista/Médico privado o particular

1=No
2=Sí

Q126 En un hospital como un paciente ambulatorio

1=No
2=Sí

Q127 Una ONG u organización LGBT o del VIH

1=No
2=Sí

Q128 De una farmacia online (Internet)

1=No
2=Sí

Q129 De una farmacia física (no por Internet)

- 1=No
- 2=Sí

Q130 Utilicé pastillas de PEP como PrEP

- 1=No
- 2=Sí

Q131 Utilicé las pastillas antirretrovirales de otra persona como PrEP

- 1=No
- 2=Sí

Q132 Otra respuesta

- 1=No
- 2=Sí

[Si Q132 = 2],

Q133 Por favor, describe tu otra respuesta.

[Respuesta escrita por el participante]

Q124_125_126_129 Lugar donde se prescribió recetas para PrEP. VARIABLE COMPUESTA. Sólo incluye las opciones donde se prescriben recetas: Centro de salud público/médico general o de familia, o Clínica privada o mutualista/Médico privado o particular, u Hospital como paciente ambulatorio o Una farmacia física.

[Si Q056 = 1 o Q057= 1],

Q134 Si la PrEP estuviera disponible y fuera asequible/accesible para ti, ¿qué tan probable sería que la uses?

- 1. Muy improbable
- 2. Bastante improbable
- 3. No estoy seguro
- 4. Bastante probable
- 5. Muy probable

Sobre las hepatitis virales

Q135-Q139. Las afirmaciones siguientes son todas verdaderas. **¿Conocías ya esta información?**

Q135 La hepatitis es una inflamación del hígado.

- 1. Ya la conocía
- 2. No estaba seguro
- 3. No la conocía
- 4. No la entiendo
- 5. No me la creo

Q136 La mayoría de las hepatitis son causadas por un virus.

- 1. Ya la conocía
- 2. No estaba seguro
- 3. No la conocía
- 4. No la entiendo
- 5. No me la creo

Q137 Hay diversos tipos de hepatitis virales, nombradas con las letras del alfabeto.

1. Ya la conocía
2. No estaba seguro
3. No la conocía
4. No la entiendo
5. No me la creo

Q138 Sólo existen vacunas para la hepatitis A y para la hepatitis B.

1. Ya la conocía
2. No estaba seguro
3. No la conocía
4. No la entiendo
5. No me la creo

Q139 Los médicos recomiendan a los hombres que tienen sexo con hombres que se vacunen contra la hepatitis A y la hepatitis B.

1. Ya la conocía
2. No estaba seguro
3. No la conocía
4. No la entiendo
5. No me la creo

Sobre la vacunación contra la hepatitis

Q140 ¿Alguna vez un servicio de salud te ha ofrecido alguna vacuna contra la hepatitis?

- 1 = No
- 2 = Sí
- 3 = No lo sé

Q141 ¿Has sido vacunado contra la hepatitis A?

- 1 = No, porque ya he tenido la hepatitis A (y, por tanto, ahora estoy inmunizado naturalmente)
- 2 = No, y no sé si estoy inmunizado
- 3 = Sí, y completé la dosis
- 4 = Sí, pero no completé la dosis
- 5 = No lo sé

[Si Q141 = 2 o 4 o 5],

Q142 ¿Sabes dónde podrías vacunarte contra la hepatitis A?

- 1 = No
- 2 = Sí
- 3 = No estoy seguro

Q143 ¿Has sido vacunado contra la hepatitis B?

- 1 = No, porque ya he tenido la hepatitis A (y, por tanto, ahora estoy inmunizado naturalmente)
- 2 = No, y no sé si estoy inmunizado
- 3 = No, tengo la infección de la hepatitis B de manera crónica
- 4 = Sí, y completé la dosis
- 5 = Sí, pero no completé la dosis
- 6 = Sí, pero mi organismo no respondió a las vacunas
- 7 = No lo sé

[Si Q143 = 2 o 5 o 6 o 7],

Q144 ¿Sabes dónde podrías vacunarte contra la hepatitis B?

- 1 = No
- 2 = Sí
- 3 = No estoy seguro

Sobre la hepatitis C

No existe vacuna contra la hepatitis C.

Q145 ¿Alguna vez te han diagnosticado hepatitis C?

- 1 = No
- 2 = Sí
- 3 = No estoy seguro

[Si Q145 = 2],

Q146 ¿Cuándo fue tu primer diagnóstico de hepatitis C?

- 1 = En las últimas 24 horas
- 2 = En los últimos 7 días
- 3 = En las últimas 4 semanas
- 4 = En los últimos 6 meses
- 5 = En los últimos 12 meses
- 6 = En los últimos 5 años
- 7 = Hace más de 5 años

[Si Q145 = 2],

Q147 ¿Cuántas veces has adquirido la hepatitis C?

- 1 = Una vez
- 2 = Dos veces
- 3 = Tres veces o más

[Si Q145 = 2],

Q148 ¿Cuál es tu estado actual frente a la hepatitis C?

- 1 = Se eliminó el virus espontáneamente sin tratamiento
- 2 = Se eliminó el virus con tratamiento
- 3 = Todavía tengo la hepatitis C
- 4 = No lo sé

Pruebas para otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

Q149 ¿Alguna vez te has realizado una prueba para detectar alguna infección de transmisión sexual (ITS) que no sea el VIH?

- 1 = No
- 2 = Sí
- 3 = No estoy seguro

[Si Q149 = 2],

Q150 ¿Cuándo fue la última vez que te hicieron una prueba para ITS que no sea el VIH?

- 1 = En las últimas 24 horas
- 2 = En los últimos 7 días
- 3 = En las últimas 4 semanas
- 4 = En los últimos 6 meses

- 5 = En los últimos 12 meses
- 6 = En los últimos 5 años
- 7 = Hace más de 5 años

[Si Q150 < 6, es decir, en el último año],

Q151 ¿Tuviste algún síntoma en esa ocasión?

- 1 = No
- 2 = Sí
- 3 = No estoy seguro

[Si Q150 < 6, es decir, en el último año],

Q152 En esa ocasión, el personal de salud que te atendió, ¿sabía que tenías relaciones sexuales con hombres?

- 1 = Sí, definitivamente lo sabían
- 2 = Sí, probablemente lo sabían
- 3 = No, no sabían que tengo sexo con hombres
- 4 = No sé si lo sabían o no

[Si Q150 < 6, es decir, en el último año],

¿Qué pasó durante la realización de las pruebas de ITS en los últimos 12 meses?

Q153 Para que podamos hacerte preguntas apropiadas sobre las pruebas de ITS, y porque los cuerpos de las personas son diferentes, tú tienes...

- 1 = Un pene (rabo, verga, pinga, pija, pito, pico, huevo, palo, pedazo)
- 2 = Una vagina (concha, chucha, chocha, cuca, raja, panocha, araña)
- 3 = Ambos
- 4 = Ninguno de estos

Q154 ¿Proporcionaste una muestra de sangre como parte de las pruebas que te realizaste para detectar una ITS en los últimos 12 meses?

- 1 = No
- 2 = Sí
- 3 = No recuerdo

Q155 ¿Proporcionaste una muestra de orina como parte de las pruebas que te realizaste para detectar una ITS en los últimos 12 meses?

- 1 = No
- 2 = Sí
- 3 = No recuerdo

[Si Q153 = 1 o 3],

Q156 ¿Te insertaron algo en la abertura de tu pene (un hisopo uretral) como parte de las pruebas de ITS que te realizaste en los últimos 12 meses?

- 1 = No
- 2 = Sí
- 3 = No recuerdo

[Si Q153 = 1 o 3],

Q157 ¿Te examinaron el pene como parte de las pruebas de ITS que te realizaste en los últimos 12 meses?

- 1 = No
- 2 = Sí
- 3 = No recuerdo

[Si Q153 = 2 o 3],

Q158 ¿Te insertaron algo en tu vagina (un hisopo vaginal) como parte de las pruebas de ITS que te realizaste en los últimos 12 meses?

- 1 = No
- 2 = Sí
- 3 = No recuerdo

[Si Q153 = 2 o 3],

Q159 ¿Te examinaron la vagina como parte de las pruebas de ITS que te realizaste en los últimos 12 meses?

- 1 = No
- 2 = Sí
- 3 = No recuerdo

Q160 ¿Te insertaron algo en tu ano (un hisopo anal) como parte de las pruebas de ITS que te realizaste en los últimos 12 meses?

- 1 = No
- 2 = Sí
- 3 = No recuerdo

Q161 ¿Te examinaron el ano como parte de las pruebas de ITS que te realizaste en los últimos 12 meses?

- 1 = No
- 2 = Sí
- 3 = No recuerdo

Ser diagnosticado con alguna infección de transmisión sexual (ITS)

Q162 ¿Alguna vez te han diagnosticado sífilis?

- 1 = No
- 2 = Sí
- 3 = No lo sé

[Si Q162 = 2],

Q163 ¿Cuándo fue la última vez que te diagnosticaron sífilis?

- 1 = En las últimas 24 horas
- 2 = En los últimos 7 días
- 3 = En las últimas 4 semanas
- 4 = En los últimos 6 meses
- 5 = En los últimos 12 meses
- 6 = En los últimos 5 años
- 7 = Hace más de 5 años

[Si Q163 < 6, es decir, en el último año],

Q164 La última vez que te diagnosticaron sífilis, ¿tú o el personal de salud que te atendió informaron a tus parejas sexuales recientes que también necesitaban una prueba/tratamiento?

- 1 = No, a ninguno de ellos
- 2 = Sí, a alguno de ellos
- 3 = Sí, a todos ellos
- 4 = No recuerdo

Q165 ¿Alguna vez te han diagnosticado gonorrea?

- 1 = No

- 2 = Sí
- 3 = No lo sé

[Si Q165 = 2],

Q166 ¿Cuándo fue la última vez que te diagnosticaron gonorrea?

- 1 = En las últimas 24 horas
- 2 = En los últimos 7 días
- 3 = En las últimas 4 semanas
- 4 = En los últimos 6 meses
- 5 = En los últimos 12 meses
- 6 = En los últimos 5 años
- 7 = Hace más de 5 años

[Si Q166 < 6, es decir, en el último año],

Q167 La última vez que te diagnosticaron gonorrea, ¿tú o el personal de salud que te atendió informaron a tus parejas sexuales recientes que también necesitaban una prueba/tratamiento?

- 1 = No, a ninguno de ellos
- 2 = Sí, a alguno de ellos
- 3 = Sí, a todos ellos
- 4 = No recuerdo

Q168 ¿Alguna vez te han diagnosticado clamidia?

- 1 = No
- 2 = Sí
- 3 = No lo sé

[Si Q168 = 2],

Q169 ¿Cuándo fue la última vez que te diagnosticaron clamidia?

- 1 = En las últimas 24 horas
- 2 = En los últimos 7 días
- 3 = En las últimas 4 semanas
- 4 = En los últimos 6 meses
- 5 = En los últimos 12 meses
- 6 = En los últimos 5 años
- 7 = Hace más de 5 años

Q170 ¿Alguna vez te han diagnosticado verrugas anales o genitales (condilomas)?

- 1 = No
- 2 = Sí
- 3 = No lo sé

[Si Q170 = 2],

Q171 ¿Cuándo fue el PRIMER diagnóstico de verrugas anales o genitales?

- 1 = En las últimas 24 horas
- 2 = En los últimos 7 días
- 3 = En las últimas 4 semanas
- 4 = En los últimos 6 meses
- 5 = En los últimos 12 meses
- 6 = En los últimos 5 años
- 7 = Hace más de 5 años

Sobre el sexo con hombres

En esta encuesta, utilizamos la palabra “sexo” para referir desde contacto físico a orgasmo (o cerca al orgasmo), para uno o ambos miembros de una pareja.

Q172 ¿Alguna vez has tenido algún tipo de sexo con un hombre? (por favor, considera cualquier contacto sexual, no sólo penetración)

- 1 = No
- 2 = Sí

[Si Q172 = 2],

Q173 ¿Qué edad tenías la primera vez que tuviste sexo con un hombre, o que un hombre tuvo sexo contigo?

- 1 = No recuerdo
- 2 = Menos de 13 años
- 3 = 13
- 4 = 14
- [...]
- 19 = 29
- 20 = 30
- 21 = Más de 30 años

[Si Q172 = 2],

Q174 ¿Cuándo fue la última vez que tuviste algún tipo de sexo con un hombre?

- 1 = En las últimas 24 horas
- 2 = En los últimos 7 días
- 3 = En las últimas 4 semanas
- 4 = En los últimos 6 meses
- 5 = En los últimos 12 meses
- 6 = En los últimos 5 años
- 7 = Hace más de 5 años
- 8 = Nunca

Nota: este conjunto de respuestas debería haberse mostrado sin “nunca”. Por lo tanto, los encuestados pudieron indicar “Sí” en la Q172 y “Nunca” en la Q174.

[Si Q172 = 2],

Sobre el sexo con hombres [2]

En esta encuesta utilizamos el término “penetración” (tirar, echar un polvo, cachar, chingar, culear/culiar, coger, garchar) para describir el contacto sexual donde uno introduce su pene en el ano o la vagina de su pareja, ocurra o no ocurra la eyaculación. “penetración” no incluye el sexo oral o el uso de dildos.

Q175 ¿Alguna vez has practicado la penetración con un hombre (ya sea como 'pasivo' o 'activo'), con o sin condón?

- 1 = No
- 2 = Sí

[Si Q175 = 2],

Q176 ¿Qué edad tenías la primera vez que practicaste la penetración con un hombre?

- 1 = No recuerdo
- 2 = Menos de 13 años
- 3 = 13
- 4 = 14
- [...]
- 19 = 29

- 20 = 30
- 21 = Más de 30 años

[Si Q175 = 2],

Q177 ¿Cuándo fue la última vez que practicaste la penetración con un hombre (con o sin condón)?

- 1 = En las últimas 24 horas
- 2 = En los últimos 7 días
- 3 = En las últimas 4 semanas
- 4 = En los últimos 6 meses
- 5 = En los últimos 12 meses
- 6 = En los últimos 5 años
- 7 = Hace más de 5 años

[Si Q174 < 6, es decir, tuvo sexo con un hombre en los últimos 12 meses],

Sobre el sexo con parejas estables masculinas

En esta encuesta utilizamos el término "pareja estable" para referirnos a "la pareja", "el firme", novio o marido, lo que significa que tú no estás "soltero", pero no incluye a parejas que son simplemente "amigos con derecho a roce", "amigos con beneficio", follamigos, amantes, etc.

Q178 En los últimos 12 meses, ¿has tenido algún tipo de sexo con una pareja estable masculina?

- 1 = No
- 2 = Sí

[Nota: en las siguientes tres variables (Q179-Q181), 0 = Ninguna]

[Si Q178 = 2],

Q179 En los últimos 12 meses, ¿con cuántas parejas estables masculinas diferentes has tenido sexo?

[Nota: La opción "Ninguna" no se mostró en pantalla, ya que la pregunta sólo se presentó a aquellos que indicaron que tenían una pareja estable en los últimos 12 meses].

- 1 = 1
- 2 = 2
- [...]
- 9 = 9
- 10 = 10 o más

[Recuerda: el término "penetración" (tirar, echar un polvo, cachar, chingar, culear/culiar, coger, garchar) significa contacto sexual donde uno introduce su pene en el ano o la vagina de una pareja, ocurra o no ocurra la eyaculación. "Penetración" no incluye el sexo oral o el uso de dildos].

[Si Q178 = 2],

Q180 En los últimos 12 meses, ¿con cuántas parejas estables masculinas has practicado la penetración?

- 0 = 0
- 1 = 1
- 2 = 2
- [...]
- 9 = 9
- 10 = 10 o más

[Si Q180 > 2],

Q181 En los últimos 12 meses, ¿con cuántas parejas estables masculinas has practicado la penetración sin condón?

- 0 = 0

- 1 = 1
- 2 = 2
- [...]
- 9 = 9
- 10 = 10 o más

[Si Q174 < 6, es decir, tuvo sexo con un hombre en los últimos 12 meses],

Sobre el sexo con parejas ocasionales masculinas

En esta encuesta utilizamos el término "parejas ocasionales" para describir a los hombres con los que has tenido sexo una o más veces, pero que no los consideras como una pareja estable (incluye; parejas anónimas o casuales, amigos con derecho a roce, amigos con beneficio, follamigos, ligues, amantes, puntos, agarres, levantes, chongos).

Q182 En los últimos 12 meses, ¿has tenido algún tipo de sexo con una pareja ocasional masculina?

- 1 = No
- 2 = Sí

[Nota: en las siguientes tres variables (Q183-Q185), 0 = Ninguna]

[Si Q182 = 2],

Q183 En los últimos 12 meses, ¿con cuántas parejas ocasionales masculinas diferentes has tenido sexo?

- 1 = 1
- 2 = 2
- [...]
- 10 = 10
- 11 = 11-20
- 12 = 21-30
- 13 = 31-40
- 14 = 41-50
- 15 = Más de 50

[Recuerda: el término "penetración" (tirar, echar un polvo, cachar, chingar, culear/culiar, coger, garchar) significa contacto sexual donde uno introduce su pene en el ano o la vagina de una pareja, ocurra o no ocurra la eyaculación. "Penetración" no incluye el sexo oral o el uso de dildos].

[Si Q182 = 2],

Q184 En los últimos 12 meses, ¿con cuántas parejas ocasionales has practicado la penetración?

- 0 = Ninguna
- 1 = 1
- 2 = 2
- [...]
- 10 = 10
- 11 = 11-20
- 12 = 21-30
- 13 = 31-40
- 14 = 41-50
- 15 = Más de 50

[Si Q184 > 0],

Q185 En los últimos 12 meses, ¿con cuántas parejas ocasionales masculinas has practicado la penetración sin condón?

- 0 = Ninguna
- 1 = 1
- 2 = 2

- [...]
- 10 = 10
- 11 = 11-20
- 12 = 21-30
- 13 = 31-40
- 14 = 41-50
- 15 = Más de 50

[Si Q184 > 0],

Sobre la penetración con parejas ocasionales masculinas

Q186 En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia has utilizado el condón cuando practicaste la penetración con parejas ocasionales masculinas?

- 1 = Nunca
- 2 = Raramente
- 3 = Algunas veces
- 4 = La mayoría de las veces
- 5 = Siempre

[Si Q186 < 5],

Q187 En los últimos 12 meses, ¿has tenido penetración sin condón con una pareja ocasional que sabías en ese momento que era VIH-positiva?

- 1 = No
- 2 = Sí

[Si Q187 = 2],

Q188 ¿Ese/esos hombre(s) VIH-positivo(s) tenía(n) carga viral indetectable?

- 1 = Sí, yo sabía que él/ellos la tenía(n) indetectable
- 2 = Sí, yo sabía que algunos de ellos la tenían indetectable
- 3 = No, él no la tenía/ninguno de ellos la tenía indetectable
- 4 = No lo sé
- 5 = No entiendo la pregunta

[Si Q186 < 5],

Q189 En los últimos 12 meses, ¿Has tenido penetración sin condón con una pareja ocasional que sabías en ese momento que era VIH-negativa?

- 1 = No
- 2 = Sí

[Si Q189 = 2],

Q190 ¿Ese/esos hombre(s) VIH-negativo(s) estaba(n) tomando PrEP?

- 1 = Sí, yo sabía que él/ellos estaba(n) tomándola
- 2 = Sí, yo sabía que algunos de ellos estaban tomándola
- 3 = No, él /ninguno de ellos la estaba(n) tomando.
- 4 = No lo sé
- 5 = No entiendo la pregunta

[Si Q186 < 5],

Q191 En los últimos 12 meses, ¿Has tenido penetración sin condón con una pareja ocasional cuyo estado serológico del VIH no conocías en ese momento?

- 1 = No
- 2 = Sí

[Si Q182 = 2],

Sobre la última vez que tuviste sexo con una pareja ocasional masculina

Por favor piensa en la última vez que tuviste sexo con una pareja sexual masculina ocasional (con o sin penetración).

Q192 ¿Tuviste sexo con un hombre o más de un hombre?

- 1 = Fuimos sólo él y yo
- 2 = Fuimos yo, mi pareja estable y una pareja ocasional (un trío)
- 3 = Fuimos yo y dos parejas ocasionales (un trío)
- 4 = Fuimos yo y tres o más personas

[Si Q192 = 1 o 2],

[SI EL ÚLTIMO ENCUENTRO SEXUAL FUE CON UNA PAREJA OCASIONAL O TRÍO CON PAREJA ESTABLE (1)]

Q193 ¿Dónde tuviste sexo?

- 1 = En mi casa
- 2 = En su casa
- 3 = En la casa de alguien más
- 4 = Un cuarto/una habitación de hotel
- 5 = En un club o cuarto oscuro de un bar
- 6 = En una sauna
- 7 = en un cine porno
- 8 = En una zona o lugar de ligue, encuentro, levante, conecte, rebusque (calle, área de servicio de carreteras, parque, bosque, playa, baños públicos)
- 9 = Otra respuesta

[Si Q193 = 9],

Q194 Por favor, describe tu otra respuesta.

[Respuesta escrita por el participante]

[Si Q192 = 2],

Por favor, responde a la siguiente pregunta con respecto a la pareja ocasional.

Q195 ¿Dónde lo conociste por primera vez?

- 1 = En un centro comunitario gay, una organización gay o grupo social gay
- 2 = Un café o bar gay
- 3 = Una discoteca gay
- 4 = Un cuarto oscuro de un bar, un sex-club, una fiesta de sexo en un local público (orgía)
- 5 = Una fiesta de sexo gay en una casa privada
- 6 = Una sauna gay
- 7 = Un cine porno
- 8 = En una zona o lugar de ligue, cacería, encuentro, levante, conecte, rebusque (calle, área de servicio en carreteras, parque, bosque, playa, baños públicos)
- 9 = Por mi teléfono celular (u otro dispositivo habilitado para GPS), a través de las apps
- 10 = Por Internet (por ejemplo, página web de contactos gay)
- 11 = En otro lugar

Q196 ¿Habías tenido sexo con él antes (en otra ocasión)?

- 1 = No
- 2 = Sí, una vez
- 3 = Sí, más de una vez

[Si Q197 = 2],

Q197 ¿Qué le dijiste sobre tu estado serológico del VIH antes o durante el sexo?

- 1 = Le dije que no conocía cuál era mi estado serológico
- 2 = Le dije que era VIH-negativo
- 3 = Le dije que era VIH-positivo
- 4 = No le dije nada sobre mi estado serológico
- 5 = No lo recuerdo

[Si Q197 = 2],

Q198 ¿Qué le dijiste sobre tu uso de la PrEP?

- 1 = Le dije que estaba tomando la PrEP
- 2 = Le dije que yo no estaba tomando la PrEP
- 3 = No le dije si yo tomaba o no tomaba la PrEP

[Si Q197 = 3],

Q199 ¿Qué le dijiste sobre tu carga viral?

- 1 = Le dije que estaba indetectable
- 2 = Le dije que estaba detectable
- 3 = No le dije nada sobre mi carga viral

Q200LAMIS ¿Qué sabías o pensabas sobre su estado serológico del VIH antes de tener sexo?

- 1 = Pensaba que él era VIH-negativo
- 2 = Sabía que él era VIH-negativo
- 3 = Pensaba que él era VIH-positivo
- 4 = Sabía que él era VIH-positivo
- 5 = No recuerdo
- 6 = No pensé sobre su estado serológico

[Si Q200 = 2],

Q201 ¿Qué te dijo sobre su carga viral?

- 1 = Me dijo que estaba indetectable
- 2 = Me dijo que estaba detectable
- 3 = No me dijo nada sobre mi carga viral

[Si Q200 = 1],

Q202 ¿Qué te dijo sobre su uso de la PrEP?

- 1 = Él me dijo que estaba tomando la PrEP
- 2 = Él me dijo que no estaba tomando la PrEP
- 3 = Él no me dijo si estaba o no estaba tomando la PrEP

[Si Q192 = 1 o 2],

[SI EL ÚLTIMO ENCUENTRO SEXUAL FUE CON UNA PAREJA OCASIONAL O TRÍO CON PAREJA ESTABLE (2)]

Piensa en la última vez que tuviste sexo con una pareja ocasional masculina

Q203 ¿Practicaste la penetración en esa ocasión?

- 1 = No
- 2 = Sí, él me penetró (fui "pasivo")
- 3 = Sí, yo lo penetré (fui "activo")
- 4 = Sí, nos penetramos mutuamente (fui "versátil", amplio, moderno)

[Si Q203 = 2 o 4],

Q204 ¿Utilizó él un condón cuando te penetró?

- 1 = No
- 2 = Sí, todo el tiempo que él estuvo penetrándome
- 3 = Sí, pero no todo el tiempo
- 4 = No recuerdo/No lo sé

[Si Q204 = 1 o 3],

Q205 Él eyaculó (se vino, se fue, acabó, terminó, lecheó) dentro de tu ano?

- 1 = No
- 2 = Sí
- 3 = No recuerdo/No lo sé

[Si Q203 = 3 o 4],

Q206 ¿Tú utilizaste un condón cuando lo penetraste?

- 1 = No
- 2 = Sí, todo el tiempo que lo estuve penetrando
- 3 = Sí, pero no todo el tiempo
- 4 = No recuerdo/No lo sé

[Si Q206 = 1 o 3],

Q207 ¿Tú eyaculaste (te viniste, te fuiste, acabaste, terminaste, lecheaste) dentro de su ano?

- 1 = No
- 2 = Sí
- 3 = No recuerdo/No lo sé

Q208-Q217 Durante ese encuentro sexual, practicaste... (Marca todas las que consideres)

Q208 Masturbación mutua (paja mutua)

- 1 = No
- 2 = Sí

Q209 Mamaste su pene

- 1 = No
- 2 = Sí

Q210 Él mamó tu pene

- 1 = No
- 2 = Sí

Q211 Lamiste su ano (le hiciste beso negro)

- 1 = No
- 2 = Sí

Q212 Él lamió tu ano (te hizo beso negro)

- 1 = No
- 2 = Sí

Q213 Le metiste tu mano dentro de su ano (lo fisteaste)

1 = No
2 = Sí

Q214 Él metió su mano dentro de tu ano (te fisteó)

1 = No
2 = Sí

Q215 Usaron juguetes sexuales (por ejemplo, dildos)

1 = No
2 = Sí

Q216 Compartieron juguetes sexuales

1 = No
2 = Sí

Q217 Otras prácticas sexuales

1 = No
2 = Sí

[Si Q217 = 2],

Q218 ¿Qué otras prácticas sexuales realizaron?

[Respuesta escrita por el participante]

Q219-Q237 ¿Cuáles de estas sustancias habías tomado poco antes o durante ese encuentro sexual? (Marca todas las que consideres)

Q219 Alcohol

1 = No
2 = Sí

Q220 Poppers

1 = No
2 = Sí

Q221 Viagra®, Cialis®, Levitra® u otras sustancias que ayudan a conseguir o mantener la erección

1 = No
2 = Sí

Q222 Valium®/Seduxen® (diazepam), Xanax®/Trankimazin® (alprazolam), Rivotril®, Rohipnol®, Fenazepam®

1 = No
2 = Sí

Q223 Cannabis (marihuana, hachís, hierba, porro, canuto, pito, mota, 420, weed)

1 = No
2 = Sí

- Q224 Canabinoides sintéticos (marihuana sintética, spice, K2, incienso, krippy/cripy, cripa, joker, black mamba, kush, kronic)
- 1 = No
2 = Sí
- Q225 Éxtasis (tachas, rola, pepa, molly) en su forma de pastillas
- 1 = No
2 = Sí
- Q226 MDMA (eme, M) en su forma de cristalitos o polvo
- 1 = No
2 = Sí
- Q227 Anfetamina (speed)
- 1 = No
2 = Sí
- Q228 Metanfetamina (crystal meth, cris, tina)
- 1 = No
2 = Sí
- Q229 Heroína (H, mona, alto calibre, avispa, jeringa) u otras drogas derivadas del opio (fentanil, metadona u otros)
- 1 = No
2 = Sí
- Q230 Mefedrona (mefe)
- 1 = No
2 = Sí
- Q231 Estimulantes sintéticos distintos a la mefedrona (sales de baño, metoxetamina/MXE, metilona/3-MMC, metilethcatinona/4-MEC, fluoroanfetamina/éxtasis light/4FA), feniletilamina (2CB, Nexus o tusi), PCP (polvo de Ángel)
- 1 = No
2 = Sí
- Q232 GHB/GBL (G, gi, yi)
- 1 = No
2 = Sí
- Q233 Ketamina (keta, special K)
- 1 = No
2 = Sí
- Q234 LSD (ácido, papelito, tryp, tripa, ajos, cartón, dibu)

1 = No
2 = Sí

Q235 Cocaína (coca, perico, falopa, merca, polvo blanco, blanca nieves)

1 = No
2 = Sí

Q236 Crack, pasta base/pasta básica de cocaína, paco, bazuco/basuco, cacho, piedra

1 = No
2 = Sí

Q237 Tomé drogas pero no sé cuáles

1 = No
2 = Sí

Q238 No había tomado ninguna droga o alcohol

1 = No
2 = Sí

[Si Q221=2 o Q225=2 o Q226=2 o Q227=2 o Q228=2 o Q229=2 o Q230=2 o Q231=2 o Q232=2 o Q234=2 o Q235=2],
Q239 ¿Te inyectaste drogas (o alguien te inyectó) en esa ocasión?

1 = No
2 = Sí

Nota: Esta pregunta tiene incorrectos los filtros, por favor, revisar la sección 7 de este manual para más detalles.

Q240 En una escala de 1 (peor) a 10 (mejor), ¿cómo calificarías ese encuentro sexual?

1 = 1 (peor)
2 = 2
[...]
9 = 9
10 = 10 (mejor)

[Si Q192 = 3 o 4],

[SI EL ÚLTIMO ENCUENTRO SEXUAL OCASIONAL FUE CON MÚLTIPLES PAREJAS (1)]

Q241 ¿Dónde tuviste sexo?

1 = En mi casa
2 = En la casa de uno de ellos
3 = En un cuarto/una habitación de hotel
4 = En un club o cuarto oscuro de un bar
5 = En una sauna
6 = En un cine porno
7 = En una zona o lugar de ligue, cacería, encuentro, levante, conecte, rebusque (calle, área de servicio en carreteras, parque, bosque, playa, baños públicos)
8 = Otra respuesta

[Si Q217 = 2],

Q242 Por favor, describe tu otra respuesta.

[Respuesta escrita por el participante]

Q243-Q253. ¿Dónde los conociste por primera vez? (Marca todas las que consideres)

Q243 Un centro comunitario gay, una organización gay o grupo social gay

1 = No
2 = Sí

Q244 Un café o bar gay

1 = No
2 = Sí

Q245 Una discoteca gay

1 = No
2 = Sí

Q246 Un cuarto oscuro de un bar, un sex-club, una fiesta de sexo en un local público (orgía)

1 = No
2 = Sí

Q247 Una fiesta de sexo gay en una casa privada

1 = No
2 = Sí

Q248 Una sauna gay

1 = No
2 = Sí

Q249 Un cine porno

1 = No
2 = Sí

Q250 En una zona o lugar de ligue, cacería, encuentro, levante, conecte, rebusque (calle, área de servicio en carreteras, parque, bosque, playa, baños públicos)

1 = No
2 = Sí

Q251 Por mi teléfono celular (u otro dispositivo habilitado para GPS), a través de las apps

1 = No
2 = Sí

Q252 Por Internet (por ejemplo, página web de contactos gay)

1 = No
2 = Sí

Q253 En otro lugar

- 1 = No
- 2 = Sí

Q254 ¿Habías tenido sexo con alguno de ellos antes (en una ocasión diferente)

- 1 = No, acababa de conocerlos a todos
- 2 = Sí, una vez con uno o más de ellos
- 3 = Sí, más de una vez con uno o más de ellos

Q255 ¿Qué les dijiste sobre tu estado serológico del VIH antes o durante el sexo?

- 1 = Les dije que no conocí cuál era mi estado serológico
- 2 = Les dije que era VIH-negativo
- 3 = Les dije que era VIH-positivo
- 4 = No les dije nada sobre mi estado serológico
- 5 = No lo recuerdo

[Si Q255 = 2],

Q256 ¿Qué les dijiste sobre tu uso de la PrEP?

- 1 = Les dije que estaba tomando la PrEP
- 2 = Les dije que no estaba tomando la PrEP
- 3 = No les dije si yo tomaba o no tomaba la PrEP

[Si Q255 = 3],

Q257 ¿Qué les dijiste sobre tu carga viral?

- 1 = Les dije que estaba indetectable
- 2 = Les dije que estaba detectable
- 3 = No les dije nada sobre mi carga viral

Q258LAMIS ¿Qué sabías o pensabas sobre su estado serológico del VIH antes de tener sexo?

- 1 = Pensaba que todos ellos eran VIH-negativos
- 2 = Sabía que todos ellos eran VIH-negativos
- 3 = Pensaba que todos ellos eran VIH-positivos
- 4 = Sabía que todos ellos eran VIH-positivos
- 5 = Pensaba que ellos tenían diferente estado serológico del VIH
- 6 = Sabía que ellos tenían diferente estado serológico del VIH
- 7 = No recuerdo
- 8 = No pensé nada sobre su estado serológico

[Si Q258 = 1 o 3],

Q259 ¿Alguno de ellos te dijo que estaba tomando la PrEP?

- 1 = No
- 2 = Sí
- 3 = No lo sé/No recuerdo

[Si Q258 = 2 o 3],

Q260 ¿Alguno de ellos te dijo que tenía carga viral indetectable?

- 1 = No
- 2 = Sí
- 3 = No lo sé/No recuerdo

[Si Q192 = 3 o 4],

[SI EL ÚLTIMO ENCUENTRO SEXUAL OCASIONAL FUE CON MÚLTIPLES PAREJAS (2)]

Piensa en la última vez que tuviste sexo con parejas ocasionales masculinas...

Q261 ¿Practicaste la penetración en esa ocasión?

- 1 = No
- 2 = Sí, alguien me penetró (fui "pasivo")
- 3 = Sí, yo penetré a alguien (fui "activo")
- 4 = Sí, yo penetré y me penetraron (fui versátil, amplio, moderno)

[Si Q261 = 2 o 4],

Q262 ¿Los hombres que te penetraron utilizaron condón?

- 1 = No
- 2 = Sí, todo el tiempo que estuvieron penetrándome
- 3 = Sí, pero no todo el tiempo que estuvieron penetrándome
- 4 = No recuerdo/No lo sé

[Si Q261 = 2 o 4],

Q263 ¿Algunos hombres eyacularon (se vinieron, se fueron, acabaron, terminaron, lecharon) dentro de tu ano?

- 1 = No
- 2 = Sí
- 3 = No recuerdo /No lo sé

[Si Q261 = 3 o 4],

Q264 ¿Tú utilizaste condón cuando hiciste de 'activo' en la penetración (cuando los penetraste)?

- 1 = No
- 2 = Sí
- 3 = No recuerdo /No lo sé

[Si Q261 = 3 o 4],

Q265 ¿Tú eyaculaste (te viniste, te fuiste, acabaste, terminaste, lecheaste) dentro del ano de alguno de ellos?

- 1 = No
- 2 = Sí
- 3 = No recuerdo /No lo sé

Q266-Q275. Durante ese encuentro, con alguna pareja sexual practicaste... (Marca todas las que consideres)

Q266 Masturbación mutua (paja mutua)

- 1 = No
- 2 = Sí

Q267 Mamaste su pene (polla)

- 1 = No
- 2 = Sí

Q268 Él mamó tu pene (polla)

- 1 = No
- 2 = Sí

Q269 Lamiste su ano (le hiciste beso negro)

1 = No
2 = Sí

Q270 Él lamió tu ano (te hizo beso negro)

1 = No
2 = Sí

Q271 Le metiste tu mano dentro de su ano (lo fisteaste)

1 = No
2 = Sí

Q272 Él metió su mano dentro de tu ano (te fisteó)

1 = No
2 = Sí

Q273 Usaron juguetes sexuales (por ejemplo, dildos)

1 = No
2 = Sí

Q274 Compartieron juguetes sexuales

1 = No
2 = Sí

Q275 Otras prácticas sexuales

1 = No
2 = Sí

[Si Q275 = 2],

Q276 ¿Qué otras prácticas sexuales hicieron?

[Respuesta escrita por el participante]

Q277-Q296. ¿Cuáles de estas sustancias habías tomado poco antes o durante ese encuentro sexual? (Marca todas las que consideres)

Q277 Alcohol

1 = No
2 = Sí

Q278 Poppers

1 = No
2 = Sí

Q279 Viagra®, Cialis®, Levitra® u otras sustancias que ayudan a conseguir o mantener la erección

1 = No

- 2 = Sí
- Q280 Valium®/Seduxen® (diazepam), Xanax®/Trankimazin® (alprazolam), Rivotril®, Rohipnol®, Fenazepam®
- 1 = No
2 = Sí
- Q281 Cannabis (marihuana, hachís, hierba, porro, canuto, pito, mota, 420, weed)
- 1 = No
2 = Sí
- Q282 Canabinoides sintéticos (marihuana sintética, spice, K2, incienso, krippy/cripy, cripa, joker, black mamba, kush, kronic)
- 1 = No
2 = Sí
- Q283 Éxtasis (tachas, rola, pepa, molly) en su forma de pastillas
- 1 = No
2 = Sí
- Q284 MDMA (eme, M) en su forma de cristalitos o polvo
- 1 = No
2 = Sí
- Q285 Anfetamina (speed)
- 1 = No
2 = Sí
- Q286 Metanfetamina (crystal meth, cris, tina)
- 1 = No
2 = Sí
- Q287 Heroína (H, mona, alto calibre, avispa, jeringa) u otras drogas derivadas del opio (fentanil, metadona u otros)
- 1 = No
2 = Sí
- Q288 Mefedrona (mefe)
- 1 = No
2 = Sí
- Q289 Estimulantes sintéticos distintos a la mefedrona (sales de baño, metoxetamina/MXE, metilona/3-MMC, metilethcatinona/4-MEC, fluoroanfetamina/éxtasis light/4FA), feniletilamina (2CB, Nexus o tusi), PCP (polvo de Ángel)
- 1 = No
2 = Sí

Q290 GHB/GBL (G, gj, yi)

1 = No

2 = Sí

Q291 Ketamina (keta, special K)

1 = No

2 = Sí

Q292 LSD (ácido, papelito, tryp, tripa, ajos, cartón, dibujo)

1 = No

2 = Sí

Q293 Cocaína (coca, perico, falopa, merca, polvo blanco, blanca nieves)

1 = No

2 = Sí

Q294 Crack, pasta base/pasta básica de cocaína, paco, bazuco/basuco, cacho, piedra

1 = No

2 = Sí

Q295 Tomé drogas pero no sé cuáles

1 = No

2 = Sí

Q296 No había tomado ninguna droga o alcohol

1 = No

2 = Sí

[Si Q280=2 o Q284=2 o Q285=2 o Q286=2 o Q287=2 o Q288=2 o Q289=2 o Q291=2 o Q293=2 o Q294=2]

Q297 ¿Te inyectaste drogas (o alguien te inyectó) en esa ocasión?

1 = No

2 = Sí

Nota: Esta pregunta tiene incorrectos los filtros, por favor, revisar la sección 7 de este manual para más detalles.

Q298 En una escala de 1 (peor) a 10 (mejor), ¿cómo calificarías ese encuentro sexual?

1 = 1 (peor)

2 = 2

[...]

9 = 9

10 = 10 (mejor)

Pagar y cobrar por tener sexo con hombres

[Si Q172= 2],

Q299 ¿Cuándo fue la última vez que pagaste a un hombre para tener sexo contigo? Por pagar queremos decir que diste dinero, regalos o le hiciste favores a cambio de sexo

- 1 = En las últimas 24 horas
- 2 = En los últimos 7 días
- 3 = En las últimas 4 semanas
- 4 = En los últimos 6 meses
- 5 = En los últimos 12 meses
- 6 = En los últimos 5 años
- 7 = Hace más de 5 años
- 8 = Nunca

[Si Q299 < 6, es decir, en los últimos 12 meses],

Q300 En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces has pagado a un hombre para tener sexo contigo?

- 1 = 1 – 2 veces
- 2 = 3 – 10 veces
- 3 = 11 – 50 veces
- 4 = Más de 50 veces

Q301 ¿Cuándo fue la última vez que un hombre te pagó para tener sexo con él? Por pagar queremos decir que él te dio dinero, regalos o te hizo favores (por ejemplo, fue un `sugar daddy`) a cambio de sexo.

- 1 = En las últimas 24 horas
- 2 = En los últimos 7 días
- 3 = En las últimas 4 semanas
- 4 = En los últimos 6 meses
- 5 = En los últimos 12 meses
- 6 = En los últimos 5 años
- 7 = Hace más de 5 años
- 8 = Nunca

[Si Q301 < 6, es decir, en los últimos 12 meses],

Q302 En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces has cobrado por tener sexo con un hombre?

- 1 = 1 – 2 veces
- 2 = 3 – 10 veces
- 3 = 11 – 50 veces
- 4 = Más de 50 veces

Sobre el sexo con mujeres

En esta encuesta, utilizamos la palabra "sexo" para referir desde contacto físico u orgasmo (o cerca al orgasmo), para uno o ambos miembros de una pareja.

Q303 ¿Cuándo fue la última vez que tuviste algún tipo de sexo con una mujer?

- 1 = En las últimas 24 horas
- 2 = En los últimos 7 días
- 3 = En las últimas 4 semanas
- 4 = En los últimos 6 meses
- 5 = En los últimos 12 meses
- 6 = En los últimos 5 años
- 7 = Hace más de 5 años
- 8 = Nunca

En esta encuesta utilizamos el término "penetración" (tirar, echar un polvo, cachar, chingar, culear/culiar, coger, garchar) para describir el contacto sexual donde uno introduce su pene en la vagina o ano de una pareja, ocurra o no ocurra la eyaculación. "Penetración" no incluye el sexo oral o el uso de dildos.

[Si Q303 < 6, es decir, en los últimos 12 meses],

Q304 En los últimos 12 meses, ¿con cuántas mujeres diferentes has practicado la penetración?

- 0 = Ninguna
- 1 = 1
- 2 = 2
- [...]
- 9 = 9
- 10 = 10 o más

[Si Q304 > 0],

Q305 En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia has utilizado condón cuando has practicado la penetración con mujeres?

- 1 = Nunca
- 2 = Casi nunca
- 3 = A veces
- 4 = La mayoría de veces
- 5 = Siempre

¿Conocías esta información sobre la transmisión del VIH?

Q306-Q308. Las tres afirmaciones siguientes son todas verdaderas. ¿Conocías ya esta información?

Q306 El VIH no puede ser transmitido por besar, incluso si el beso es profundo, porque la saliva no transmite el VIH.

- 1. Ya la conocía
- 2. No estaba seguro
- 3. No la conocía
- 4. No la entiendo
- 5. No me la creo

Q307 Tú puedes adquirir el VIH a través de tu pene cuando eres 'activo' (penetrar a otro/as) en el sexo anal o vaginal sin condón, incluso si no eyaculas.

- 1. Ya la conocía
- 2. No estaba seguro
- 3. No la conocía
- 4. No la entiendo
- 5. No me la creo

Q308 Tú puedes adquirir el VIH a través de tu ano o vagina cuando tienes sexo como 'pasivo/a' (ser penetrado/a).

- 1. Ya la conocía
- 2. No estaba seguro
- 3. No la conocía
- 4. No la entiendo
- 5. No me la creo

Q309 ¿Cuál crees que es tu estado serológico del VIH (independientemente de que te hayas realizado o no la prueba del VIH)?

- 1 = Negativo, con toda seguridad (no tengo el VIH)
- 2 = Probablemente negativo
- 3 = No estoy seguro/No lo sé
- 4 = Probablemente positivo

5 = Positivo, con toda seguridad (tengo el VIH)

¿Conocías esta información sobre la transmisión de las ITS?

Q310-Q312. Las tres afirmaciones siguientes son todas verdaderas. ¿Conocías ya esta información?

Q310 La mayoría de infecciones de transmisión sexual pueden ser transmitidas más fácilmente que el VIH.

1. Ya la conocía
2. No estaba seguro
3. No la conocía
4. No la entiendo
5. No me la creo

Q311 Debido a que, a veces, las ITS no tienen síntomas, las personas pueden tener infecciones de transmisión sexual sin saberlo.

1. Ya la conocía
2. No estaba seguro
3. No la conocía
4. No la entiendo
5. No me la creo

Q312 El uso correcto del condón durante la penetración reduce la probabilidad de adquirir y transmitir las ITS (incluido el VIH).

1. Ya la conocía
2. No estaba seguro
3. No la conocía
4. No la entiendo
5. No me la creo

Sobre tu acceso a los condones

Q313 ¿Cuándo fue la última vez que practicaste la penetración sin condón solamente porque no tenías un condón?

- 1 = En las últimas 24 horas
- 2 = En los últimos 7 días
- 3 = En las últimas 4 semanas
- 4 = En los últimos 6 meses
- 5 = En los últimos 12 meses
- 6 = En los últimos 5 años
- 7 = Hace más de 5 años
- 8 = Nunca

Q314-Q322. En los últimos 12 meses, ¿dónde conseguiste condones? (Marca todas las que consideres)

Q314 Compré por Internet

- 1 = No
- 2 = Sí

Q315 Compré en una tienda (no por Internet)

- 1 = No
- 2 = Sí

Q316 Compré de una máquina expendedora de condones

1 = No

2 = Sí

Q317 Gratis de servicios de salud (centros de salud, hospitales, clínicas, policlínicas)

1 = No

2 = Sí

Q318 Gratis de bares/clubs/discos gay

1 = No

2 = Sí

Q319 Gratis de saunas

1 = No

2 = Sí

Q320 Gratis de organizaciones LGTB o del VIH

1 = No

2 = Sí

Q321 De amigos/parejas sexuales

1 = No

2 = Sí

Q322 Otra respuesta

1 = No

2 = Sí

Q323 No conseguí condones en los últimos 12 meses

1 = No

2 = Sí

[Si Q322 = 2],

Q324 Por favor, describe tu otra respuesta.

[Respuesta escrita por el participante]

[Si alguna de Q314 a Q322= 2],

Q325 En los últimos 12 meses, ¿dónde conseguiste condones con más frecuencia?

1. Compré por Internet
2. Compré en una tienda (no por Internet)
3. Compré de una máquina expendedora de condones
4. Gratis de servicios de salud (centros de salud, hospitales, clínicas, policlínicas)
5. Gratis de bares/clubs/discos gay
6. Gratis de saunas
7. Gratis de organizaciones LGTB o del VIH
8. De amigos/parejas sexuales

9. Otra respuesta

[Si Q325 = 9],

Q326 Por favor, describe tu otra respuesta.

[Respuesta escrita por el participante]

¿Cómo te has sentido recientemente?

Q327-Q331 En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia te has sentido afectado por los siguientes problemas?

Q327 Sentirte nervioso, intranquilo o con los nervios de punta

- 1 = Nunca
- 2 = Algunos días
- 3 = Más de la mitad de los días
- 4 = Casi todos los días

Q328 No poder dejar de preocuparte o no poder controlar la preocupación.

- 1 = Nunca
- 2 = Algunos días
- 3 = Más de la mitad de los días
- 4 = Casi todos los días

Q329 Poco interés o placer en hacer cosas

- 1 = Nunca
- 2 = Algunos días
- 3 = Más de la mitad de los días
- 4 = Casi todos los días

Q330 Sentirte triste, deprimido o sin esperanza.

- 1 = Nunca
- 2 = Algunos días
- 3 = Más de la mitad de los días
- 4 = Casi todos los días

Q330_PHQ4 PHQ4 (combina ansiedad y depresión). **VARIABLE RECODIFICADA.** Contiene la puntuación total de la escala que permite determinar los niveles de severidad de síntomas asociados a los trastornos de ansiedad o depresión. Para su interpretación, revisar sección 8, subapartado 8.2 de este manual.

Q331 Tener pensamientos como que sería mejor estar muerto, o de hacerte daño a ti mismo/a de alguna forma.

- 1 = Nunca
- 2 = Algunos días
- 3 = Más de la mitad de los días
- 4 = Casi todos los días

Nota: Este ítem pertenece a la escala PHQ-9. Para su interpretación, revisar sección 8, subapartado 8.3 de este manual.

Sobre el uso de varias sustancias

¿Cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que consumiste las siguientes sustancias en cualquier contexto o situación?. Por favor, contesta cuándo lo hiciste por última vez, incluso si no es frecuente en ti.

Q332 ¿Cuándo fue la última vez que consumiste alcohol?

- 1 = En las últimas 24 horas
- 2 = En los últimos 7 días
- 3 = En las últimas 4 semanas
- 4 = En los últimos 6 meses
- 5 = En los últimos 12 meses
- 6 = En los últimos 5 años
- 7 = Hace más de 5 años
- 8 = Nunca

Q333 ¿Cuándo fue la última vez que consumiste tabaco o productos de tabaco?

- 1 = En las últimas 24 horas
- 2 = En los últimos 7 días
- 3 = En las últimas 4 semanas
- 4 = En los últimos 6 meses
- 5 = En los últimos 12 meses
- 6 = En los últimos 5 años
- 7 = Hace más de 5 años
- 8 = Nunca

Q334 ¿Cuándo fue la última vez que consumiste poppers?

- 1 = En las últimas 24 horas
- 2 = En los últimos 7 días
- 3 = En las últimas 4 semanas
- 4 = En los últimos 6 meses
- 5 = En los últimos 12 meses
- 6 = En los últimos 5 años
- 7 = Hace más de 5 años
- 8 = Nunca

Q335 ¿Cuándo fue la última vez que consumiste Viagra®, Cialis®, Levitra® u otros que ayudan a conseguir o mantener la erección?

- 1 = En las últimas 24 horas
- 2 = En los últimos 7 días
- 3 = En las últimas 4 semanas
- 4 = En los últimos 6 meses
- 5 = En los últimos 12 meses
- 6 = En los últimos 5 años
- 7 = Hace más de 5 años
- 8 = Nunca

Q336 ¿Cuándo fue la última vez que consumiste sedantes o tranquilizantes: Valium®/Seduxen® (diazepam), Xanax®/Trankimazin® (alprazolam), Rivotril®, Rohipnol®, Fenazepam®?

- 1 = En las últimas 24 horas
- 2 = En los últimos 7 días
- 3 = En las últimas 4 semanas
- 4 = En los últimos 6 meses
- 5 = En los últimos 12 meses
- 6 = En los últimos 5 años
- 7 = Hace más de 5 años
- 8 = Nunca

Q337 ¿Alguna vez has tomado alguna otra droga recreacional o ilícita?

- 1 = No
- 2 = Sí

[Si Q337 = 2],

Sobre otras sustancias que puedes haber consumido

¿Cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que consumiste las siguientes sustancias en cualquier contexto?. Por favor, contesta cuándo lo hiciste por última vez, incluso si no es frecuente en ti.

Q338 ¿Cuándo fue la última vez que consumiste cannabis (marihuana, hachís, hierba, porro, canuto, pito, mota, 420, weed)?

- 1 = En las últimas 24 horas
- 2 = En los últimos 7 días
- 3 = En las últimas 4 semanas
- 4 = En los últimos 6 meses
- 5 = En los últimos 12 meses
- 6 = En los últimos 5 años
- 7 = Hace más de 5 años
- 8 = Nunca

Q339 ¿Cuándo fue la última vez que consumiste canabinoides sintéticos (marihuana sintética, spice, K2, incienso, krippy/cripy, cripa, joker, black mamba, kush, kronic)?

- 1 = En las últimas 24 horas
- 2 = En los últimos 7 días
- 3 = En las últimas 4 semanas
- 4 = En los últimos 6 meses
- 5 = En los últimos 12 meses
- 6 = En los últimos 5 años
- 7 = Hace más de 5 años
- 8 = Nunca

Q340 ¿Cuándo fue la última vez que consumiste éxtasis (tachas, rola, pepa, molly) en su forma de pastillas?

- 1 = En las últimas 24 horas
- 2 = En los últimos 7 días
- 3 = En las últimas 4 semanas
- 4 = En los últimos 6 meses
- 5 = En los últimos 12 meses
- 6 = En los últimos 5 años
- 7 = Hace más de 5 años
- 8 = Nunca

Q341 ¿Cuándo fue la última vez que consumiste MDMA (eme, M) en su forma de cristalitos o polvo?

- 1 = En las últimas 24 horas
- 2 = En los últimos 7 días
- 3 = En las últimas 4 semanas
- 4 = En los últimos 6 meses
- 5 = En los últimos 12 meses
- 6 = En los últimos 5 años
- 7 = Hace más de 5 años
- 8 = Nunca

Q342 ¿Cuándo fue la última vez que consumiste anfetaminas (speed)?

- 1 = En las últimas 24 horas
- 2 = En los últimos 7 días
- 3 = En las últimas 4 semanas
- 4 = En los últimos 6 meses
- 5 = En los últimos 12 meses

- 6 = En los últimos 5 años
- 7 = Hace más de 5 años
- 8 = Nunca

Q343 ¿Cuándo fue la última vez que consumiste metanfetamina (crystal meth, cris, tina)?

- 1 = En las últimas 24 horas
- 2 = En los últimos 7 días
- 3 = En las últimas 4 semanas
- 4 = En los últimos 6 meses
- 5 = En los últimos 12 meses
- 6 = En los últimos 5 años
- 7 = Hace más de 5 años
- 8 = Nunca

Q344 ¿Cuándo fue la última vez que consumiste heroína (H, mona, alto calibre, avispa, jeringa) u otras drogas derivadas del opio (fentanil, metadona u otros)?

- 1 = En las últimas 24 horas
- 2 = En los últimos 7 días
- 3 = En las últimas 4 semanas
- 4 = En los últimos 6 meses
- 5 = En los últimos 12 meses
- 6 = En los últimos 5 años
- 7 = Hace más de 5 años
- 8 = Nunca

Q345 ¿Cuándo fue la última vez que consumiste mefedrona (mefe)?

- 1 = En las últimas 24 horas
- 2 = En los últimos 7 días
- 3 = En las últimas 4 semanas
- 4 = En los últimos 6 meses
- 5 = En los últimos 12 meses
- 6 = En los últimos 5 años
- 7 = Hace más de 5 años
- 8 = Nunca

Q346 ¿Cuándo fue la última vez que consumiste estimulantes sintéticos distintos a la mefedrona (sales de baño, metoxetamina/MXE, metilona/3-MMC, metilethcatinona/4-MEC, fluoroanfetamina/éxtasis light/4FA), feniletilamina (2CB, Nexus o tusi), PCP (polvo de Ángel)?

- 1 = En las últimas 24 horas
- 2 = En los últimos 7 días
- 3 = En las últimas 4 semanas
- 4 = En los últimos 6 meses
- 5 = En los últimos 12 meses
- 6 = En los últimos 5 años
- 7 = Hace más de 5 años
- 8 = Nunca

Q347 ¿Cuándo fue la última vez que consumiste GHB/GBL (G, gi, yi)?

- 1 = En las últimas 24 horas
- 2 = En los últimos 7 días
- 3 = En las últimas 4 semanas
- 4 = En los últimos 6 meses
- 5 = En los últimos 12 meses
- 6 = En los últimos 5 años

7 = Hace más de 5 años
8 = Nunca

Q348 ¿Cuándo fue la última vez que consumiste ketamina (keta, special K)?

1 = En las últimas 24 horas
2 = En los últimos 7 días
3 = En las últimas 4 semanas
4 = En los últimos 6 meses
5 = En los últimos 12 meses
6 = En los últimos 5 años
7 = Hace más de 5 años
8 = Nunca

Q349 ¿Cuándo fue la última vez que consumiste LSD (ácido, papelito, tryp, tripa, ajos, cartón, dibujo)?

1 = En las últimas 24 horas
2 = En los últimos 7 días
3 = En las últimas 4 semanas
4 = En los últimos 6 meses
5 = En los últimos 12 meses
6 = En los últimos 5 años
7 = Hace más de 5 años
8 = Nunca

Q350 ¿Cuándo fue la última vez que consumiste cocaína (coca, perico, falopa, merca, polvo blanco, blanca nieves)?

1 = En las últimas 24 horas
2 = En los últimos 7 días
3 = En las últimas 4 semanas
4 = En los últimos 6 meses
5 = En los últimos 12 meses
6 = En los últimos 5 años
7 = Hace más de 5 años
8 = Nunca

Q351 ¿Cuándo fue la última vez que consumiste crack, pasta base/pasta básica de cocaína, paco, bazuco/basuco, cacho, piedra?

1 = En las últimas 24 horas
2 = En los últimos 7 días
3 = En las últimas 4 semanas
4 = En los últimos 6 meses
5 = En los últimos 12 meses
6 = En los últimos 5 años
7 = Hace más de 5 años
8 = Nunca

Sobre el uso de inyecciones

Q352 ¿Alguna vez te has inyectado (o te han inyectado) esteroides anabólicos (testosterona)?

1. No, nunca
2. Sí, en los últimos 12 meses
3. Sí, hace más de 12 meses

Q353 ¿Alguna vez te has inyectado (o te han inyectado) alguna droga para estar puesto, volado, duro, fumado, drogo o subido (con excepción de los esteroides anabólicos o medicamentos recetados)?

1. No, nunca
2. Sí, en los últimos 12 meses
3. Sí, hace más de 12 meses

[Si Q353 = 2],

Q354 En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces te has inyectado (o te han inyectado) alguna droga que no sean esteroides anabólicos o medicamentos?

- 1 = 1
2 = 2
[...]
9 = 9
10 = 10 o más

Q355-Q364 En los últimos 12 meses, ¿qué drogas te has inyectado o te han inyectado?

Q355 MDMA (eme, M)

- 1 = No
2 = Sí

Q356 Anfetamina (speed)

- 1 = No
2 = Sí

Q357 Metanfetamina (crystal meth, cris, tina)

- 1 = No
2 = Sí

Q358 Heroína (H, mona, alto calibre, avispa, jeringa) u otras drogas derivadas del opio (fentanil, metadona u otros)

- 1 = No
2 = Sí

Q359 Mefedrona (mefe)

- 1 = No
2 = Sí

Q360 Estimulantes sintéticos distintos a la mefedrona (sales de baño, metoxetamina/MXE, metilona/3-MMC, metilethcatinona/4-MEC, fluoroanfetamina/éxtasis light/4FA), feniletilamina (2CB, Nexus o tusi), PCP (polvo de Ángel)

- 1 = No
2 = Sí

Q361 Ketamina (keta, special K)

- 1 = No
2 = Sí

Q362 Cocaína (coca, perico, falopa, merca, polvo blanco, blanca nieves)

- 1 = No
2 = Sí

Q363 Crack, pasta base/pasta básica de cocaína, paco, bazuco/basuco, cacho, piedra

- 1 = No
- 2 = Sí

Q364 Me inyecté drogas pero no sé qué drogas

- 1 = No
- 2 = Sí

Q365 ¿Cuándo fue la última vez que te inyectaste con una aguja o jeringa usada, prestada, alquilada o vendida por otra persona?

- 1 = En las últimas 24 horas
- 2 = En los últimos 7 días
- 3 = En las últimas 4 semanas
- 4 = En los últimos 6 meses
- 5 = En los últimos 12 meses
- 6 = En los últimos 5 años
- 7 = Hace más de 5 años
- 8 = Nunca

Sobre combinar sexo y drogas

Q366 ¿Cuándo fue la última vez que tuviste sexo sobrio (es decir, NO bajo la influencia del alcohol o cualquier otra droga)?

- 1 = En las últimas 24 horas
- 2 = En los últimos 7 días
- 3 = En las últimas 4 semanas
- 4 = En los últimos 6 meses
- 5 = En los últimos 12 meses
- 6 = En los últimos 5 años
- 7 = Hace más de 5 años
- 8 = Nunca

[Si Q174 < 6, es decir, tuvo sexo con un hombre en los últimos 12 meses],

Q367 En los últimos 12 meses, ¿cuánto del sexo que has tenido con hombres ha sido bajo la influencia del alcohol o de cualquier otra droga?

- 1 = Nada
- 2 = Casi nada
- 3 = Menos de la mitad
- 4 = Casi la mitad
- 5 = Más de la mitad
- 6 = Casi todo
- 7 = Todo

[Si Q337 = 2, es decir, alguna vez había tomado alguna otra droga recreacional o ilícita],

Q368 ¿Cuándo fue la última vez que utilizaste drogas para hacer que el sexo fuera más intenso o que durara más tiempo?

- 1 = En las últimas 24 horas
- 2 = En los últimos 7 días
- 3 = En las últimas 4 semanas
- 4 = En los últimos 6 meses
- 5 = En los últimos 12 meses
- 6 = En los últimos 5 años
- 7 = Hace más de 5 años
- 8 = Nunca

[Si Q368 < 8, es decir, alguna vez utilizó drogas con fines sexualizados]

Q369 ¿Cuándo fue la última vez que combinaste drogas y sexo con más de un hombre al mismo tiempo?

- 1 = En las últimas 24 horas
- 2 = En los últimos 7 días
- 3 = En las últimas 4 semanas
- 4 = En los últimos 6 meses
- 5 = En los últimos 12 meses
- 6 = En los últimos 5 años
- 7 = Hace más de 5 años
- 8 = Nunca

[Si Q369 < 6, es decir, combinó sexo con drogas con más de un hombre en los últimos 12 meses]

Q370 ¿Dónde tuvo lugar ese encuentro sexual más reciente con uso de drogas y múltiples parejas?

- 1 = En mi casa
- 2 = En la casa de uno de ellos
- 3 = En un cuarto/una habitación de hotel
- 4 = En un club o cuarto oscuro de un bar
- 5 = En una sauna
- 6 = En un cine porno
- 7 = En una zona o lugar de ligue, cacería, encuentro, levante, conecte, rebusque (calle, área de servicio en carreteras, parque, bosque, playa, baños públicos)
- 8 = Otra respuesta

[Si Q370 = 8],

Q371 Por favor, describe tu otra respuesta.

[Respuesta escrita por el participante]

[Si Q369 < 6, es decir, combinó sexo con drogas con más de un hombre en los últimos 12 meses]

Q372 ¿Durante cuántos años has estado combinando drogas y múltiples parejas sexuales?

- 1 = Menos de un año
- 2 = Menos de 2 años
- 3 = Menos de 3 años
- [...]
- 9 = Menos de 9 años
- 10 = Aproximadamente 10 años
- 11 = Más de 10 años

Preocupación sobre el consumo de drogas

[Si Q334<6 o Q336<6 o Q338<6 o Q339<6 o Q340<6 o Q341<6 o Q342<6 o Q343<6 o Q344<6 o Q345<6 o Q346<6 o Q347<6 o Q348<6 o Q349<6 o Q350<6 o Q351<6],

Estás de acuerdo o en desacuerdo con la siguiente afirmación:

Q373 Me preocupa mi consumo de drogas recreativas.

- 1 = Totalmente en desacuerdo
- 2 = En desacuerdo
- 3 = No estoy seguro
- 4 = De acuerdo
- 5 = Totalmente de acuerdo

Q374 ¿Alguna vez has consultado con un profesional de la salud por tu preocupación sobre el consumo de drogas (aparte del uso de tabaco y/o del alcohol)?

- 1 = Sí, en las últimas 24 horas
- 2 = Sí, en los últimos 7 días
- 3 = Sí, en las últimas 4 semanas
- 4 = Sí, en los últimos 6 meses
- 5 = Sí, en los últimos 12 meses
- 6 = Sí, en los últimos 5 años
- 7 = Sí, hace más de 5 años
- 8 = No, nunca

Q375 ¿Alguna vez has asistido a un grupo de autoayuda, un centro de rehabilitación o a un asesor sobre tu consumo de drogas (aparte del uso de tabaco y/o del alcohol)?

- 1 = Sí, en las últimas 24 horas
- 2 = Sí, en los últimos 7 días
- 3 = Sí, en las últimas 4 semanas
- 4 = Sí, en los últimos 6 meses
- 5 = Sí, en los últimos 12 meses
- 6 = Sí, en los últimos 5 años
- 7 = Sí, hace más de 5 años
- 8 = No, nunca

Preocupación sobre el consumo de alcohol

[Si Q332 < 6, es decir, consumió alcohol en los últimos 12 meses]

Q376-Q379 Piensa en el consumo de alcohol en los últimos 12 meses...

Q376 ¿Has intentado reducir tu consumo de alcohol?

- 1 = No
- 2 = Sí

Q377 ¿Te ha molestado alguien por criticar tu forma de beber?

- 1 = No
- 2 = Sí

Q378 ¿Te has sentido mal o culpable por beber?

- 1 = No
- 2 = Sí

Q379 ¿Has tomado una copa a primera hora de la mañana para estabilizar tus nervios o quitarte una resaca?

- 1 = No
- 2 = Sí

Q379_CAGE4 CAGE4 indicador de dependencia al alcohol. [VARIABLE RECODIFICADA DE Q376 A Q379. Para su interpretación revisar sección 8, apartado 8.4.](#)

Q380 ¿Alguna vez has consultado con un profesional de la salud por tu preocupación sobre el consumo de alcohol?

- 1 = Sí, en las últimas 24 horas
- 2 = Sí, en los últimos 7 días
- 3 = Sí, en las últimas 4 semanas
- 4 = Sí, en los últimos 6 meses
- 5 = Sí, en los últimos 12 meses
- 6 = Sí, en los últimos 5 años
- 7 = Sí, hace más de 5 años

8 = No, nunca

Q381 Randomización para preguntas sobre Soporte social u Homonegatividad internalizada [NO VALIDA PARA LAMIS]

¿Cómo te sientes respecto al apoyo social?

Q382-Q389 ¿Estás de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes 8 afirmaciones? (Marca una respuesta en cada fila)

Q382 Hay personas a las que puedo acudir en momentos difíciles.

1 = Totalmente en desacuerdo

2 = En desacuerdo

3 = De acuerdo

4 = Totalmente de acuerdo

Q383 Nadie comparte mis intereses y preocupaciones

1 = Totalmente en desacuerdo

2 = En desacuerdo

3 = De acuerdo

4 = Totalmente de acuerdo

Q384 Hay personas a las que les gustan las mismas actividades que a mí

1 = Totalmente en desacuerdo

2 = En desacuerdo

3 = De acuerdo

4 = Totalmente de acuerdo

Q385 No puedo acudir a nadie cuando lo necesito

1 = Totalmente en desacuerdo

2 = En desacuerdo

3 = De acuerdo

4 = Totalmente de acuerdo

Q386 A nadie le gusta hacer las mismas cosas que a mí

1 = Totalmente en desacuerdo

2 = En desacuerdo

3 = De acuerdo

4 = Totalmente de acuerdo

Q387 Hay personas con las que puedo contar siempre que lo necesito

1 = Totalmente en desacuerdo

2 = En desacuerdo

3 = De acuerdo

4 = Totalmente de acuerdo

Q388 Siento que formo parte de un grupo que piensa como yo

1 = Totalmente en desacuerdo

2 = En desacuerdo

3 = De acuerdo

4 = Totalmente de acuerdo

Q389 Si algo me va mal, nadie me ayuda.

- 1 = Totalmente en desacuerdo
- 2 = En desacuerdo
- 3 = De acuerdo
- 4 = Totalmente de acuerdo

Q389_alliance Subescala Alianza confiable - Soporte social. **VARIABLE RECODIFICADA.** Esta variable suma los ítems Q382, Q385 (invertido), Q387 y Q389 (invertido) en la subescala Alianza confiable que va de 4 a 16 puntos. Una puntuación más alta indica una mayor alianza. Para mayor información sobre esta subescala, revisar sección 8, apartado 8.5, de este manual.

Q389_integration Subescala Integración social - Soporte social. **VARIABLE RECODIFICADA.** [Esta variable suma los ítems Q383 (invertido), Q384, Q386 (invertido) y Q388 en la subescala de integración social que va de 4 a 16 puntos. Una puntuación más alta indica una mayor integración social. Para mayor información sobre esta subescala, revisar sección 8, apartado 8.5, de este manual.

¿Hasta qué punto estás cómodo con la homosexualidad?

¿Estás de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones en una escala de 1 (totalmente en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo)? Por favor, no gastes mucho tiempo pensando en cada una de las afirmaciones. (Marca una respuesta en cada fila)

Q390 Me siento cómodo en bares gay

- 1 = 1 Totalmente en desacuerdo
- 2
- 3
- 4 = 4 Indeciso
- 5
- 6
- 7 = 7 Totalmente de acuerdo
- 8 = No aplica en mi caso

Q391 Las situaciones sociales con hombres gais me hacen sentir incómodo

- 1 = 1 Totalmente en desacuerdo
- 2
- 3
- 4 = 4 Indeciso
- 5
- 6
- 7 = 7 Totalmente de acuerdo
- 8 = No aplica en mi caso

Q392 Me siento cómodo siendo visto en público con una persona que es obviamente gay

- 1 = 1 Totalmente en desacuerdo
- 2
- 3
- 4 = 4 Indeciso
- 5
- 6
- 7 = 7 Totalmente de acuerdo
- 8 = No aplica en mi caso

Q393 Me siento cómodo hablando en público sobre la homosexualidad

- 1 = 1 Totalmente en desacuerdo
- 2
- 3
- 4 = 4 Indeciso
- 5
- 6
- 7 = 7 Totalmente de acuerdo
- 8 = No aplica en mi caso

Q394 Me siento bien siendo homosexual

- 1 = 1 Totalmente en desacuerdo
- 2
- 3
- 4 = 4 Indeciso
- 5
- 6
- 7 = 7 Totalmente de acuerdo
- 8 = No aplica en mi caso

Q395 La homosexualidad es moralmente aceptable para mí

- 1 = 1 Totalmente en desacuerdo
- 2
- 3
- 4 = 4 Indeciso
- 5
- 6
- 7 = 7 Totalmente de acuerdo
- 8 = No aplica en mi caso

Q396 Aunque pudiera cambiar mi orientación sexual, no lo haría.

- 1 = 1 Totalmente en desacuerdo
- 2
- 3
- 4 = 4 Indeciso
- 5
- 6
- 7 = 7 Totalmente de acuerdo
- 8 = No aplica en mi caso

Q396_SIHS Puntaje de escala corta de Homonegatividad internalizada. **VARIABLE RECODIFICADA.** En conjunto, los ocho elementos Q390-Q396 forman una escala única que mide la *homonegatividad internalizada*. El puntaje ha sido calculado al re-escalar los ítems de 1-7 a 0-6; revertiendo los puntajes para los ítems Q390, Q392, Q393, Q394, Q395 y Q396; y tomando el puntaje promedio para los 7 ítems. Por lo tanto, la escala varía de 0 a 6. Las puntuaciones sólo se pueden calcular si se valoraron los 7 ítems. Los casos que responden "No aplica en mi caso" o con datos perdidos para cualquiera de los 7 ítems no tienen una puntuación de homonegatividad internalizada. Solo para esta variable, las respuestas faltantes se indican con -1. Para mayor información sobre esta escala, revisar sección 8, apartado 8.6, de este manual.

Sobre la intimidación y ataques homófobos

Por favor, dinos cuándo fue la última vez que te pasaron las siguientes situaciones, incluso si no son habituales para ti.

Q397 ¿Cuándo fue la última vez que te miraron fijamente o te sentiste intimidado porque alguien sabía o creía saber que te sientes atraído por hombres?

- 1 = En las últimas 24 horas
- 2 = En los últimos 7 días
- 3 = En las últimas 4 semanas
- 4 = En los últimos 6 meses
- 5 = En los últimos 12 meses
- 6 = En los últimos 5 años
- 7 = Hace más de 5 años
- 8 = Nunca

Q398 ¿Cuándo fue la última vez que recibiste insultos verbales porque alguien sabía o creía saber que te sientes atraído por hombres?

- 1 = En las últimas 24 horas

- 2 = En los últimos 7 días
- 3 = En las últimas 4 semanas
- 4 = En los últimos 6 meses
- 5 = En los últimos 12 meses
- 6 = En los últimos 5 años
- 7 = Hace más de 5 años
- 8 = Nunca

Q399 ¿Cuándo fue la última vez que recibiste un puñetazo, te atacaron, te dieron una patada o te golpearon porque alguien sabía o creía saber que te sientes atraído por hombres?

- 1 = En las últimas 24 horas
- 2 = En los últimos 7 días
- 3 = En las últimas 4 semanas
- 4 = En los últimos 6 meses
- 5 = En los últimos 12 meses
- 6 = En los últimos 5 años
- 7 = Hace más de 5 años
- 8 = Nunca

Algunas informaciones finales sobre ti...

Q400LAMIS ¿Cuál es el nivel educativo más alto que has alcanzado?

- 1 = Sin estudios o educación básica (primaria) incompleta
- 2 = Educación básica o estudios primarios
- 3 = Estudios secundarios
- 4 = Estudios de bachillerato, estudios terciarios/tecnológicos o formación técnica profesional (por ejemplo, carreras cortas en Institutos)
- 5 = Estudios universitarios (licenciatura)
- 6 = Postgrado, especialización, máster, doctorado

Q401 ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor tu situación laboral?

- 1 = Empleado a tiempo completo
- 2 = Empleado a tiempo parcial o medio tiempo
- 3 = Trabajador independiente o autónomo
- 4 = Sin trabajo, desempleado
- 5 = Estudiante
- 6 = Retirado, jubilado
- 7 = Licencia laboral por enfermedad de larga duración
- 8 = Otras

Q402 ¿Cuál de estas frases dirías que se acerca más a la percepción que tienes sobre tus ingresos actuales?

- 1 = Vivo muy cómodamente con mis ingresos actuales
- 2 = Vivo cómodamente con mis ingresos actuales
- 3 = Ni cómodo ni en apuros con mis ingresos actuales
- 4 = En apuros con mis ingresos actuales
- 5 = Realmente muy en apuros con mis ingresos actuales

Q403 ¿Te consideras perteneciente a una etnia indígena, afro-descendiente o pueblo originario en <Q008>?

- 1 = No
- 2 = Sí

[Si Q403 = 2],

Q405 ¿A qué etnia, descendencia o pueblo te consideras perteneciente?

[Respuesta escrita por el participante]

