

Encuestas de Comportamiento en Consumidores de Drogas con Alto Riesgo (CODAR)

[HERRAMIENTAS BÁSICAS]

Cuaderno 1

Diseño del estudio, adaptación del cuestionario e indicadores



Encuestas de Comportamiento en Consumidores de Drogas con Alto Riesgo (CODAR)

Cuaderno 1 Diseño del estudio, adaptación del cuestionario e indicadores

[HERRAMIENTAS BÁSICAS]

Existen iniciativas internacionales dirigidas a la armonización de instrumentos e indicadores para medir y vigilar los problemas de salud en consumidores de drogas. El proceso de estandarización es lento y ha de compatibilizar diferentes necesidades y diversos niveles de desarrollo técnico. En ese marco es posible que, en un futuro, haya que revisar y adaptar algunos aspectos específicos de estas *Herramientas Básicas*.

DATOS DE CATALOGACIÓN

Biblioteca Sede OPS – Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud
Encuesta de comportamiento en CODAR: Herramientas básicas
Diseño del estudio adaptación del cuestionario e indicadores

Washington, D.C.: OPS, © 2008

ISBN 978-92-75-32907

I. Título II. Cuadernos

1. INFECCIONES POR VIH - epidemiología
2. ABUSO DE SUSTANCIAS POR VIA INTRAVENOSA – complicaciones
3. CONDUCTA SEXUAL
4. CUESTIONARIO
5. RECOLECCIÓN DE DATOS – métodos
6. ENCUESTAS EPIDEMIOLOGICAS
7. VIGILANCIA DE LA POBLACIÓN – métodos
8. INDICADORES DE SALUD

NLM WA 110

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones.

Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse a la Unidad de VIH/SIDA, Washington, DC, Estados Unidos de América, que tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

© Organización Panamericana de la Salud, 2008

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos. Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

Las opiniones expresadas en este documento son responsabilidad exclusiva de los autores.

[RECONOCIMIENTOS]

Documento escrito por:

María José Bravo	Secretaría del Plan Nacional de Sida. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. España
Inés Elvira Mejía	Consultora, Ministerio de la Protección Social. Bogotá. Colombia
Gregorio Barrio	Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la Ciencia. Universidad Complutense de Madrid. España

A partir de un borrador discutido en una reunión celebrada los días 24-25 junio de 2004 en Buenos Aires, Argentina y posteriores aportaciones del siguiente grupo de trabajo (por orden alfabético):

- José Gaspar Britos. PREVER. Asunción. Paraguay
- Patricia Flores. Programa Caleta Sur. Santiago. Chile
- Carlos Magis. CENSIDA Ciudad de México. México
- Ernest Massiah. BID. Washington DC. USA
- Edgar Monterroso. CDC. Ciudad de Guatemala. Guatemala
- María Luz Osimani. IDES. Montevideo. Uruguay
- Anna Rodés. Programa para la prevención y el control de la Tuberculosis. Departamento de Salut. Generalitat de Catalunya. Barcelona. España
- Diana Rossi. Intercambios Asociación Civil. Buenos Aires. Argentina
- Enrique Vázquez. OPS. Buenos Aires. Argentina
- Lucas Wiessing. OEDT/EMCDDA. Lisboa. Portugal

Se agradecen también las aportaciones de:

- Paloma Cuchí. OPS/ONUSIDA. Ginebra. Suiza
- Luis de la Fuente. Instituto de Salud Carlos III & Secretaría para el Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. España
- Antonia Domingo. IMIM. Barcelona. España
- Maristela Monteiro. OPS. Washington. USA
- Raúl Ortiz Mondragón. CENSIDA. Ciudad de México. México
- Lourdes Raquel Samaniego. OPS. Asunción. Paraguay
- Carlos Toro. Servicio de enfermedades infecciosas. Hospital Carlos III. Madrid. España
- Mercedes Weissenbacher. CONICET. Buenos Aires. Argentina

Este documento puede ser consultado en Internet en la dirección: http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/VIH_drogas.htm

Usted puede utilizar la versión íntegra del Cuestionario C-CODAR-8 (VI-8) (*Cuaderno 3*) en papel o producir el suyo adaptando la versión electrónica en Word (http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/VIH_drogas.htm#Encuestas). En este último caso, no olvide añadir en las hojas de presentación de su documento una nota aclarando que se trata de una modificación del manuscrito original.

[TABLA DE CONTENIDO]

INTRODUCCIÓN	7
DISEÑO DEL ESTUDIO Y ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO	9
1. SOBRE LOS CODAR	10
1.1 ¿QUIÉNES SON?	10
1.2 OBJETIVOS DE LAS ENCUESTAS DE COMPORTAMIENTO EN CODAR	11
1.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE CODAR	12
1.4 DEFINICIÓN DE ZONAS GEOGRÁFICAS Y PERIODICIDAD DE LAS ENCUESTAS	16
1.5 CAPTACIÓN DE PARTICIPANTES EN LA ENCUESTA.	17
1.6 LA COMPARABILIDAD Y LOS INDICADORES PARA CODAR	20
1.7 TOMA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS.	21
1.7.1 Algoritmos para vigilancia y diagnóstico de infección por VIH.	21
1.7.2 Selección del tipo de muestra biológica y el tipo de prueba	24
1.7.3 Codificación y etiquetaje de muestras.	27
2. SOBRE LA ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO DEL ESTUDIO	28
2.1 LA PLANEACIÓN: ESTRUCTURAR UN PLAN DE INVESTIGACIÓN.	28
2.2 EL PROTOCOLO	30
2.3 LOS RECURSOS HUMANOS Y SU ENTRENAMIENTO	32
2.4 EL OPERATIVO DE CAMPO	33
2.4.1 Roles de los trabajadores de campo o entrevistadores	33
2.4.2 Logística	33
TRABAJANDO CON EL CUESTIONARIO: HACIA UNA VERSIÓN LOCAL.	35
3. ESTRUCTURA DEL C-CODAR	36
4. C-CODAR: UN CUESTIONARIO FLEXIBLE	37
4.1 PREGUNTAS CLAVES, OPCIONALES Y MÓDULOS INDISPENSABLES	37
4.2 CATEGORÍAS LOCALES	38
5. PERÍODOS DE REFERENCIA (PR)	39
5.1 LOS PR Y LOS SESGOS DE MEMORIA	39
5.2 LOS PR EN C-CODAR	39
6. PREPARACIÓN DE LA VERSIÓN LOCAL DEL C-CODAR	41
6.1 INSTRUCCIONES BÁSICAS	41

6.2	SIGNIFICADO DE LOS CÓDIGOS	43
6.3	CREACIÓN DE CÓDIGOS DE CUESTIONARIO Y ENTREVISTA	43
6.4	SUSTITUCIÓN DE CATEGORÍAS LOCALES	44
7.	LA CODIFICACIÓN POSTERIOR DEL C-CODAR	47
7.1	CATEGORÍAS " OTRO/A"	47
7.2	CÓDIGOS DE PAÍS Y CIUDAD	48
8.	LA PRUEBA PILOTO	49
9.	PRECISIONES SOBRE ALGUNOS MÓDULOS	49
9.1	INFORMACIÓN SOBRE ENTREVISTA Y RECLUTAMIENTO (<i>Módulo b</i>)	49
9.2	DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS (<i>Módulo c</i>)	50
9.3	PATRONES DE CONSUMO DE DROGAS (<i>Módulo d</i>)	50
9.4	ESTADO DE SALUD (<i>Módulo f</i>)	50
9.5	ALTERNATIVAS PARA INCLUIR EN EL <i>MÓDULO E</i> PARA ESTIMAR LA PREVALENCIA DE CODAR	51
9.6	PRÁCTICAS DE INYECCIÓN DE RIESGO (<i>Módulo h</i>)	54
	INDICADORES PARA CODAR	57
10.	INDICADORES BÁSICOS CODAR	59
10.1.	PRÁCTICAS DE INYECCIÓN DE RIESGO	59
10.1.1	CODAR-inyectores que en un período dado se inyectaron con una jeringa usada por otros	59
10.1.2	CODAR-inyectores que la última vez que se inyectaron usaron material de inyección usado antes por otros	60
10.1.3	CODAR-inyectores que en un período dado NO usaron ni una sola vez material de inyección previamente usado por otros.	60
10.1.4	CODAR-inyectores que en un período dado SÓLO realizaron <i>prácticas indirectas de compartir material para inyectarse</i>	61
10.2	PRÁCTICAS SEXUALES DE RIESGO	61
10.2.1	CODAR que tuvieron relaciones sexuales con al menos una <i>pareja no principal</i> en los últimos 12 meses	61
10.2.2	CODAR que vendieron las relaciones sexuales en los últimos 12 meses	62
10.2.3	CODAR que usaron condón en su última relación sexual (<i>según tipo de pareja</i>)	62
10.3	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	63
10.3.1	Edad media actual de los CODAR-inyectores	63
10.3.2	Edad media actual de los nuevos CODAR-inyectores.	63
10.4	PREVALENCIA DE INFECCIÓN POR VIH, VHB O VHC.	63
10.4.1	CODAR con serología positiva frente al VIH	63
10.4.2	CODAR con serología positiva frente al VHB	63
10.4.3	CODAR con serología positiva frente al VHC	63
11.	OTROS INDICADORES PARA CODAR	64
11.1	Características sociodemográficas	64
11.1.1	Proporción de mujeres CODAR.	64
11.1.2	Edad media de los CODAR	64
11.1.3	Proporción de CODAR sin domicilio fijo	64

11.2	Patrones de consumo de drogas y de inyección	65
11.2.1	CODAR con consumo <i>diario o casi diario</i> de sustancias psicoactivas durante los últimos 12 meses (<i>según tipo de droga</i>)	65
11.2.2	CODAR-no inyectores que se relacionaron en los últimos 12 meses con personas que se inyectan	66
11.2.3	CODAR-no inyectores que consumieron drogas en los últimos 12 meses en lugares donde alguien se inyectaba	66
11.2.4	Edad media de primera inyección de drogas de los CODAR-inyectores	67
11.2.5	CODAR-inyectores que usaron preferentemente la vía inyectada en los últimos 12 meses (<i>según tipo de droga</i>)	67
11.2.6	Numero de inyecciones que se administró un CODAR-inyector en los últimos 12 meses	67
11.2.7	CODAR que reutilizaron la misma jeringa en los últimos 12 meses en más de 5 ocasiones	68
11.3	Tratamiento para dejar o controlar el consumo de drogas	68
11.3.1	CODAR que nunca han recibido tratamiento para dejar o controlar el consumo de drogas	68
11.3.2	CODAR que han recibido tratamiento para dejar o controlar el consumo de drogas en los últimos 12 meses	68
11.3.3	CODAR que han recibido algún tipo de servicio o consejería relacionado con el VIH, VHC o VHB estando en tratamiento para dejar o controlar el consumo de drogas	68
11.4	Acceso y uso de otros servicios de salud	69
11.4.1	CODAR que no han sido atendidos por un profesional de la salud en los últimos 4 años	69
11.4.2	CODAR que no han acudido a un servicio de salud por temor a la policía o las autoridades	69
11.4.3	CODAR que nunca se han hecho la determinación serológica frente al VIH	69
11.4.4	CODAR que nunca se han hecho la determinación serológica frente al VHC	69
11.5	Acceso a material de inyección estéril	70
11.5.1	CODAR-inyectores que en los últimos 12 meses consiguieron de forma gratuita la mitad o más de las jeringas estériles utilizadas	70
11.5.2	CODAR-inyectores a quienes les fueron confiscadas jeringas en los últimos 12 meses	70
11.6	Estancia en centros de reforma o prisión e inyección de drogas	70
11.6.1	CODAR-inyectores que se inyectaron drogas en centros de reforma o prisión	70
11.7	Prácticas sexuales de riesgo e infecciones de transmisión sexual (ITS)	71
11.7.1	CODAR que usaron el condón en su última relación sexual con una <i>pareja no principal</i>	71
11.7.2	CODAR que utilizaron condón la última vez que vendieron una relación sexual	71
11.7.3	CODAR con conductas sexuales seguras en los últimos 12 meses	72
11.7.4	CODAR con relaciones sexuales antes de los 15 años	72
11.7.5	CODAR que informan de síntomas de ITS en los últimos 12 meses	72
11.7.6	CODAR que informan haber sido diagnosticados de ITS en los últimos 12 meses	73
11.7.7	CODAR que recibieron tratamiento la última vez que le diagnosticaron una ITS o tuvieron síntomas	73
11.8	Conocimientos sobre prevención del VIH y del VHC	73
11.8.1	CODAR con creencias o conocimientos correctos sobre el VIH, el VHC y su transmisión	73

ANEXO 75

I.	ABREVIATURAS Y ADVERTENCIAS AL LECTOR	76
II.	FUENTES CONSULTADAS	77
III.	ÍNDICE ALFABÉTICO	78

[INTRODUCCIÓN]

En todo el mundo tanto la vigilancia de segunda generación como la prevención de infecciones de transmisión sanguínea o sexual (ITSS) en consumidores de drogas psicoactivas se han centrado en los que usan la vía parenteral (**inyectores o inyectadores de drogas**), y en la infección por **VIH**.

Este enfoque está justificado por la enorme **magnitud y trascendencia** que ha alcanzado la epidemia de infección por VIH entre los inyectores de drogas de algunos territorios, y por la necesidad de **optimizar los recursos** disponibles.

En ese marco se han consensuado **indicadores** sobre marcadores biológicos y conductas de riesgo que han permitido hacer comparaciones temporales y geográficas de la epidemia de infección por VIH¹.

Sin embargo, hay que hacer algunas consideraciones que afectan de forma peculiar a la medida de las infecciones asociadas al consumo de drogas en América Latina y el Caribe (ALC):

1. **Además de los inyectores, otros consumidores de drogas** tienen también un riesgo importante de adquirir y difundir ITSS, especialmente los que usan **clorhidrato de cocaína por vía intranasal o cocaína en forma pasta base o basuco, o crack por vía pulmonar** (fumada). Por esta razón las encuestas de ITSS asociadas al consumo de drogas no deberían centrarse sólo en inyectores.

El consumo de **cocaína por vías no inyectadas** alcanza prevalencias relevantes en casi toda la Región. El **uso inyectado** es más frecuente en algunos países, como Argentina, Brasil, Uruguay y ciertas zonas de México o Paraguay, donde ha contribuido de forma decisiva a difundir la epidemia de infección por VIH.

2. Los datos disponibles indican que la prevalencia de infección por el **virus de la hepatitis C (VHC)** en los inyectores de drogas en ALC, como en el resto del mundo, es muy alta. La prevalencia de infección por el **virus de la hepatitis B (VHB)**, aunque suele ser más baja, iguala en muchas ocasiones a la del VIH.

La información sobre la extensión de VHC y VHB en los inyectores de drogas de ALC es muy limitada. Por ello, las encuestas de ITSS asociadas al consumo de drogas no deberían centrarse sólo en VIH.

3. Las **encuestas transversales repetidas** son seguramente el método más eficiente y factible para conocer la prevalencia de las conductas de riesgo y su evolución entre los consumidores de drogas.

Sin embargo, en todo el mundo, estos estudios, además de estar afectados por múltiples sesgos, suelen ser poco comparables temporal o geográficamente, debido a diferencias en la metodología aplicada, sobre todo en los criterios de selección de los sujetos y en las definiciones de las medidas e indicadores.

1 ONUSIDA. Programas Nacionales de Sida. Guía para el monitoreo y la evaluación. Ginebra: ONUSIDA; 2000. En http://www.epired.org/media/files/AIDS_guide_fin.pdf

Diversos países de ALC están comenzando a tener series de encuestas en consumidores de drogas. Trabajar de forma coordinada entre los países o las instituciones permitirá en un futuro tener indicadores comparables para la Región.

Herramientas Básicas constituye una **propuesta estandarizada para mejorar la comparabilidad de las encuestas** en consumidores de drogas en América Latina.

¿Qué incluye **Herramientas Básicas para Encuestas de comportamiento en Consumidores de Drogas con Alto Riesgo –CODAR–**?

- **Un cuestionario** (C-CODAR) para utilizar en entrevistas cara a cara con diversos tipos de CODAR (inyectores o consumidores de drogas por otras vías), y en diversos contextos (calle u otros “ambientes naturales”, programas de tratamiento de la dependencia, programas de reducción de daños, prisiones, etc.). Ver *Cuaderno 3*.

El C-CODAR se ha basado en instrumentos similares elaborados en todo el mundo que permiten obtener información fiable. Además, con anterioridad a esta edición el cuestionario fue probado en las ciudades de Buenos Aires y Bogotá mediante su aplicación a usuarios de drogas y la realización de grupos focales. Estas pruebas no pretendían contrastar la validez de las respuestas, ni adaptar los instrumentos a un país concreto, sino valorar la factibilidad de su aplicación e identificar posibles fuentes de error. Una versión preliminar fue probada en Paraguay.

- **Otros dos cuadernos**, *1: Diseño del estudio, adaptación del cuestionario e indicadores y 2: Manual de entrevista y aplicación del cuestionario*.

¿Qué pretende **Herramientas Básicas**?

Contribuir al estudio y la vigilancia de segunda generación de la transmisión de VIH y otras infecciones en CODAR, así como de otros aspectos del consumo de drogas y la transmisión de infecciones de transmisión sanguínea o sexual (ITSS).

Esta guía pretende **ayudarle en la planeación y ejecución del estudio** en el ámbito local.

¿Para quién puede ser útil?

Se ha elaborado para ser utilizada por los directores **nacionales de programas de prevención de VIH/sida, o de atención a los problemas derivados del uso de drogas**. También será útil para las instituciones que trabajan en dichas áreas en el nivel **regional o local**, o incluso para ayudar a los profesionales que en un determinado **centro, hospital o programa** pretenden conocer el perfil básico de los consumidores de drogas sobre todo en lo que se refiere a las conductas de riesgo para la transmisión de ITSS.

Si va a utilizar este material en su estudio, es crucial que revise a fondo los **tres cuadernos**, incluido el n° 2 *Manual de entrevista y aplicación del cuestionario*.

Todos los documentos están disponibles en http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/VIH_drogas.htm#Encuestas. Si desea solicitarlo a la OPS, diríjase a sida@paho.org.

[DISEÑO DEL ESTUDIO Y ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO]

1.	SOBRE LOS CODAR	10
1.1	¿QUIÉNES SON?	10
1.2	OBJETIVOS DE LAS ENCUESTAS DE COMPORTAMIENTO EN CODAR	11
1.3	CRITERIOS DE SELECCIÓN DE CODAR	12
1.4	DEFINICIÓN DE ZONAS GEOGRÁFICAS Y PERIODICIDAD DE LAS ENCUESTAS	16
1.5	CAPTACIÓN DE PARTICIPANTES EN LA ENCUESTA.	17
1.6	LA COMPARABILIDAD Y LOS INDICADORES PARA CODAR	20
1.7	TOMA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS.	21
1.7.1	Algoritmos para vigilancia y diagnóstico de infección por VIH.	21
1.7.2	Selección del tipo de muestra biológica y el tipo de prueba	24
1.7.3	Codificación y etiquetaje de muestras.	27
2.	SOBRE LA ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO DEL ESTUDIO	28
2.1	LA PLANEACIÓN: ESTRUCTURAR UN PLAN DE INVESTIGACIÓN	28
2.2	EL PROTOCOLO	30
2.3	LOS RECURSOS HUMANOS Y SU ENTRENAMIENTO	32
2.4	EL OPERATIVO DE CAMPO	33
2.4.1	Roles de los trabajadores de campo o entrevistadores.	33
2.4.2	Logística	33

Este capítulo le proporciona la siguiente información:

- Aspectos que son decisivos en el diseño de las encuestas en CODAR, como definición de las poblaciones, periodicidad de las encuestas, criterios de selección de la muestra o toma de muestras biológicas.
- Guión para la puesta en marcha de una encuesta en CODAR.

[1] SOBRE LOS CODAR

[1.1] ¿QUIÉNES SON?

Son **Consumidores de Drogas con Alto Riesgo** de adquirir o transmitir el VIH y otras ITSS (**CODAR**)

La inyección de drogas o el consumo de sustancias psicoactivas por otras vías, especialmente la cocaína, se relaciona con riesgo moderado o elevado de transmisión de infecciones de transmisión sanguínea o sexual (ITSS). Entre la población general el porcentaje de personas con un riesgo muy elevado de adquirir o transmitir el VIH y otras ITSS es comparativamente mucho menor que entre los inyectores de drogas (Figura 1).

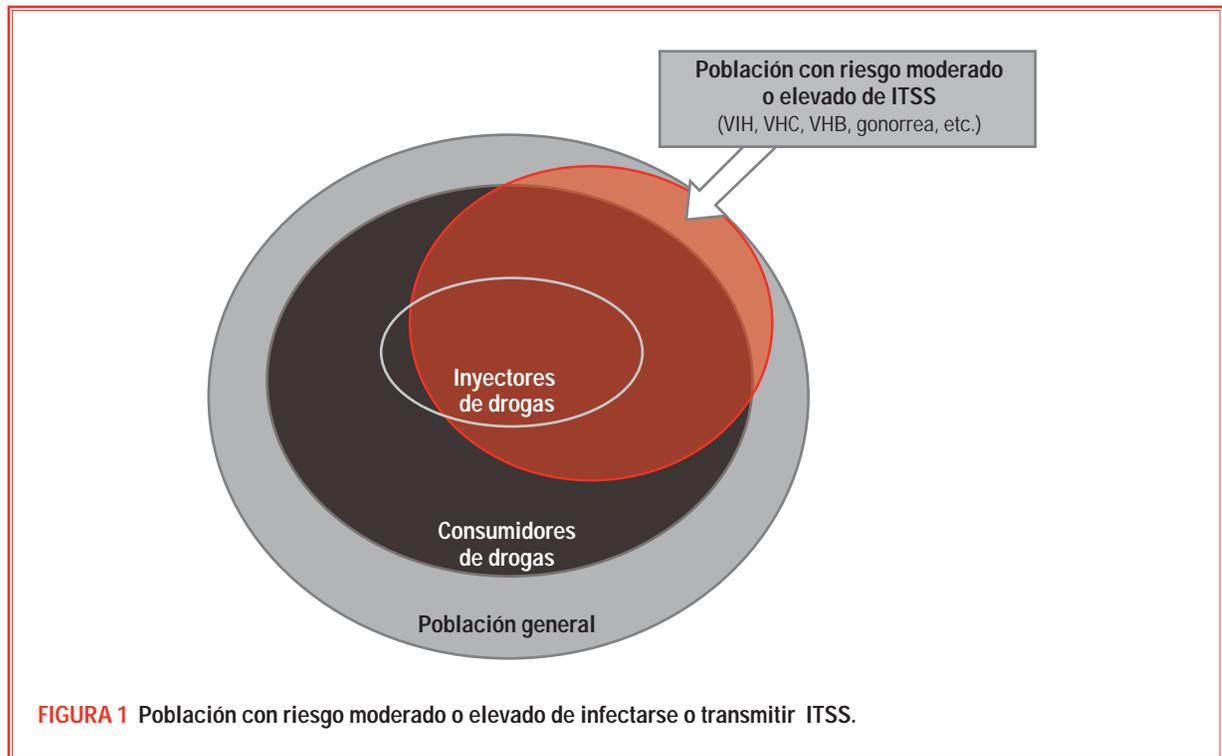


FIGURA 1 Población con riesgo moderado o elevado de infectarse o transmitir ITSS.

[1.2] OBJETIVOS DE LAS ENCUESTAS DE COMPORTAMIENTO EN CODAR

Objetivo general

Monitorizar las **principales conductas de riesgo** para algunas ITSS (fundamentalmente VIH, VHC y VHB) en grupos de CODAR y permitir la obtención de **marcadores biológicos, con el fin de orientar las políticas para prevenir la transmisión de dichas infecciones.**

Contribuir a la vigilancia de segunda generación del VIH y otras ITSS en consumidores de drogas.

Objetivos específicos

1. Conocer la prevalencia de las principales conductas de riesgo para dichas ITSS (usar jeringas usadas por otros, relaciones sexuales sin preservativo, etc.).
2. Conocer los patrones de consumo de las principales sustancias psicoactivas (frecuencia de consumo, vía de administración etc.).
3. Conocer el uso de servicios sanitarios y sociales, especialmente los orientados a prevenir y tratar las infecciones consideradas.
4. Conocer la prevalencia de algunas ITSS, como infecciones por VHC, VIH, VHB, sífilis, gonorrea, infección por *chlamydia*, *trichomonas* o *herpes*.
5. Conocer las variaciones geográficas de los aspectos considerados en los puntos 1-4.
6. Conocer la evolución temporal de los aspectos considerados en los puntos 1-4 (para encuestas transversales repetidas).
7. Identificar los subgrupos de CODAR con las más altas prevalencias de ITSS y de conductas de riesgo para las mismas.

Desde un punto de vista pragmático, además de los anteriores, puede ser conveniente introducir **otros objetivos secundarios** que ayuden a obtener financiación o aumenten la rentabilidad del estudio con más oportunidades de generar productos de investigación (sobre todo ante previsible dificultades para repetirlo). Sin embargo, hay que tener en cuenta, que la inclusión de otros objetivos no está exenta de peligros y puede **aumentar la complejidad del trabajo de campo y generar un cúmulo de datos que luego apenas se analizan porque no existen hipótesis de trabajo claras o capacidad de análisis.**

Algunos de estos objetivos secundarios podrían ser:

- Contribuir a estimar la prevalencia de CODAR o usuarios problemáticos de drogas.
- Conocer la frecuencia de algunos problemas agudos de salud que pueden relacionarse con el uso de cocaína, y la forma en que son atendidos.
- Conocer la frecuencia y los factores asociados a las sobredosis por opiáceos o cocaína, y la forma en que son atendidas.
- Conocer el acceso a los servicios de atención y la valoración de dichos servicios por parte de los CODAR.
- Conocer la violencia padecida por los CODAR.
- Conocer las manifestaciones de discriminación y estigmatización de los CODAR.
- Conocer otras prácticas de consumo de riesgo distintas a la inyección.
- Medir la calidad de vida de los CODAR.

El material *Herramientas Básicas* no incluye instrumentos específicos para alcanzar ninguno de los objetivos secundarios citados u otros que pudieran introducirse. Sin embargo, si desea medir la calidad de vida de los CODAR o estimar la prevalencia de CODAR puede encontrar algunas sugerencias en las págs. 51-54. El diseño del C-CODAR permite introducir módulos específicos para esos fines.

[1.3] CRITERIOS DE SELECCIÓN DE CODAR

Los consumidores de drogas, dependiendo de sus patrones de consumo, del contexto social, y de otros factores, tienen un **riesgo diverso de contraer o transmitir agentes infecciosos por vía sanguínea o sexual**.

La vigilancia ha de centrarse prioritariamente en aquéllos que tengan un **riesgo elevado** de adquirir o transmitir infecciones por dichas vías, que hemos denominado **CODAR**.

En vigilancia de segunda generación la utilidad de los datos se multiplica si **son comparables temporal y geográficamente**.

Para ello, el **primer requisito** es que las definiciones de las poblaciones de estudio sean lo bastante precisas para poder **reproducirlas de forma exacta en distintos lugares y en distintos momentos**. Por ejemplo, la comparación de la prevalencia de infección por VIH en dos encuestas separadas por dos años puede arrojar conclusiones erróneas si no se tiene en cuenta que en la primera la población de estudio eran personas que habían consumido cocaína alguna vez en la vida y en la segunda eran personas que habían consumido cocaína en los últimos 30 días.

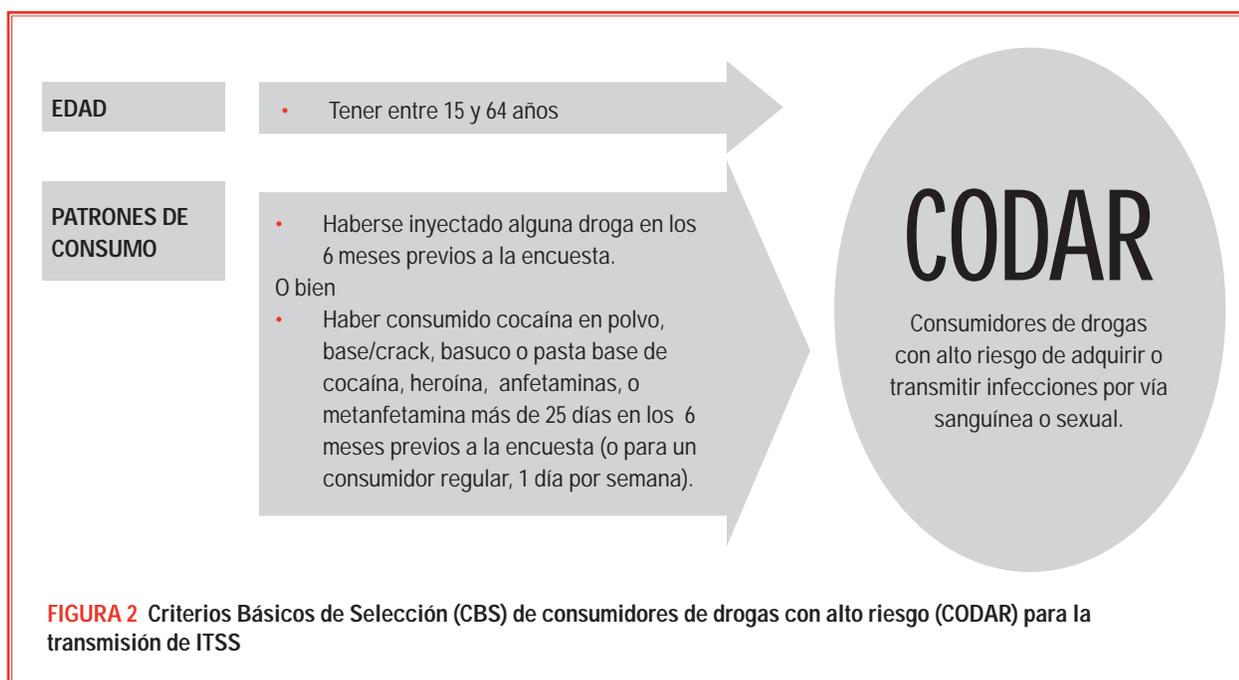
El **segundo requisito** es reproducir la misma **forma de medición en el tiempo y en las distintas áreas geográficas**. El cuestionario ha de ser el mismo, al menos, en las variables utilizadas para el cálculo de los indicadores que se van a comparar. Así por ejemplo, no se deben comparar la prevalencia de inyección con jeringas usadas por otras personas en los 30 días anteriores a la entrevista con la prevalencia de esa misma conducta pero referida a alguna vez en la vida. También es necesario asegurarse de que el cuestionario se aplica de la misma forma para descartar que las diferencias en los resultados se deban a disparidades en el modo de aplicación (formas distintas de preguntar o rellenar el instrumento de medición).

Otros requisitos fundamentales para garantizar la comparabilidad es cuidar y estandarizar los **métodos de muestreo** (lugares, tipo) o los **métodos de recogida y análisis de muestras biológicas**. Mantener la comparabilidad exige el máximo rigor y, aún así, a veces es imposible asegurar si las diferencias en la prevalencia de infección o de conductas de riesgo son reales o son atribuibles a diferencias en la metodología del estudio.

En *Herramientas Básicas* nos ocuparemos de estandarizar los dos primeros requisitos:

- Criterios de selección de las poblaciones CODAR.
- Cuestionario y forma de aplicación.

A los criterios utilizados para **definir la población** de estudio les llamaremos criterios de selección básicos (**CSB**) y son los siguientes:



Dicho en términos más genéricos, un CODAR puede ser un **inyector* reciente de drogas o un consumidor reciente y frecuente de cocaína, heroína o anfetaminas por otras vías**. En ocasiones podremos utilizar estos términos genéricos. Sin embargo, deberemos referirnos siempre a una definición operativa (la incluida en la figura 2, u otra similar que hayamos establecido) cuando elaboremos un informe, escribamos un artículo o argumentemos cómo ha sido la evolución de nuestros datos y qué factores pensamos que han influido en ello.

CODAR es cualquier persona entre 15 y 64 años que en los últimos 6 meses se ha inyectado drogas en alguna ocasión o ha consumido al menos 1 de las siguientes drogas más de 25 días:

- cocaína, heroína, anfetaminas o metanfetaminas

Para un consumidor regular, equivale al consumo de alguna de esas drogas un día por semana.

Respecto al criterio de **edad**, puede ocurrir que en algunos países haya dificultades legales para incluir en el estudio a los menores de 18 años. Recuerde que es imprescindible la solicitud del consentimiento informado a sus padres o tutores y a los propios entrevistados.

Aunque puede complicar el desarrollo de las encuestas, se recomienda tratar de incluir en la muestra un número suficiente de CODAR **menores de 25 años**, por dos razones básicas:

- Porque los nuevos patrones de consumo de drogas y las nuevas prácticas de riesgo suelen surgir en estos grupos, lo que los hace muy eficientes para fines de vigilancia epidemiológica y alerta temprana.
- Porque en las etapas más tempranas de la carrera de los consumidores existen mayores oportunidades de prevención. De hecho, el consumo de drogas de alto riesgo comienza en la mayoría de los casos antes de los 25 años, y la actividad sexual varios años antes. Los más jóvenes adoptan con mucha frecuencia conductas de riesgo porque suelen tener menos información sobre la infección por VIH, y otras ITSS, y son

* El término *inyector o inyectador de drogas* designa a la persona que se administra de forma no médica e intencional drogas psicoactivas por vía inyectada o parenteral. Ver definición de inyector de drogas en la pág. 92.

menos conscientes de su propia vulnerabilidad². De hecho, se sabe que a los dos años de comenzar a usar drogas por vía intravenosa una gran parte de los inyectores están ya infectados por el VHC, y que el riesgo de infectarse por VIH es mayor entre los inyectores más jóvenes.

El conocimiento de la situación de los CODAR muy jóvenes contribuirá a concienciar a las autoridades políticas y a la sociedad para que desarrollen programas de prevención de las ITSS centrados preferentemente en estos grupos, donde van a ser sin duda más eficientes.

Estableciendo el **límite mínimo (más de 25 días en 6 meses)** se pretende **evitar la inclusión de consumidores esporádicos**, ya que suelen tener una probabilidad de adquirir o transmitir ITSS similar a población general, lo que reduce considerablemente la eficiencia del estudio. Además, la experiencia en distintos países muestra que son difíciles de captar, porque con frecuencia son personas integradas socialmente que no quieren exteriorizar su condición de consumidores de drogas.

Para valorar el cumplimiento del criterio de consumo, habrá de preguntársele al candidato a participar si ha consumido alguna de las sustancias anteriormente mencionadas más de 25 días en los últimos 6 meses (Ver *Módulo a*) del cuestionario en el *Cuaderno 3*). Esto que es aparentemente complicado, se puede solventar con relativa facilidad si se siguen los consejos incluidos en el *Cuaderno 2*.

Tenga en cuenta que:

- Se pregunta por días y no por veces.
- Más de 25 días en los últimos 6 meses, equivale prácticamente a 1 día a la semana durante todo el periodo, 2 días a la semana durante 3 meses ó casi todos los días durante un mes seguido.

Lea detenidamente las instrucciones de las páginas 9-12 del *Cuaderno 2* e intente reconducir la primera reacción del entrevistado.

La aplicación de los **CSB** delimita **grupos de CODAR** que en parte se solapan (Figura 3):

- A. **Consumidores recientes** y frecuentes de cocaína, heroína o anfetaminas que nunca se han inyectado.

CODAR NUNCA 

- B. **Inyectores recientes** de cualquier droga (se han inyectado alguna droga en los últimos 6 meses).

CODAR 

- C. **Consumidores recientes** y frecuentes de cocaína, heroína o anfetaminas que se han inyectado drogas alguna vez, pero no en los últimos 6 meses. Les llamaremos ex-inyectores.

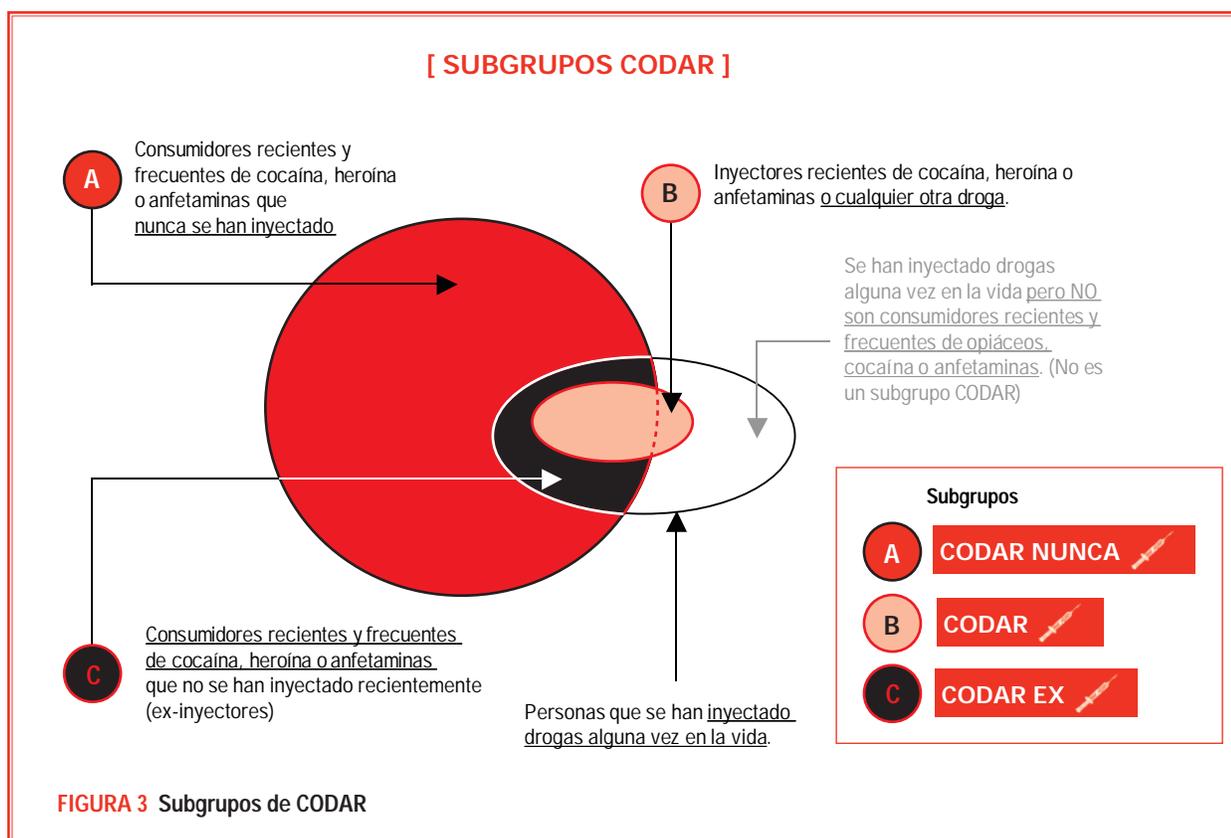
CODAR EX 

Las personas que se han inyectado alguna vez en la vida, pero no lo han hecho en los últimos 6 meses ni han consumido heroína, cocaína o anfetaminas más de 25 días en ese periodo NO entran en la definición de CODAR (con fondo blanco en la figura 3).

Los **inyectores de drogas** tienen la **máxima prioridad** en los programas de monitoreo, porque en bastantes países y ciudades han soportado y siguen soportando epidemias concentradas de VIH, VHB y VHC. Además, tanto el VIH como el VHB tienen un potencial de expansión importante por vía sexual desde los inyectores hacia otros grupos de consumidores de drogas y hacia la población general.

Por su parte, el estudio de la prevalencia de ITSS y de las conductas de riesgo entre los **consumidores frecuentes de cocaína, heroína o anfetaminas que nunca se han inyectado** está justificado por varios motivos:

2 OMS. Programas Nacionales contra el Sida. Una guía de indicadores para monitorear y evaluar los programas de prevención del VIH/sida para jóvenes. Ginebra: OMS; 2005. En <http://www.bvs.org.ni/adolec/doc/ProgramasNacionalesSIDA.pdf>



- Estos consumidores, especialmente los fumadores de cocaína o heroína, y los consumidores de heroína por vía intranasal, tienen un riesgo importante de llegar a inyectarse drogas, ya que suelen tener un nivel elevado de dependencia y la vía parenteral es más eficiente que la pulmonar o la intranasal desde la perspectiva de los consumidores que buscan los máximos efectos al mínimo costo.
- Los consumidores frecuentes de cocaína, heroína o anfetaminas, sobre todo los que consumen heroína, y los que fuman cocaína, en determinados contextos tienen una probabilidad relativamente alta de tener relaciones sexuales con inyectores de drogas.
- Los consumidores de cocaína tienen un riesgo especialmente elevado de adquirir infecciones por vía sexual.
- No es infrecuente que los fumadores de drogas, sobre todo los de pasta base, y los que utilizan la vía intranasal usen tubos o pipas ya utilizados anteriormente, que pueden contener restos de sangre.

Los ex-inyectores, como grupo independiente puede ser pequeño y dificultoso de estudiar separadamente.

Es posible que los **subgrupos CODAR que deban ser objeto de vigilancia varíen** entre países o regiones; así como la proporción de cada uno de los subgrupos incluidos en el estudio. También suele ocurrir que las propias características de la difusión del fenómeno del consumo de drogas se concentre en **espacios constituidos por territorios de varios países limítrofes**, que en este caso pueden compartir objetivos e intereses en la vigilancia del VIH y otras ITSS en los consumidores de drogas. Este hecho es claro en **América Latina**, donde el consumo inyectado de drogas, aunque presente en otros muchos países, conforma espacios claramente delimitados en el Cono Sur o en el norte, en la frontera entre México y EEUU.

Los **CODAR que han de monitorizarse prioritariamente en cada país o área geográfica depende, entre otros factores, de:**

- Los patrones locales de consumo de drogas.

- La situación epidemiológica estimada de los CODAR del área con respecto a las infecciones y conductas citadas.
- Los conocimientos previos sobre la prevalencia de ITSS y conductas de riesgo en los CODAR en el ámbito internacional.

Si en un país se estima que existe un número de inyectores de drogas relativamente bajo, y un volumen importante de consumidores frecuentes de cocaína por vía pulmonar o intranasal que no se inyectan, debería captarse **una muestra de cada uno de los dos subgrupos con un número de participantes suficiente** para poder analizar y presentar los resultados separadamente.

Aunque puede haber consumidores frecuentes de **otras drogas diferentes a las seleccionadas** (por ejemplo alcohol), que podrían considerarse también consumidores con un alto riesgo de infectarse o transmitir ITSS, no se han incluido en esta propuesta por razones de eficiencia. Si se incluyesen consumidores de muchos tipos distintos de drogas, es probable que llegaran a constituirse muestras muy heterogéneas y poco comparables entre sí, a no ser que se estableciese una cuota muestral mínima por droga (por ejemplo 200 participantes). Además, en el caso de los consumidores de **alcohol**, la población de consumidores frecuentes es seguramente muy heterogénea en cuanto al riesgo de transmisión de ITSS, y es complejo establecer unos CSB claros.

La decisión de qué grupos de CODAR se incluirán en el estudio va a depender fundamentalmente del contexto local o de la región considerada. Para ALC, de acuerdo con los patrones de consumo, y con el riesgo de transmisión o adquisición de ITSS de cada subgrupo, podría establecerse el siguiente **orden de prioridad**:

- 1) Inyectores recientes.
- 2) Consumidores recientes y frecuentes de crack o de pasta base (vía pulmonar o fumada).
- 3) Consumidores recientes y frecuentes de cocaína en polvo (vía intranasal).
- 4) Consumidores recientes y frecuentes de heroína por vía intranasal o pulmonar.

Cuando se proporcionen **datos de prevalencia de ITSS** en CODAR es recomendable hacerlo siempre de forma separada para los mismos grupos:

- CODAR que se han inyectado alguna vez en la vida **B** + **C**
- CODAR que se han inyectado en un periodo de referencia determinado (últimos 12 meses, últimos 30 días) **B**
- CODAR que nunca se han inyectado **A**

El Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (OEDT) considera **usuarios problemáticos de drogas** a los inyectores de drogas o los consumidores regulares de opioides, cocaína y/o anfetaminas y sugiere vigilar la tendencia del VIH y otras infecciones en estas poblaciones, especialmente en **inyectores que comenzaron a inyectarse droga hace 24 meses o menos**.

[1.4] DEFINICIÓN DE LAS ZONAS GEOGRÁFICAS Y PERIODICIDAD DE LAS ENCUESTAS

Selección de áreas geográficas

Para que resulte eficiente la vigilancia de segunda generación y el estudio de un área dada es imprescindible que:

- El tamaño de la población de referencia de los CODAR permita seleccionar una muestra de tamaño suficiente para cubrir los objetivos del estudio.
- Exista en el área un equipo estructurado de expertos epidemiólogos o de investigadores del campo de la salud pública.

También sería deseable que en el área pudiera disponerse de información o medidas previas sobre los fenómenos que se van a monitorizar, y que existiera interés por parte de las autoridades en desarrollar programas preventivos o de reducción del daño, a cuya evaluación puede contribuir el estudio.

Fijación de la periodicidad de la encuesta

En principio, teniendo en cuenta que son fenómenos que pueden cambiar con bastante rapidez, es recomendable repetir la encuesta cada 3-4 años. En este sentido, es muy importante que la encuesta pueda **integrarse en un plan de vigilancia epidemiológica a largo plazo bien estructurado**.

Es posible que en muchos países se presenten problemas logísticos y financieros para repetir los estudios en el tiempo. Una clave para facilitar su sostenibilidad puede ser integrarlos en un proyecto internacional.

Si se estima que el riesgo de que el estudio no se repita o se repita demasiado tarde es muy alto, puede ser recomendable establecer objetivos adicionales que permitan rentabilizar más el estudio en sí mismo, y no sólo en función de su posible comparación con otros estudios que puedan realizarse en el futuro.

[1.5] CAPTACIÓN DE PARTICIPANTES EN LA ENCUESTA

En *Herramientas Básicas*, por ahora, **sólo se incluyen** propuestas sobre dos de los requisitos fundamentales para la comparabilidad:

- Los criterios de selección de los sujetos
- El cuestionario.

Sin embargo, otro aspecto clave para que los cambios en los parámetros medidos puedan ser interpretados como reales, es **cómo y dónde se captan las personas estudiadas**. En este documento sólo **se revisan de forma muy somera** algunos aspectos.

Los consumidores de drogas ilegales como la cocaína o la heroína, suelen ser reticentes a identificarse o a hablar de sus conductas, que en muchos casos pueden estar sancionadas por la ley. En todo el mundo se ocultan de la presencia institucional y es frecuente referirse a ellos **como poblaciones de difícil acceso o poblaciones ocultas**.

El empleo de métodos de muestreo reproducibles y comparables para estas poblaciones es complicado, y aunque existen muchos profesionales que tienen ya mucha experiencia en utilizar metodologías de muestreo específicas, la literatura es todavía escasa.

Los estudios o la vigilancia en **CODAR pueden hacerse en muestras captadas en** la comunidad o en centros o servicios. En todos los casos se podrán aplicar los **CSB o el cuestionario C-CODAR**. Existen diversas opciones, dependiendo de los objetivos del estudio o del sistema de vigilancia, del contexto de trabajo o del presupuesto disponible.

Al elegir un determinado método y lugar de muestreo, también debe tenerse en cuenta la factibilidad de replicación de la encuesta en un futuro para valorar cambios en los indicadores estudiados.

En vigilancia de segunda generación las comparaciones temporales de encuestas transversales repetidas han de basarse en datos captados en los mismos lugares, ámbitos y servicios. No es adecuado, por tanto, comparar una muestra de CODAR captada en centros de tratamiento con otra captada varios años después en la comunidad, aunque ambas procedan de la misma ciudad.

En los estudios sobre **CODAR captados en la comunidad** no es posible utilizar los métodos probabilísticos que generalmente se usan para obtener una muestra en una encuesta escolar, en un centro de drogodependencias o en cualquier ámbito donde existe un marco muestral claro, que permite listar a todos los miembros y conocer su probabilidad de ser elegidos.

Sin embargo, los CODAR también se pueden **reclutar en programas de reducción del daño o en centros de tratamiento de la dependencia o prisiones**, donde generalmente es posible aplicar las técnicas probabilísticas utilizadas habitualmente para muestrear en hospitales o centros de salud.

Procedimiento de muestreo y captación

El procedimiento ha de ser diferente si los participantes son captados en centros o servicios, o si lo son en la calle o en la comunidad.

■ Sujetos captados en centros o servicios:

Ha de seleccionarse la muestra en el mayor número posible de dispositivos. En los centros de tratamiento de drogas se recomienda realizar un muestreo sistemático con arranque aleatorio según el orden temporal de admisión a tratamiento. Han de evitarse sesgos de selección, por ejemplo, los que podrían resultar de seleccionar a los más colaboradores o a los que acuden un determinado día de la semana. Es recomendable realizar las entrevistas cuanto antes, tras el inicio del tratamiento (no más de 15 días después) y referir las preguntas al periodo previo a la admisión a tratamiento.

La colaboración de expertos en técnicas clásicas de muestreo será de gran ayuda para elaborar el protocolo de muestreo para el estudio. Si se trata de un estudio multicéntrico o con la participación de varios países, el ponerse de acuerdo en unos mínimos detalles de la metodología para seleccionar a los participantes facilitará luego la comparabilidad. En cualquier caso un protocolo lo más riguroso posible permitirá la reproducción exacta del sistema de muestreo en otras encuestas futuras.

■ Sujetos captados en la calle o en la comunidad:

En esta situación, como generalmente no puede construirse un marco muestral adecuado, hay que utilizar procedimientos no probabilísticos como el muestreo de escenarios, el muestreo en bola de nieve, o el muestreo dirigido por el respondente.

La captación de los sujetos según estos procedimientos suele comportar todas o algunas de las siguientes etapas:

1. Identificar escenarios (targets) con alta probabilidad de encontrar CODAR (mapeo del área). Puede tratarse de:
 - a. Escenarios físicos no asistenciales, como lugares de venta o consumo de drogas, albergues o comedores de indigentes, estaciones de metro en que duermen personas sin techo, lugares de diversión (discotecas, bares, pubs, etc.), lugares de prostitución (calles, sex-shops), baldíos, alcantarillas (tapaderas), lugares donde las personas se reúnen para inyectarse, etc.
 - b. Servicios que trabajan con consumidores de drogas, como programas de calle, centros donde se ofrecen servicios básicos de acogida (comida, limpieza, algún refresco o bebida caliente), medios .0 que se relacionan con consumidores de drogas, etc.

2. Seleccionar los escenarios o servicios donde se van a captar los CODAR

Pueden seleccionarse todos los escenarios o servicios identificados o una muestra aleatoria de los mismos.

Con frecuencia la presencia de los consumidores de drogas en determinados espacios, como los lugares de consumo, varía de día a día, durante las horas del día o a lo largo de un mes. Esto es importante si los consumidores con diferentes niveles de riesgo visitan los lugares de muestreo en tiempos distintos. Entonces el momento seleccionado para la captación de los participantes en el estudio puede afectar a

sus resultados y hacerlos menos representativos de la población de referencia. El muestreo de “ tiempo-localización” proporciona una herramienta para superar estas dificultades. Un determinado lugar o escenario va asociado a condiciones de tiempo (hora, día, semana, mes) y puede ser incluido varias veces en el marco de muestreo en diferentes horas o días.

3. Captar participantes en el estudio utilizando cualquiera de los siguientes métodos:
 - Fuentes informativas o publicitarias para atraer participantes.
 - Mapeo tiempo-lugar y captación directa por trabajadores del estudio en los escenarios seleccionados.
 - Nominación o captación por personas-clave o exconsumidores.
 - Nominación por parte de los encuestados:
 - muestreo en bola de nieve (snowball sampling).
 - muestreo guiado por el respondente (respondent driven sampling).

Son métodos no probabilísticos, aunque el muestreo guiado por el respondente y el mapeo “ tiempo-localización” permiten hacer estimaciones de probabilidad de que un determinado individuo sea incluido en la muestra.

Para mayor información sobre aspectos relacionados con el muestreo en poblaciones de difícil acceso, se recomienda la consulta de:

- Biernacki P, Waldorf D. Snowball sampling: problems and techniques of chain referral sampling. *Sociological Methods & Research* 1981; 10(2):141-163.
- FHI. Abordajes del muestreo. En: Encuestas de vigilancia del comportamiento. Directrices para encuestas del comportamiento repetidas en poblaciones de riesgo al VIH. Arlington: FHI; 2000. (disponible en la página web sólo en inglés, aunque se puede pedir electrónicamente el pdf en español a: <http://www.fhi.org/en/Publications/index.htm>).
- Heckathorn DD, Semaan S, Broadhead R, Hughes JJ. Extensions of Respondent-Driven Sampling: A New Approach to the Study of Injection Drug Users Aged 18-25. *AIDS and Behavior* 2002; vol 6 n°1: 55-67. En <http://www.respondentdrivensampling.org/reports/steering.pdf>
- Heckathorn DD. Respondent-Driven Sampling: A new approach to the study of hidden populations. *Social Problems* 1997; vol 44 n° 2: 174-198.
- Pompidou Group, Group of Epidemiology Experts in Drug Problems. *Handbook on Snowball Sampling*. Strasbourg: Council of Europe; 1997.
- Watters JK. Targeted sampling: Options for the study of hidden populations. *Social Problems* 1989; vol 36 n° 4: 416-430.

Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra es capital para garantizar el cumplimiento de los objetivos de la encuesta. A este aspecto se dedica bastante espacio en los textos de estadística y en publicaciones más especializadas relacionadas con las encuestas. En este documento sólo se subrayan algunos aspectos que conviene tener en cuenta:

1. El tamaño de la muestra no depende apenas del tamaño del universo al que se quieren extrapolar los resultados.
2. Los tamaños requeridos para medir los cambios de los indicadores en el tiempo son más grandes que los necesarios para medir una variable o un indicador en un punto del tiempo.
3. Cuanto más baja sea la prevalencia del indicador considerado, y cuanto menores sean los cambios que quieren medirse, mayor será el tamaño muestral requerido.
4. Al utilizar las fórmulas hay que asumir que el procedimiento de muestreo es probabilístico, hacer los

cálculos para varios indicadores esenciales (prevalencia de infección por VIH, proporción que compartió material de inyección la última vez que se inyectó, etc.), y tomar el mayor de los valores obtenidos.

5. En la práctica, la decisión final sobre el tamaño muestral depende en gran medida del volumen de recursos disponibles, y de los problemas logísticos para captar a los participantes. Sin embargo, hay que evitar obtener muestras excesivamente pequeñas que nos van a proporcionar datos de muy dudosa utilidad.

En definitiva, la recomendación es intentar ajustar el tamaño de la muestra teniendo en cuenta los objetivos de la investigación, la precisión deseada y los recursos disponibles. En cualquier caso, se desaconseja emprender estudios en los que no puedan garantizarse tamaños muestrales de **al menos 200 participantes para cada uno de los subgrupos** de CODAR estudiados (inyectores, consumidores frecuentes de crack o pasta base, etc).

Hay países en ALC en los que el **número de inyectores es bajo o está muy oculto** por lo que puede ser muy difícil o imposible alcanzar un tamaño de muestra adecuada sólo a base de inyectores. En estas circunstancias puede ser necesario hacer estudios exploratorios en estas poblaciones aunque el número de efectivos sea más bajo, pues puede contribuir a visibilizar un problema y a plantear la necesidad de conocer la prevalencia de consumo inyectado en un área geográfica determinada. Sin embargo, hay que tener en cuenta que la precisión de las estimaciones en estos casos puede ser muy baja.

Es siempre imprescindible hacer referencia al tamaño muestral cuando se difundan los resultados del trabajo.

[1.6] LA COMPARABILIDAD Y LOS INDICADORES PARA CODAR

En esta guía se propone realizar las encuestas transversales entre los CODAR, utilizando un **cuestionario estandarizado**, el **C-CODAR**, cuyo contenido permite obtener **indicadores comparables** temporal y territorialmente, orientados principalmente a medir:

➤ **La prevalencia de infección por VIH, VHC o VHB.**

A estos indicadores se les llama también de impacto, puesto que la meta u objetivo final de los programas de prevención de ITSS es reducir el VIH y otras infecciones.

El indicador ideal para medir la progresión de la infección en los CODAR, es como en otras poblaciones, la tasa de incidencia (número de nuevos infectados en un período dividido entre el número de individuos susceptibles al inicio del mismo). Sin embargo, es un indicador costoso de obtener.

La obtención de medidas de prevalencia de infección es menos costosa y su evolución proporciona también información sobre el comportamiento de la epidemia. Sin embargo, los cambios de la prevalencia no son fáciles de interpretar. Para ello, es conveniente triangular siempre los cambios con datos procedentes de otras fuentes para valorar su consistencia. Si se monitoriza la tendencia de la epidemia centrándose en la evolución de la prevalencia en los grupos más jóvenes (por ejemplo 15-24 años) o en CODAR que se inyectaron por primera vez hace menos de 2 años, se tiene una cierta aproximación a la evolución de la incidencia puesto que ese grupo ha tenido un tiempo relativamente corto para infectarse, y puede considerarse que la mayoría de las infecciones han sido adquiridas recientemente.

- ##### ➤ **Prevalencia de factores de riesgo (o protectores) de las ITSS en los CODAR.** Es decir, aspectos que se ha visto que condicionan la adquisición de la infección por VIH u otras infecciones. Pueden estar relacionados con las características sociodemográficas, el contexto de consumo, las propias sustancias consumidas, las vía de administración, las prácticas de inyección de riesgo, las conductas sexuales, la utilización de servicios sanitarios o sociales, o los conocimientos sobre cómo prevenir las ITSS. Muchos son indicadores conductuales.

Es importante utilizar indicadores que nos permitan comparar las estimaciones en los grupos de CODAR

con las obtenidas en las encuestas de población general, por ejemplo con respecto a las conductas sexuales.

Hay que ser **cautos en la interpretación de las comparaciones** temporales o geográficas de los indicadores, ya que con frecuencia reflejan cambios en las características de las poblaciones que se han estudiado y no variaciones reales. Esto ocurre generalmente a causa de:

- Sesgos de selección o participación relacionados con variaciones en los métodos de muestreo, del instrumento de medición, o cambios en el lugar de reclutamiento. Por ello, **sólo es conveniente comparar las encuestas sobre CODAR captados en los mismos lugares**. Si la primera encuesta transversal se ha realizado en centros de tratamiento de la dependencia no será comparable con otra posterior en población reclutada en la calle por bola de nieve.

Cuando los sesgos de selección y participación se mantienen estables, la evolución temporal de la prevalencia de infección o de las conductas de riesgo reflejará las tendencias de esos indicadores en la población estudiada.

Si los sesgos de selección o participación cambian con el tiempo, los datos reflejarán los cambios producidos en las características de los usuarios de drogas reclutados, y no los cambios reales de los indicadores.

- Dinámica de las poblaciones estudiadas. Así, la evolución descendente de la prevalencia de infección por VIH entre inyectores de drogas podría ser el reflejo de un descenso en la prevalencia de conductas de riesgo posiblemente relacionado con la acción de los programas preventivos. Sin embargo, también podría deberse a la mayor mortalidad de los infectados, sin que se estén produciendo cambios positivos en las conductas.

Los descensos en la prevalencia de conductas de riesgo suelen ser lentos y más todavía los que tienen lugar en la prevalencia de infección ya que es una condición permanente. Cuando se observa un **descenso brusco en la prevalencia de infección, se deben sospechar problemas de validez de los datos o una elevada mortalidad o migración de los infectados**. Una tendencia consistente y sin dientes de sierra apoya la validez de los datos.

En las pág. 57-73 se incluye una propuesta de **indicadores** para la vigilancia del VIH o las conductas de riesgo, recomendados en su mayoría por OMS, ONUSIDA, FHI u OEDT/EMCDDA. Todos ellos tienen su correspondencia con preguntas clave (PC) del C-CODAR.

[1.7] TOMA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS

Se recomienda aplicar el cuestionario C-CODAR junto a la toma de muestras biológicas para realizar serología frente al VIH. Además, es eficiente aprovechar los especímenes para valorar también el estado serológico frente al VHC, o VHB. Todos los aspectos relacionados deben recogerse en un **protocolo específico** según el tipo de espécimen y las condiciones de aplicación, sin olvidar los requisitos que deben cumplir las personas que van a recoger las muestras (ver pág. 32-33). Debe incluir instrucciones de bioseguridad para el almacenamiento y transporte.

1.7.1 Algoritmos para vigilancia y diagnóstico de infección por VIH.

El diagnóstico de infección por VIH se hace generalmente mediante la detección de anticuerpos frente al virus. Estos se desarrollan en la mayoría de las personas entre la 2ª y 4ª semana posteriores al momento de la infección. El tiempo medio para la aparición de los anticuerpos son unos 25 días, aunque en algunos casos puede retrasarse hasta 6 meses.

Existen dos tipos de exámenes o pruebas serológicas para la detección de dichos anticuerpos. Los iniciales (pruebas

de **screening** -ELISA- y pruebas rápidas) y los de **confirmación**. Los primeros hacen sólo un diagnóstico presuntivo, identificando las muestras que son probablemente positivas. Éstos resultados deben ser ratificados por otra prueba, llamada de confirmación. Dependiendo de cuales sean los objetivos de los exámenes de detección del VIH (transfusión y seguridad en trasplantes, vigilancia o diagnóstico), ONUSIDA y OMS recomiendan^{3,4} tres **estrategias de análisis**, que se muestran en la tabla 1 y figura 4:

TABLA 1. Recomendaciones de ONUSIDA y OMS sobre estrategias de análisis para VIH según el objetivo de la prueba y la prevalencia de infección en la población estudiada.

Objetivo de la prueba	Prevalencia de VIH	Estrategia de análisis	
Transfusión o seguridad en trasplantes	Todas las prevalencias	I	
Vigilancia	>10%	I	
	≤ 10%	II	
Diagnóstico	Con signos clínicos de infección por VIH	>30%	I
		≤30%	II
	Asintomáticos	>10%	II
		≤ 10%	III

Para obtener resultados válidos, en los algoritmos que utilizan más de una prueba (II ó III), es importante el tipo de pruebas seleccionadas y el orden en que se realizan:

- Las pruebas que se vayan a utilizar deben tener distintos antígenos y/o estar basadas en principios diferentes.
- La primera prueba necesita tener la máxima sensibilidad para detectar todos los positivos. Posteriormente, para descartar los falsos positivos, la segunda prueba, necesita tener una especificidad muy elevada, para asegurar que todas las muestras que han resultado negativas lo son realmente.

Los exámenes de screening más utilizados son las pruebas inmuno ensayo enzimático ELISA. Estas pruebas se pueden realizar en muestras de suero, plasma, orina, líquido gingivocrevicular o sangre en papel secante. La sensibilidad y especificidad de las pruebas estándar disponibles para sangre son muy altas.

En la **estrategia II utilizada para fines de vigilancia**, se realiza primero una ELISA o una prueba serológica rápida. Una muestra no reactiva, será considerada VIH negativa. Cualquier resultado positivo debe ser reanalizado con un segundo ELISA o una prueba serológica rápida **basada en un antígeno diferente y/o una prueba basada en un principio diferente** (por ejemplo, indirecta frente a competitiva). Un resultado reactivo en ambos exámenes será considerado VIH positivo. Una muestra que ha sido reactiva en el primero, pero no-reactiva en el segundo debe ser analizada de nuevo usando los mismos exámenes empleados anteriormente. Si los resultados son concordantes indicarán un resultado final positivo o negativo. Si los resultados permanecen discordantes la muestra se considerará indeterminada a efectos de su serología frente al VIH.

Cuando se estudian con fines de vigilancia poblaciones con prevalencias bajas de VIH, aunque se use una prueba de alta especificidad el valor predictivo positivo (VPP) será muy bajo. Por lo tanto, para no sobreestimar la prevalencia de VIH en esa población será necesaria la realización de un examen extra. Todas las muestras que se mantengan discordantes serán consideradas indeterminadas y, a diferencia de cuando los objetivos son de diagnóstico, ya no se necesitan más pruebas. Los resultados indeterminados se reportarán y analizarán de forma separada en los informes sobre vigilancia⁴.

3 WHO. Rapid HIV tests: Guidelines for use in HIV testing and counselling services in Resource-constrained settings. Geneva: World Health Organization; 2004. En: <http://www.unicef.org/aids/files/rapidhivtests.pdf>.

4 WHO. HIV ASSAYS. Operational Characteristics. Report 14. Simple/rapid test. Geneva: World Health Organization; 2004. En http://www.who.int/diagnostics_laboratory/publications/hiv_assays_rep_14.pdf

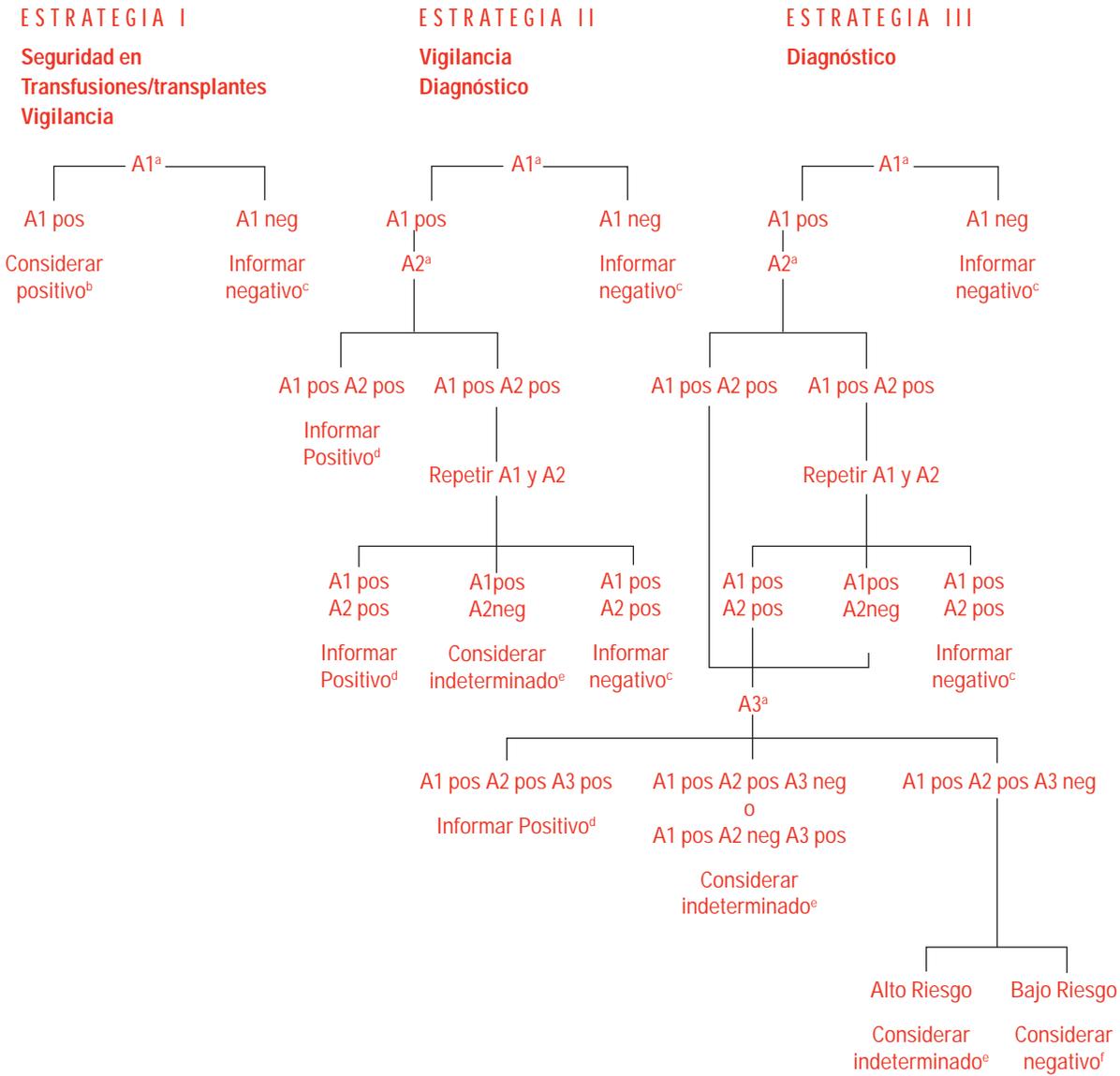


FIGURA 4 Representación esquemática propuesta por ONUSIDA/OMS sobre estrategias para la detección del VIH

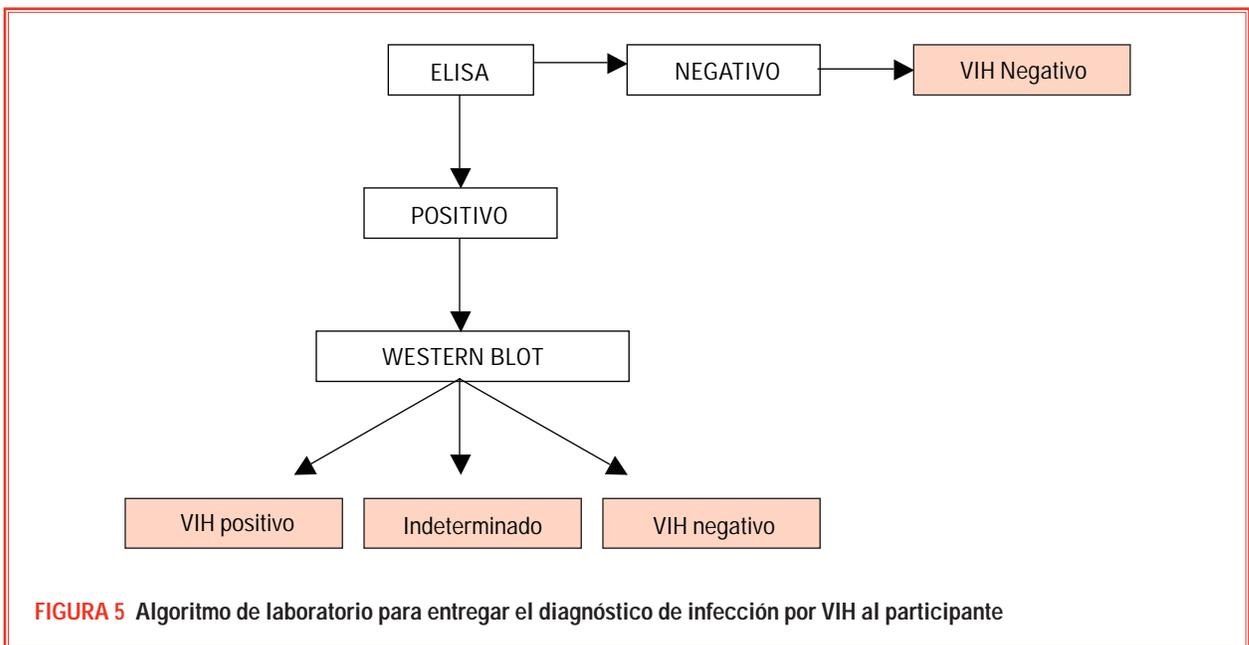
- a Ensayo A1, A2 y A3 representan 3 diferentes ensayos. pos: positivo; neg: negativo
- b Dicho resultado no es apropiado para fines de diagnóstico; utilizar las estrategia II o III. Cualquiera fuese el diagnóstico final, las donaciones que fuesen en principio reactivas, no deberán ser usadas para transfusiones o transplantes.
- c Informar: resultado puede ser informado.
- d Para individuos recientemente diagnosticados, un resultado positivo deberá ser confirmado con una segunda muestra.
- e Se debe repetir el test con una segunda muestra tomada 14 días después.
- f El resultado se considera negativo en ausencia de cualquier riesgo de infección por HIV.

UNAIDS/WHO. Revised Recommendations for the Selection and Use of HIV antibody tests. Weekly Epidemiological Record 1997: 72(12): 81-88.

La **estrategia III usada para entregar el diagnóstico al paciente** requiere una tercera prueba. Las tres pruebas han de estar **basadas en preparaciones de antígenos distintos y/o principios diferentes**.

Otras estrategias más simplificadas para el diagnóstico de infección por VIH recomendadas por ONUSIDA/OMS se pueden consultar en: ONUSIDA/OMS. Pautas para aplicar las técnicas de los exámenes de detección del VIH a la vigilancia de la infección: Selección, evaluación y uso. Ginebra: ONUSIDA; 2001. En http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_CDS_CSR_EDC_2001.16_spa.pdf

Existen **otros algoritmos para diagnóstico**. Una de las pruebas de confirmación más usadas es el **Western blot** (WB) (Figura 5). Si la primera prueba, o de screening, es negativa, el resultado se considera definitivo y puede ser comunicado a la persona. Si esa prueba es positiva o indeterminada, se realiza un WB como prueba de confirmación. Si el WB da un resultado negativo, se considera que fue un falso positivo en la prueba de screening e indica que la persona no está infectada. Si el WB es positivo, se considera que la persona está infectada, y si es indeterminado, puede estar en fase de seroconversión, por lo que se debe repetir a al mes o los dos meses. Si después de ese tiempo sigue siendo indeterminado, se considerará negativo⁵.



Según la OMS, el uso del WB es más caro y puede producir, en algunas circunstancias, un número importante de indeterminados.

Si se van a entregar al participante en el estudio los resultados serológicos y a realizar consejería, debe evitarse que ello interfiera y modifique las respuestas al cuestionario, por lo que **estas actividades deben realizarse con posterioridad a la aplicación del mismo**.

1.7.2 Selección del tipo de muestra biológica y el tipo de prueba

Para la selección del **tipo de muestra biológica** y la prueba serológica debe tenerse en cuenta:

- El objetivo de la prueba: diagnóstico (si el resultado va a serle entregado al participante en el estudio) o vigilancia.

5 Protto JC, Plasschaert S, Sartor F, Walckiers D. Biological Testing for HIV, hepatitis B and C Infections. Brussels: Scientific Institute of Public Health. Unit of Epidemiology. Federal Public Service. EPI/REPORTS N° 2004-011; 2004. En:<http://www.iph.fgov.be/epidemi/epien/birn/biotest.pdf>

- La sensibilidad y especificidad de la prueba.
- La prevalencia de VIH en la población. Este factor determinará el valor predictivo positivo (probabilidad de que una muestra clasificada como positiva, sea realmente positiva) o negativo (probabilidad de que una muestra clasificada como negativa, sea realmente negativa).

También deben considerarse el coste unitario, cómo se almacenan, la duración, el equipo necesario y su mantenimiento, la necesidad de capacitación y la disponibilidad de insumos por parte de los fabricantes.

Es posible utilizar varios tipos de especímenes para la realización de las pruebas, entre ellos, sangre completa, plasma, suero, secreciones orales y orina.

Es importante tener en cuenta que con frecuencia la aplicación del C-CODAR y la toma de la muestra biológica se realiza en un **lugar precario o en la calle** por lo que la obtención de sangre venosa plantea problemas relacionados con la cualificación del personal que realiza la extracción, con aspectos de bioseguridad y con la conservación y almacenamiento de la muestra.

Si no se van a realizar pruebas diagnósticas, sino que **sólo se obtendrán resultados con fines epidemiológicos**, dos de los procedimientos más empleados en las encuestas de comportamiento en CODAR son los análisis de **saliva** (líquido gingivocrevicular) o de **sangre capilar en papel secante**.

Las muestras de **sangre capilar en papel seco** (papel filtro 903 de Schleicher y Schuell o papel 180 de Whatman BFC⁶) se obtienen generalmente por pinchazo dactilar con una lanceta (en el mercado se encuentran disponibles algunos dispositivos con un mecanismo retráctil que utilizan lancetas desechables con muy pocas molestias para el usuario). Asegúrese de que el dispositivo está diseñado para ser usado por distintas personas y evitar la transmisión cruzada de infecciones. Es el mismo método de toma de muestras usado para el análisis y detección de enfermedades metabólicas en recién nacidos. Los laboratorios hospitalarios y las unidades de pediatría suelen estar familiarizados con este método de recogida de sangre.

Para la adecuada conservación de la sangre capilar en papel secante deben dejarse secar las tiras de papel con la muestra entre 2 y 4 horas (hasta 24 horas en climas húmedos), y posteriormente pueden almacenarse con material antihumedad a temperatura ambiente durante un máximo de 30 días. También pueden guardarse a 4°C durante 90 días o congelarse a -20°C hasta 2 años⁷. Así pues, es un método cómodo para la conservación ya que no requiere inmediata refrigeración. Además el transporte es ligero y sencillo en bolsas de plástico cerradas. Hay que tener en cuenta que puede ser necesaria cierta capacidad técnica pues el análisis de las muestras requiere manipulación en el laboratorio (elución) lo que podría afectar a la validez de los resultados. Según una revisión publicada en el año 2004 la sensibilidad y especificidad de estas pruebas es de un 87-99%⁷.

Una alternativa al análisis de muestras de sangre es el uso de **saliva** (líquido gingivocrevicular) que también contiene anticuerpos frente al VIH, aunque a una concentración menor. En algunos estudios la utilización de saliva para el análisis serológico frente al VIH se ha mostrado tan válido como el ELISA convencional en sangre⁷.

Para la obtención de la muestra de saliva se utiliza un dispositivo con una almohadilla absorbente comercializado por los laboratorios. El participante deberá colocarse la almohadilla en la boca, contra la cara interna de la mejilla durante el tiempo que indique el fabricante. A continuación se colocará la muestra en un tubo con solución preservativa que también proporciona el fabricante.

Entre sus ventajas⁷ están: fácil obtención sin entrenamiento de personal especializado, no hay posibilidad de pinchazos accidentales, facilidad para la toma de muestras en la calle o lugares no convencionales y buena

6 ONUSIDA/OMS. Pautas para aplicar las técnicas de los exámenes de detección del VIH a la vigilancia de la infección: Selección, evaluación y uso. Ginebra: ONUSIDA/OMS; 2001. En http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_CDS_CSR_EDC_2001.16_spa.pdf

7 Protto JC, Plasschaert S, Sartor F, Walckiers D. Biological Testing for HIV, hepatitis B and C Infections. Brussels: Scientific Institute of Public Health. Unit of Epidemiology. Federal Public Service. EPI/REPORTS N° 2004-011; 2004. En: <http://www.iph.fgov.be/epidemi/epien/birn/biotest.pdf>

aceptación por parte de las personas que se van a realizar la prueba. Entre las desventajas⁸ destaca: análisis generalmente más caro que en plasma o suero, puede requerir confirmación en sangre, no puede ser utilizada para la realización de análisis especiales como subtipos de HIV o examen de resistencia antirretroviral, en ocasiones la muestra de saliva puede ser insuficiente para obtener un resultado válido y puede haber dificultades para obtener muestra extra de saliva para control de calidad. Además, en usuarios de algunas drogas como, por ejemplo, heroína, la sequedad de boca puede dificultar la obtención de la muestra.

Las muestras de secreciones orales pueden guardarse a temperaturas entre 4°C y 37°C un máximo de 21 días. Deberán refrigerarse durante el traslado. Se pueden congelar a -20°C un período de unas 6 semanas⁹. Según una revisión publicada en el año 2004 la sensibilidad de las pruebas en líquido gingivocrevicular es de un 82,5-100% y la especificidad de un 87-100%.⁸

Actualmente existe una amplia disponibilidad de **pruebas serológicas rápidas** para la determinación de anticuerpos anti-VIH, que pueden proporcionar resultados en 10-30 minutos. Estas pruebas pueden tener interés en el contexto de las encuestas de comportamiento a CODAR por la dificultad de acceso de estas poblaciones a pruebas diagnósticas. Así, la captación de los CODAR para la aplicación de la encuesta puede constituir una oportunidad para hacer la prueba, devolver los resultados y hacer consejería. Sin embargo, hay que tener en cuenta que para los usuarios puede ser una decisión sobre la que no habían meditado antes, ya que consentir en participar en un estudio no tiene porque implicar que se desee conocer el estado serológico. Por ello, es necesario que los profesionales estén muy bien entrenados en atender a este tipo de problemas, teniendo en cuenta que además puede estar proporcionándose un servicio en un lugar precario.

Estas pruebas incorporan un equipo que incluye el dispositivo para la toma de la muestra y el reactivo, de forma que no se requiere equipo adicional. Son fáciles de trasladar y pueden mantenerse a temperaturas entre +20 y -30°C. Además, la capacidad diagnóstica de aquellas tecnológicamente más avanzadas es comparable a las pruebas ELISA tradicionales.

Existen pruebas rápidas para **plasma, suero y sangre total**. Estas últimas son las que presentan más ventajas, pues son más fáciles de utilizar. También se han comercializado recientemente pruebas rápidas en **saliva**.

Como se ha visto, son varios los aspectos a tener en cuenta para la selección de la prueba. A ellos hay que añadir el **coste** de los dispositivos para la toma de las muestras y de los reactivos de laboratorio, así como la sensibilidad y especificidad para **otras determinaciones que se deseen hacer sobre el mismo espécimen, como anticuerpos frente al VHC o VHB**. Así, por ejemplo, si se utilizan muestras de saliva habrá que tener en cuenta que la sensibilidad de las pruebas para la determinación de anticuerpos frente al VHC en saliva es más baja que si se utiliza sangre total o sangre capilar en papel secante.

La decisión de qué determinaciones serológicas se van a incluir, VIH, VHC, VHB, sífilis, etc., y de si estarán o no orientadas al diagnóstico individual, debe considerar la disponibilidad en el país de **alternativas terapéuticas** para los diversos procesos patológicos examinados.

Para la selección del tipo de prueba y la elaboración del protocolo específico para la toma de muestras, se ha de contactar con **infectólogos o técnicos de laboratorio** y consultar las siguientes fuentes:

- FHI. HIV Testing and counselling for youth. William Finger, editor. Arlington: Family Health International; 2005. En: <http://www.fhi.org/en/Youth/YouthNet/rhtrainmat/vctmanual.htm>

8 Protto JC, Plasschaert S, Sartor F, Walckiers D. Biological Testing for HIV, hepatitis B and C Infections. Brussels: Scientific Institute of Public Health. Unit of Epidemiology. Federal Public Service. EPI/REPORTS N° 2004-011; 2004. En: <http://www.iph.fgov.be/epidemiologie/epien/birn/biotest.pdf>

9 ONUSIDA/OMS. Pautas para aplicar las técnicas de los exámenes de detección del VIH a la vigilancia de la infección: Selección, evaluación y uso. Ginebra: ONUSIDA/OMS; 2001. En http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_CDS_CSR_EDC_2001.16_spa.pdf

- FHI. VCT Toolkit. HIV voluntary counselling and testing. A reference guide for counsellors and trainers. Arlington: Family Health International; 2004. En: <http://www.fhi.org/en/HIVAIDS/pub/guide/vcttoolkitref.htm>
- Protto JC, Plasschaert S, Sartor F, Walckiers D. Biological Testing for HIV, Hepatitis B and C Infections. Brussels: Scientific Institute of Public Health. Unit of Epidemiology. Federal Public Service. EPI/REPORTS N° 2004-011; 2004. En: <http://www.iph.fgov.be/epidemio/epien/birn/biotest.pdf>
- WHO. Scaling up HIV testing and counselling services: a toolkit for programme managers. Geneva: World Health Organization; 2005. En: <http://www.who.int/hiv/pub/vct/counsellingtestingtoolkit.pdf>
- WHO. Rapid HIV tests: Guidelines for use in HIV testing and counselling services in Resource-constrained settings. Geneva: World Health Organization; 2004. En: <http://www.unicef.org/aids/files/rapidhivtestsen.pdf>
- WHO. HIV ASSAYS. Operational Characteristics. Report 14. Simple/rapid test. Geneva: World Health Organization; 2004. En: http://www.who.int/diagnostics_laboratory/publications/hiv_assays_rep_14.pdf
- ONUSIDA/OMS. Pautas para aplicar las técnicas de los exámenes de detección del VIH a la vigilancia de la infección: Selección, evaluación y uso. Ginebra: UNAIDS/OMS; 2001 En: http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_CDS_CSR_EDC_2001.16_spa.pdf
- WHO. The right to know. New approaches to HIV testing and counselling. Geneva: World Health Organization; 2003. En: http://www.who.int/hiv/pub/vct/en/Right_know_a4E.pdf

1.7.3 Codificación y etiquetaje de muestras

Se utilizará el código de identificación del cuestionario (bC1) para identificar las muestras biológicas. En caso de proporcionarse los resultados de los análisis a los participantes, este código debe ir ligado a los nombres y apellidos. Es evidente que la confidencialidad debe ser preservada en todo momento.

Es recomendable utilizar **etiquetas preimpresas**. Es decir imprimir varios ejemplares de etiquetas con el mismo código (uno por individuo) para que puedan pegarse en el cuestionario (pregunta bC1; pregunta bC13) y en el consentimiento informado. Para que no se produzcan problemas o errores al identificar el cuestionario y las muestras, el entrevistador debe **colocar las pegatinas en cada uno de los mencionados lugares al inicio de la entrevista**, una vez que el participante ha aceptado contestar el cuestionario y proporcionar la muestra.

Sobre todo si se van a entregar los resultados a los participantes, en ningún caso se debe utilizar la codificación sugerida en el *submódulo b3*: Código personalizado del entrevistado (*Cuaderno 1*) para la identificación de las muestras. Deben utilizarse los nombres y apellidos de los participantes o en su defecto un código unívoco y que no pueda ser fuente de error.

Es muy importante tener en cuenta que si en el protocolo local se determina que los resultados serán entregados a los participantes, es necesario seguir **todos los procedimientos** para hacer un adecuado diagnóstico de las infecciones y contar con la aprobación del **comité de ética**. Por supuesto, serán imprescindibles el **consentimiento informado y la consejería**.

Tanto si se le entregan los resultados al participante como si sólo se toman las muestras biológicas con objetivos de vigilancia, ha de obtenerse el consentimiento informado.

[2] SOBRE LA ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO DEL ESTUDIO

Es fundamental que cada lugar en el que se realicen encuestas de comportamiento en CODAR diseñe su propio estudio y cuente con un **plan de investigación** claramente definido y escrito, antes de empezar la recolección de datos. Cada lugar ha de determinar el **alcance** del estudio y el **uso** que hará de la información. En **Herramientas Básicas** se aporta una propuesta de criterios de selección, un cuestionario y varios indicadores.

Existen diversos modelos de planeación de estudios, así como metodologías para el desarrollo de marcos lógicos que permiten dar sentido, orden y estructura a todos los aspectos básicos de un proyecto, sea éste de investigación o no. Es probable que las agencias o instituciones que tienen a cargo el desarrollo del estudio hayan desarrollado metodologías para ello, no obstante, a continuación se resumirá de forma breve el modelo propuesto por la OMS¹¹ para desarrollar planes de evaluación. Si bien este modelo se desarrolló para el diseño de evaluaciones de servicios de tratamiento para consumidores de drogas, la estructura de planeación es aplicable a proyectos de diversa índole.

[2.1] LA PLANEACIÓN : ESTRUCTURAR UN PLAN DE INVESTIGACIÓN

Un plan de investigación bien definido puede servir de base para presentar el proyecto a los entes políticos que toman decisiones y a los **potenciales financiadores** del estudio. Si el plan está suficientemente definido, el desarrollo del protocolo de estudio será muy ágil. Estos dos aspectos constituyen la guía operativa que garantizará que todas las personas involucradas con el estudio sigan la misma lógica y marco de referencia.

Antes de estructurar el plan de investigación, siguiendo los pasos que se proponen o los que se determinen, es importante revisar con antelación los documentos incluidos en la serie *Herramientas Básicas*.

- Tenga en cuenta que las encuestas de comportamiento en CODAR ya han determinado con antelación unos objetivos, unos criterios de selección básicos (CSB), unas poblaciones de estudio.
- Aunque muy escuetas, también se dan unas orientaciones sobre muestreo y tamaño de la muestra y toma de muestra biológica.

1 Primer paso

👉 Definir a quiénes se incluirá en el proyecto

Esto incluye no sólo a las personas que desarrollarán el trabajo técnico, sino aquellas otras que se consideran claves en la toma de decisiones, en la cooperación técnica, en el acceso y en el uso de la información.

2 Segundo paso

👉 Determinar los recursos disponibles

Al hacerlo podrá establecer el grado de factibilidad del estudio o qué aspectos se tendrían que ajustar de acuerdo con la disponibilidad real de recursos. Habitualmente los recursos requeridos son **financieros y materiales, técnicos y de tiempo**. Las preguntas a responder en este paso de la planeación son:

- 👉 ¿Se requiere contratar recursos humanos externos para desarrollar el estudio, o los existentes son suficientes? Aun si se cuenta con recursos humanos suficientes: ¿Tienen tiempo disponible para dedicarle al estudio? ¿Son los recursos idóneos para este fin? ¿Se necesita asesoría técnica específica?
- 👉 ¿Se cuenta con los insumos materiales suficientes para llevar a cabo el estudio: computadores,

programas y de otro tipo? ¿Hay que contratar externamente la ejecución del programa para grabar los datos o realizar el análisis de la información?

- ¿Se cuenta con insumos para la logística del estudio: materiales para la aplicación de las encuestas, medios para el adecuado desarrollo del operativo de campo, etc.?

Y, por último,

- ¿Los recursos financieros y materiales disponibles son suficientes para realizar el estudio? ¿Se requiere buscar financiación adicional?

3 Tercer paso

➤ Definir las necesidades de información

Es muy aconsejable que involucre a todas las personas que determinó durante el primer paso. Encontrará que cada persona defenderá las necesidades de información desde su perspectiva y su sector, y es muy probable que al final tenga un listado de información que supere mucho los objetivos mismos de las encuestas de comportamiento en CODAR. Si este es el caso, hay que priorizar las necesidades y determinar si es necesario agregar módulos a los ya existentes, así como el coste adicional. Establezca los puntos de coincidencia con las encuestas de comportamiento en CODAR y que se encuentran ahí definidos, y priorice aquello que el consenso determine fundamental en lo local, nacional o regional.

4 Cuarto paso

➤ Definir las preguntas a responder

Sería de gran utilidad que el plan de investigación tuviera un listado de preguntas que se desean responder con el estudio. Éstas por supuesto, tendrían que ser congruentes con el núcleo de indicadores esenciales de las encuestas de comportamiento en CODAR y podrían también incluir otras de relevancia local y que corresponden a los objetivos establecidos por el estudio. Las preguntas pre-establecidas le permitirán organizar ágilmente el posterior análisis de resultados.

Una de las primeras preguntas será a qué subgrupos de CODAR involucrar en el estudio: ¿Inyectores recientes, CODAR que nunca se han inyectado? ¿Ambos? La respuesta dependerá de los objetivos del estudio y las necesidades de información. Es crucial tenerlo claro desde muy pronto, pues va a ayudarnos a contestar a todas las otras preguntas, incluidas las que tienen que ver con la adaptación del cuestionario C-CODAR.

5 Quinto paso

➤ Ajustar el cuestionario

Una vez determinado lo que es prioritario incluir en el estudio y las preguntas puntuales que requieren respuesta, hay que empezar a trabajar en el instrumento mismo y definir sobre él los módulos y preguntas que responden a las necesidades establecidas, cuidándose siempre de no eliminar aquellas preguntas "claves", pues ello comprometería la comparabilidad.

Asimismo, el estudio local podrá incluir variables e indicadores adicionales de acuerdo con las necesidades y sin alterar la estructura predefinida del cuestionario, por ejemplo, agregando un módulo adicional de relevancia para el lugar. Para la modificación del cuestionario consulte pág. 37-55. Al final, lo importante es determinar si la extensión del estudio es viable a la luz de los recursos disponibles.

Sólo se podrá establecer la adecuación del instrumento mediante una prueba piloto. Con frecuencia, la ausencia de pruebas piloto genera inconvenientes técnicos durante el operativo de campo que pueden comprometer seriamente la calidad de la información y dificultar las labores de revisión crítica y codificación. Algunas recomendaciones para desarrollar una prueba piloto se encuentran en la pág. 49.

Tenga en cuenta que el instrumento que se aplicará ya pasó una serie de revisiones y que se estructuró basándose en indicadores y preguntas ampliamente “probadas” en estudios internacionales. En ese sentido, el pilotaje debería centrarse en evaluar cuán apropiados son los términos que se utilizan para la realidad local, cuán relevantes son las preguntas “opcionales”, qué tipo de “categorías locales” deben ajustarse o incluirse y qué adaptaciones son necesarias en los filtros y flujos lógicos tras la edición local.

6 Sexto paso

👉 Diseñar un plan de recolección de información

Ya definidos los instrumentos, es importante establecer **cómo, dónde** y a **cuántos** se involucrará:

- 👉 *¿Qué estrategias de captación o contacto utilizaremos?*
- 👉 *¿En dónde se captará la población?*
- 👉 *¿Cuál será el tamaño de la muestra?*
- 👉 *¿Cómo se implementará el componente de seroprevalencia?*

Si dentro de los objetivos y preguntas se determina incluir mediciones de sero-prevalencia de VIH y otras infecciones, por ejemplo hepatitis B (VHB) y/o hepatitis C (VHC), será necesario determinar cómo, en dónde y a cargo de quién estará la recolección de muestras biológicas. Determinarlo dependerá también del tipo de muestras a recolectar y de la complejidad de los exámenes. Así se determinará si hay que contar con flebólogos o extraccionistas profesionales, neveras y otros insumos para el adecuado transporte de las muestras, o si se trata de muestras de saliva o de punción sanguínea en pruebas más sencillas y que demandan menor habilidad técnica y una logística más sencilla.

- 👉 *¿Cuánto tiempo se asignará al operativo de campo?*
- 👉 *¿Cuánto tiempo se asignará a la grabación de datos y análisis de la información?*
- 👉 *¿Cuánto tiempo se asignará a la preparación del informe de resultados y divulgación?*

El plan de recolección de información debe determinar también el tiempo que se asignará para el operativo de campo. Esto supone no sólo considerar las fechas límite, sino también los recursos disponibles. Es posible hacer operativos de campo breves y de calidad, si se cuenta con suficiente recurso humano y se garantiza al máximo que los problemas técnicos y de logística, comunes a todos los estudios, están suficientemente controlados. Asimismo, las encuestas de comportamiento en CODAR están pensadas para ser reaplicadas cada 3 o 4 años, por lo tanto, es muy recomendable que esta iniciativa se incorpore a un **plan de vigilancia epidemiológica a largo plazo**.

[2.2] EL PROTOCOLO

Todos los aspectos mencionados, escritos y estructurados de forma organizada constituyen el protocolo del estudio que generalmente no debe superar 12 o 13 páginas.

Por lo general, **un plan de investigación contiene:**

- 1) Un pequeño resumen que incluye brevemente la intención del estudio, los objetivos, cómo se planea desarrollarlo, cómo se divulgarán y usarán los resultados.
- 2) Una breve reseña del equipo investigador y de las instancias, agencias o personas claves que participaron en la planeación y que se constituyen en el comité asesor del estudio.
- 3) Las preguntas a responder y los objetivos.
- 4) Las estrategias de recolección de información, que incluyen mención al instrumento (y preferiblemente una copia), a las poblaciones que se involucrarán, las estrategias de muestreo y captación, el tamaño de la muestra, y los procedimientos para el componente de seroprevalencia y recolección de muestras biológicas.

Otros elementos claves son los **aspectos éticos**, el **plan de análisis y manejo** de la información, el entrenamiento del equipo investigador, la prueba piloto, la divulgación de los resultados, y la estrategia para el uso de los resultados, aspectos del presupuesto, y el cronograma.

Cuando se investiga en humanos y se hacen pruebas biológicas es imprescindible que exista un **comité de ética**. Este comité puede ser *ad hoc* o institucional, y dependerá de la legislación vigente en cada país sobre investigación social o sanitaria en humanos.

Una vez escrito el plan o protocolo, se ha de someter a la consideración del comité de ética, por lo que los aspectos éticos deben estar claramente detallados:

- *¿Cómo se va a garantizar la confidencialidad de la información (incluye custodia y almacenamiento) y el anonimato de los sujetos involucrados?*
- *¿Cómo se administrará el consentimiento informado para la aplicación de la entrevista y de las pruebas biológicas?*
- *¿Cómo se administrarán los resultados de las pruebas biológicas?*
- *¿Cómo se asesorará a los sujetos para el adecuado manejo de los resultados de sus pruebas biológicas?*
- *¿Cómo se procederá para garantizar que los sujetos que participan en el estudio obtengan beneficios o minimicen sus riesgos?*

El comité de ética tendrá la potestad de aprobar o no la ejecución del estudio en los términos en los que se encuentra o de sugerir los ajustes que sean necesarios.

El **plan de análisis y manejo** de la información permite establecer cómo se administrará la información a recolectar y cómo se analizará. Lo primero es definir a una persona que coordine y supervise la recolección de información, y luego determinar dónde y cómo se organizará la información.

Es recomendable que el **proceso de grabación** de la información pueda hacerse de forma **simultánea con la recolección**, con lo que se evitará la acumulación de material, se podrán obtener resultados parciales, útiles para el monitoreo del estudio y para devolverlos a las personas involucradas, y mejorará el cumplimiento del calendario establecido, permitiendo prever y resolver con tiempo cualquier dificultad técnica que pueda presentarse.

La base de datos debe mantenerse en un lugar seguro y establecer estrategias para que la información (física y sistematizada) esté salvaguardada y protegida de cualquier intromisión indebida o accidente informático.

Es necesario que el equipo de investigación diseñe un **plan de análisis**, que puede ajustarse y complementarse cuando haya resultados parciales, por ejemplo distribuciones de frecuencias. El **plan de análisis** ha de ser congruente con las preguntas a responder y con los objetivos definidos, y permitirá definir la manera cómo se analizarán los datos, organizar los indicadores de una manera lógica, planificar los tabulados que serán necesarios y bosquejar un primer informe de resultados. También es necesario para establecer los cruces que hay que programar, así como otros análisis más complejos que se decida realizar.

La grabación permanente de la información demanda la definición de **planes sistemáticos de revisión y supervisión crítica** de la información, desde el inicio mismo del estudio y en todas sus fases de desarrollo. Este aspecto se encuentra detallado en el *Cuaderno 2: Manual de entrevista y aplicación del cuestionario*.

Recuerde que toda investigación que implique a personas debe ser aprobada por el comité ético correspondiente en su país.

[2.3] LOS RECURSOS HUMANOS Y SU ENTRENAMIENTO

El tamaño del equipo investigador depende mucho de los recursos disponibles y de las necesidades previamente establecidas. Aun si se cuenta con recursos limitados, es imprescindible garantizar que **el equipo a cargo del trabajo de campo cumple con un perfil de experiencia e idoneidad**, pues de ello dependerá el éxito del estudio. Lo mínimo es contar con personas entrenadas en recolectar información en campo, familiarizadas con la población objeto del estudio y con algo de experiencia en administración de cuestionarios estandarizados.

El cuestionario debe ser aplicado por **personas bien entrenadas** y que tengan cierta **capacidad de empatía** con la población que van a entrevistar.

El entrenamiento debe garantizar que **todas las personas involucradas** en la coordinación, supervisión y recolección de la información, estén ampliamente familiarizadas con el propósito y sentido del estudio, que conozcan los objetivos y la utilidad de la información que se recogerá. Asimismo, se deberá dedicar tiempo suficiente a revisar el **protocolo de estudio**.

Es fundamental que el entrenamiento permita que todos los involucrados comprendan a fondo el instrumento y su estructura. Para hacerlo, es recomendable distribuir previamente una copia impresa, lo que permitirá a los participantes leer el instrumento en más de una oportunidad y formular inquietudes puntuales durante la capacitación.

El *Cuaderno 2: Manual de Entrevista y Aplicación del Cuestionario*, es una herramienta de entrenamiento indispensable para quienes lo aplicarán en campo.

Un último aspecto del entrenamiento es la definición de roles y funciones, así como de las reglas básicas del trabajo de campo. Desde la capacitación debe quedar claramente establecido:

- ¿Cómo se distribuirá el material de campo?
- ¿Cómo se devolverá el material aplicado?
- ¿Quién estará a cargo de coordinar y supervisar a los trabajadores de campo? ¿Habrá reuniones periódicas, cada cuánto?
- ¿Cómo se ha programado el operativo de campo, cuál es el cronograma?

Dada la naturaleza del estudio y de la población involucrada, es aconsejable definir **medidas de seguridad** para el operativo de campo (zonas, horarios, credenciales, etc.) y que éstas se trabajen también durante el entrenamiento.

De igual forma, si el estudio involucra un componente de seroprevalencia, es indispensable que el entrenamiento cubra ampliamente los procedimientos para la toma de muestras, su manipulación y transporte.

Ha de estar también muy claramente definido quién tomará las **muestras biológicas**. Estas personas deben estar familiarizadas con las precauciones universales en el manejo de muestras potencialmente infecciosas¹⁰. Debe recibir **entrenamiento específico** según el tipo de muestra que se vaya a utilizar en¹¹:

- Procedimientos estándar para la toma de muestras, almacenamiento y transporte.
- Bioseguridad en la toma de muestras biológicas.
- Principios y conceptos de control de calidad en la toma de muestras.
- Si se usan pruebas rápidas: principios de funcionamiento de las pruebas, interpretación de resultados y solución de posibles dificultades.

10 WHO. Laboratory biosafety manual (Second edition). Geneva: World Health Organization; 1993.

11 WHO. Rapid HIV tests: Guidelines for use in HIV testing and counselling services in Resource-constrained settings. Geneva: World Health Organization; 2004. En: <http://www.unicef.org/aids/files/rapidhivtests.pdf>

- Deberá realizarse una sesión práctica según el tipo de muestra que se vaya a tomar.
- Etiquetado y manejo de identificación de muestras para evitar errores y mantener la confidencialidad.

Deben existir sistemas de control externo de la calidad de la toma de muestras biológicas durante el trabajo de campo.

Cuando se vayan a devolver los resultados de la serología a los participantes, las personas que proporcionen la **consejería pre y post prueba** es conveniente que sean las mismas que practicaron la toma de muestras. Es aconsejable buscar la colaboración de los profesionales que realizan habitualmente esas tareas en los centros u hospitales del país.

[2.4] EL OPERATIVO DE CAMPO

El operativo de campo no es más que la planeación cuidadosa de las acciones de trabajo de campo, es decir el día a día de su estudio. El operativo incluye la definición de roles y funciones de todas las personas involucradas en su estudio, así como de la logística del trabajo de campo, y debe quedar claro desde el entrenamiento.

Este operativo será tan complejo o sencillo como requiera el estudio mismo y el cumplimiento de las fechas determinadas en el cronograma.

2.4.1 Roles de los trabajadores de campo o entrevistadores

En principio, los **trabajadores de campo**, también llamados entrevistadores o encuestadores, tienen la responsabilidad de entrevistar a los CODAR, haciendo uso de las encuestas de comportamiento en CODAR, previamente ajustadas y ensayadas con prueba piloto, y cumpliendo con los procedimientos e instrucciones que se describen en el manual de entrevista y en el protocolo de estudio local.

Cumplen una de las funciones más importantes, pues de su gestión, responsabilidad y cooperación depende mucho que la información recolectada tenga la cobertura, calidad y precisión requeridas.

Los trabajadores de campo podrían tener **funciones adicionales**, de acuerdo con las estrategias de muestreo y de reclutamiento que se definan, pues pueden tener a cargo también el mapeo de las zonas, el contacto con informantes clave, la supervisión de las redes de informantes, la identificación de los sujetos entrevistables y la aplicación de los criterios de inclusión de la población. Consulte el *Cuaderno 2: Manual de entrevista y aplicación del cuestionario*.

Es recomendable que todo lugar determine también muy claramente los roles y funciones de cada una de las personas que participan en el equipo de investigación, lo que incluye a quienes coordinarán, supervisarán, administrarán la información, diseñarán las bases de datos, harán la grabación y analizarán la información, entre otras funciones.

2.4.2 Logística

Un operativo de campo efectivo debe prever la logística necesaria para el desarrollo del trabajo que se ha planificado, que puede incluir:

- Material básico para el trabajo de campo: encuestas, consentimientos informados, lapiceros, sobres, carpetas de seguridad, diarios de campo, etc. Se recomienda también facilitar credenciales de identificación.
- Transporte.
- Medios de comunicación entre trabajadores de campo, coordinadores, y supervisores.
- Incentivos para los informantes (si se definen, pueden ser económicos o materiales).

- Pruebas biológicas y todos los insumos requeridos para su adecuada aplicación y manipulación (incluyendo etiquetas de identificación).
- Transporte seguro de las pruebas biológicas y de los insumos.
- Lugares de entrevista que garanticen comodidad y privacidad.
- Procedimientos, responsables y lugares para entrega de resultados.

La prueba piloto del instrumento puede ser una buena oportunidad para contrastar también el operativo de campo diseñado. Recuerde que con un operativo detallado se controlan la mayor cantidad de eventualidades posibles y se limitan los inconvenientes técnicos posteriores.

En ALC y otros lugares del mundo no es infrecuente que los trabajadores de campo acudan a realizar entrevistas a áreas ajenas a los lugares donde habitualmente viven o se desplazan. A veces, son **zonas con un índice alto de violencia**, a los que el trabajador ha de acudir siempre acompañado por una persona respetada y reconocida en esa comunidad. En estas zonas, los trabajadores de campo pueden vivir situaciones de estrés, tensión o violencia, que suelen ser más frecuentes si él o ella no pertenecen a la comunidad y la visitan sin compañía adecuada. Por otra parte, estas situaciones pueden agravarse cuando un entrevistado o candidato a la entrevista se encuentra bajo los efectos de alguna droga psicoactiva. Todos estos aspectos han de ser tenidos en cuenta en el diseño del operativo de campo, para garantizar la **seguridad de los trabajadores** y la adecuación de la aplicación del cuestionario.

[TRABAJANDO CON EL CUESTIONARIO: HACIA UNA VERSIÓN LOCAL]

3.	ESTRUCTURA DEL C-CODAR	36
4.	C-CODAR: UN CUESTIONARIO FLEXIBLE	37
4.1	Preguntas claves, opcionales y módulos indispensables	37
4.2	Categorías locales	37
5.	PERÍODOS DE REFERENCIA (PR)	39
5.1	Los PR y los sesgos de memoria	39
5.2	Los PR en C-CODAR	39
6.	PREPARACIÓN DE LA VERSIÓN LOCAL DEL C-CODAR	41
6.1	Instrucciones básicas	41
6.2	Significado de los códigos	43
6.3	Creación de códigos de cuestionario y entrevista	43
6.4	Sustitución de categorías locales	44
7.	LA CODIFICACIÓN POSTERIOR DEL C-CODAR	47
7.1	Categorías "Otro/a"	47
7.2	Códigos de país y ciudad	48
8.	LA PRUEBA PILOTO	49
9.	PRECISIONES SOBRE ALGUNOS MÓDULOS	49
9.1	Información sobre entrevista y reclutamiento (<i>Módulo b</i>)	49
9.2	Datos sociodemográficos (<i>Módulo c</i>)	50
9.3	Patrones de consumo de drogas (<i>Módulo d</i>)	50
9.4	Estado de salud (<i>Módulo f</i>)	50
9.5	Alternativas para incluir en el <i>Módulo e</i> para estimar la prevalencia de CODAR	51
9.6	Prácticas de inyección de riesgo (<i>Módulo h</i>)	54

*Este capítulo, le ayudará a **adaptar el C-CODAR a la realidad y las necesidades de investigación locales.***

Además de ofrecer las indicaciones metodológicas para hacer ajustes y seleccionar las preguntas que va a utilizar, este documento incluye información acerca de la lógica y estructura del cuestionario (C-CODAR). Es indispensable consultarlo si se desea estar familiarizado con el mismo y comprender los criterios utilizados en su diseño.

[3] ESTRUCTURA DEL C-CODAR

El C-CODAR es un cuestionario para ser aplicado en entrevista cara a cara a un CODAR con el objetivo de obtener datos para la vigilancia de segunda generación, así como para establecer prioridades y orientar las acciones en salud pública.

Está **dividido en módulos**:

- a. Tipo de CODAR y Selección
- b. Información sobre entrevista y reclutamiento
- c. Datos sociodemográficos
- d. Patrones de consumo de drogas
- e. Acceso y uso de tratamiento de la dependencia
- f. Estado de salud
- g. Acceso y uso de servicios de salud
- h. Prácticas de inyección de riesgo
- i. Prácticas de consumo por vías no inyectadas y prácticas de tatuaje de riesgo
- j. Acceso y eliminación de material de inyección
- k. Movilidad e inyección
- l. Estancia en centros de reforma/prisión e inyección
- m. Prácticas sexuales de riesgo
- n. Infección por el VIH
- o. Infección por el VHC, vacunación frente a VHB y conocimientos sobre su transmisión
- p. Conocimientos, opiniones y actitudes hacia el VIH y el sida
- q. Sobre la entrevista

Cada módulo aborda una temática en particular, aunque en ciertos casos los límites no son totalmente precisos. Algunos módulos se encuentran divididos en submódulos. Para conocer detalles sobre el flujo del cuestionario, la definición de las variables y las condiciones de aplicación, consulte el *Cuaderno 2: Manual de entrevista y aplicación del cuestionario*.

No es recomendable variar el orden de los módulos.

Para atender a distintas necesidades y condiciones de aplicación en este capítulo se sugieren **alternativas de adaptación del cuestionario**.

Además para facilitarle la tarea, en el *Cuaderno 3: Cuestionario para encuestas de comportamiento en CODAR* se incluyen 3 versiones del cuestionario: íntegra, reducida y extra-reducida. Con muy pocos cambios usted puede utilizar directamente la versión que considere más adecuada.

En http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/VIH_drogas.htm#Encuestas está disponible, para cada versión, un fichero en **formato pdf** (Adobe Acrobat) y otro en formato word (*Microsoft Word*), para que pueda trabajar con el que le sea más cómodo.

[4] C-CODAR: UN CUESTIONARIO FLEXIBLE

Se ha diseñado un cuestionario con una gran versatilidad incluyendo preguntas clave, preguntas opcionales, módulos indispensables y categorías locales.

[4.1] PREGUNTAS CLAVES, OPCIONALES Y MÓDULOS INDISPENSABLES

Las preguntas del cuestionario se han clasificado en:

- **Claves (PC)** →

En el cuestionario su número va en la columna de la izquierda en letra negrilla, acompañado de la *letra C*. El texto de las preguntas va sobre fondo gris.

dC3 TODOS	¿En los últimos 12 meses, es decir, desde (<i>diga el mes</i>) del año hasta hoy, ha consumido heroína?	No 01 Sí 02 No quiere contestar 98 No sabe 99
--------------	---	--

- **Opcionales (PO)** →

En el cuestionario su número va en la columna de la izquierda en letra normal, acompañado de la *letra O*. El texto de las preguntas va sobre fondo blanco.

dO61 TODOS	¿Por qué vías ha consumido alcohol en los últimos 12 meses? <i>Lea las opciones. Marque TODAS las que corresponda</i>	Bebido 01 Inyectado 02 Otra 03 No quiere contestar 98 No sabe 99
---------------	---	--

Por otra parte, de los 17 módulos que componen el C-CODAR, **hay 9 que son necesarios para obtener los indicadores fundamentales de ONUSIDA** (consulte el *capítulo Indicadores para CODAR –pág. 58-59*). A estos módulos se les ha denominado:

- **Módulos Indispensables (MI)** →

Llevar la anotación *MI* al lado del nombre del módulo.

La mayoría de las PC son necesarias para obtener los indicadores incluidos en el *capítulo Indicadores para CODAR* (pág. 59-73).

Esta clasificación de las preguntas y los módulos permite disponer de un cuestionario flexible. Además, se incluyen 3 modelos de cuestionario ya confeccionados:

C-CODAR-VI	<p>Versión Íntegra del cuestionario (PC + PO)</p> <p>Le permite obtener información relevante de los 17 módulos. Usted puede desechar todas o algunas de las preguntas opcionales.</p>
C-CODAR-VR	<p>Versión Reducida del cuestionario (PC)</p> <p>Le permite obtener información más limitada de 16 módulos (se excluye el módulo <i>Prácticas de consumo por vías no inyectadas y prácticas de tatuaje de riesgo</i>). Sólo incluye las preguntas clave.</p>
C-CODAR-VXR	<p>Versión Extra-Reducida del cuestionario (PC)</p> <p>Le permite obtener información de las PC de los 10 módulos imprescindibles (M): tipo de CODAR y selección (a), información sobre entrevista y reclutamiento (b), datos sociodemográficos (c), patrones de consumo de drogas (d), prácticas de inyección de riesgo (h), acceso y eliminación de material de inyección (j), estancia en centros de reforma o prisión e inyección (l), prácticas sexuales de riesgo (m), infección por VIH (n) y sobre la entrevista (q).</p> <p>Aplicable a inyectores de drogas.</p>

Si forma usted parte de un **proyecto multicéntrico** o internacional, deberán **consensuar el núcleo básico de preguntas** que van a compartir para luego comparar sus datos. Además, cada centro, localidad o país podrá añadir aquellas preguntas o módulos que más le interesen.

[4.2] CATEGORÍAS LOCALES

Son opciones que permiten también adaptar el cuestionario a las peculiaridades de una ciudad, región o país dados.

La diversidad de contextos en que puede aplicarse el cuestionario impide diseñar categorías estándar que **sean a la vez exhaustivas y adaptadas a la especificidad de un país** o una ciudad. Por ello, las respuestas de algunas preguntas permiten añadir una, dos o tres opciones. Se han denominado **categorías locales** y llevan siempre el símbolo ##.

Si va usted a añadir categorías locales (ver pág. 44-47), recuerde que:

- Es deseable que las opciones de categoría local se utilicen para mejorar la exhaustividad de las opciones de respuesta.
- Las categorías deben continuar siendo mutuamente excluyentes, de forma que las respuestas sean unívocas y precisas, que no haya más de una categoría con el mismo significado, y que unas categorías no contengan a otras.

Se ha incluido un máximo de tres categorías locales por pregunta, se podría añadir alguna más, pero no demasiadas, ya que en algunas preguntas el número de opciones de respuesta ya es alto. En cualquier caso, si se trata de un estudio multicéntrico o internacional es importante acordar el uso de los códigos para posteriormente poder trabajar con una base de datos común que facilite el análisis.

[5] PERÍODOS DE REFERENCIA (PR)

No es sencillo ponerse de acuerdo para usar un determinado PR, pues hay argumentos que pueden hacer más aconsejable utilizar uno para el estudio de unas conductas y otro para otras. Por otra parte, las líneas de trabajo de diferentes agencias nacionales e internacionales no siempre son convergentes y no existe una recomendación clara en torno a este tema.

[5.1] LOS PR Y SESGOS DE MEMORIA

La utilización de **PR** cortos (por ejemplo, 30 días) tiene ciertas ventajas porque al entrevistado le resulta más fácil fijar sus límites y, además, las conductas más recientes son las que mejor se recuerdan, de forma que las mediciones son más precisas y fiables para valorar los cambios temporales. Sin embargo, también tiene desventajas, pues para conductas no muy frecuentes permitirá obtener sólo datos para una pequeña parte de consumidores, lo que conllevará falta de precisión estadística e intervalos de confianza muy amplios. Ello puede incapacitar una encuesta para identificar cambios de conductas en el tiempo. Así por ejemplo, si preguntamos sobre conductas sexuales en los últimos 30 días invalidamos parte de la encuesta ya que una parte relevante de los consumidores entrevistados seguramente no han tenido relaciones sexuales en ese período y no podrán informar sobre el uso del preservativo. También, si en un determinado territorio la conducta de inyección es esporádica, la utilización de un PR corto para esa conducta, dejará fuera a una parte importante de consumidores, que no podrá informar sobre las condiciones en que se inyecta.

Parece que los PR largos (por ejemplo, 12 meses) puede infraestimar eventos que no tengan una gran relevancia para el entrevistado. Sin embargo, se sabe que los hechos que tienen una importante implicación emocional se olvidan con mayor dificultad (por ejemplo, la primera vez que se mantuvieron relaciones sexuales o la primera inyección de drogas). Es decir, los eventos importantes están sujetos a menos sesgos de memoria, aunque quizás les afecte de forma diferencial el olvido o la tendencia a incluir en el período lo ocurrido inmediatamente antes o después de su inicio o finalización.

Por otro lado, un problema añadido es que las conductas de consumo de drogas o de inyección no son estables, de forma que puede haber variaciones importantes a lo largo del tiempo, dependiendo de factores como la disponibilidad económica del consumidor, la disponibilidad de drogas en el mercado, las presiones externas para dejar de consumir, la situación psicológica de la persona, etc. Esto dificulta la obtención de estimaciones del número de ocurrencias de un determinado evento en PR largos. Se ha sugerido que las estimaciones hechas por el entrevistado están influidas por la propia frecuencia del evento, la longitud del PR y la formulación de la pregunta que puede desencadenar por sí misma un determinado proceso o forma de recordar.

Además, la capacidad para recordar está afectada por el deseo de hacerlo, la edad, la condición social o los determinantes culturales.

[5.2] LOS PR EN C-CODAR

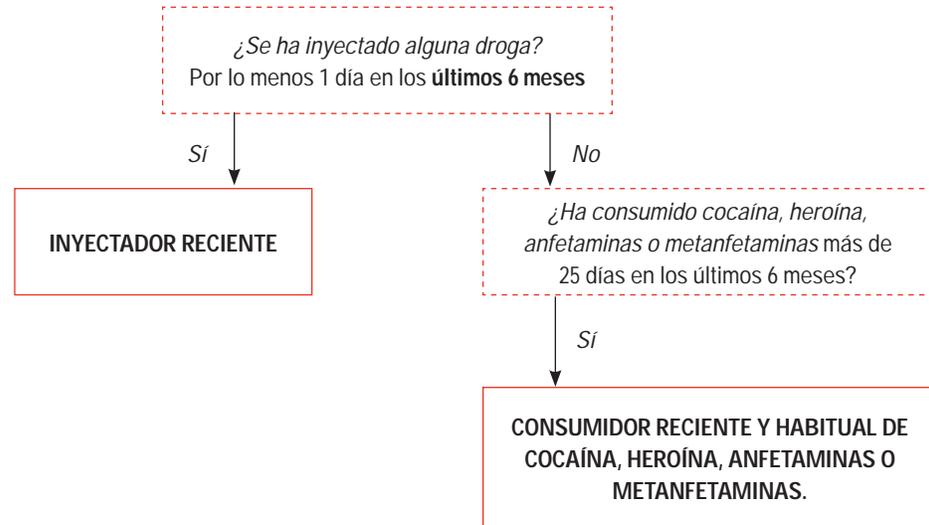
Para las conductas que se estudian en C-CODAR, un grupo de expertos consensuó unos períodos de referencia, teniendo en cuenta diversos aspectos:

- Los períodos utilizados en los indicadores de ONUSIDA.

- La facilidad para fijar las referencias temporales en relación con periodos de tiempo naturales (ejemplo, 12 meses o 30 días, frente a 3 ó 6 meses).
- La inconveniencia que supone mezclar distintos periodos de referencia en el mismo cuestionario.
- La comparabilidad con otros estudios.

Tal como se encuentran diseñadas las preguntas en C-CODAR, los **PR concluyen con la fecha de la entrevista**. Sin embargo, es factible usar un evento anterior para delimitar el final del mismo, como, por ejemplo, el inicio del tratamiento de la dependencia cuando se aplica el cuestionario en centros o programas de tratamiento.

- ➔ Para definir las poblaciones de estudio CODAR, se utiliza el PR de los **6 últimos meses**:



Por lo tanto CODAR es cualquier persona que en los últimos 6 meses se ha inyectado una droga algún día o ha consumido más de 25 días al menos una de las siguientes sustancias:

- Cocaína, heroína, anfetaminas o metanfetaminas.

Para un consumidor regular, equivale al consumo de alguna de esas drogas un día por semana durante el periodo de estudio.

- ➔ Para el **estudio de las prácticas de riesgo** y otros eventos en CODAR, se utilizan los siguientes PR:
 - **Últimos 12 meses**, se utiliza para caracterizar a la persona entrevistada en aspectos socio-demográficos, patrones de consumo y comportamientos sexuales. Es el PR de la mayor parte de las preguntas.
 - **Últimos 30 días**, se aplica para establecer la ocurrencia de comportamientos de inyección de riesgo más recientes. También se incluyen dos preguntas en el módulo de prácticas sexuales de riesgo sobre relaciones con clientes.
 - **Últimos 4 años**, se incluye en una pregunta del módulo sobre estado de salud.
 - Otras referencias temporales son la **primera vez** o a la **última vez** que ocurrió la conducta indagada (ej. la última vez que se inyectó con una jeringa usada por otro). También se investiga la ocurrencia de un evento **alguna vez en la vida**.

En general, se recomienda **no cambiar ningún PR** de los incluidos en el C-CODAR. Sin embargo, si por razones de tiempo, recursos o condiciones de aplicación tiene que eliminar alguna de las opciones, se recomienda que:

- En el módulo de prácticas de inyección de riesgo mantenga dos periodos de referencia: últimos 12 meses y últimos 30 días. Podría eliminar el último evento. Es importante que elija el PR teniendo en

cuenta la continuidad de los estudios seriados realizados hasta el momento en su país y los posibles estudios futuros, pues un criterio fundamental es la comparabilidad de una serie temporal.

- En el módulo de prácticas sexuales de riesgo mantenga los 12 meses. Podría eliminar en ese caso, los últimos 30 días (preguntas opcionales) y el último evento.

[6] PREPARACIÓN DE LA VERSIÓN LOCAL DEL C-CODAR

[6.1] INSTRUCCIONES BÁSICAS

Para confeccionar su versión **trabaje directamente en el formato electrónico**, bien en la versión de *Microsoft Word* o *Adobe Acrobat*, dependiendo de los programas a los que tenga acceso. Recuerde que el Adobe Reader le permitirá leer el documento en pdf, pero no realizar las modificaciones. Por esa razón, se ha incluido también una versión del cuestionario en forma de *Documento Word* (http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/VIH_drogas.htm#Encuestas). En ella podrá eliminar las preguntas que desee utilizando la opción *eliminar filas*, pero tenga en cuenta que las indicaciones de flujo pueden descuadrarse o moverse fácilmente e inducir a error al entrevistador al marcar o saltar.

Utilizando las **versiones ya confeccionadas** C-CODAR-VR ó C-CODAR-VXR probablemente sólo tenga que modificar algunos términos y adaptar las categorías locales.

Si va a introducir modificaciones, recuerde que:

- El cuestionario ha sido diseñado por expertos e instituciones de diversos países para acordar fórmulas comunes. Se ha de ser extremadamente cuidadosos para que los cambios no alteren el significado y afecten a la comparabilidad de los resultados.
- Debido a que es una propuesta para un territorio muy amplio, se han incluido drogas que pueden no ser de consumo habitual en su ciudad o país. Sin embargo, para mantener la comparabilidad es recomendable **no eliminar ni los términos que hacen referencia a las drogas ni las preguntas correspondientes**, sino simplemente, constatar los datos de una baja prevalencia en los resultados.
- Si modifica el cuestionario tenga en cuenta que alguna pregunta clave es necesaria por ser **filtro para la siguiente** y no por la información que recaba, y que algunas preguntas se clasifican como claves por su probable **interés local**, aunque no estén relacionadas con indicadores específicos.
- Si cambia alguna palabra o categoría, procure **no utilizar argot o jerga**, pues con frecuencia su significado presenta variaciones locales. No utilice esos términos para referirse a las drogas, mezclas o prácticas de consumo o inyección. Es mejor describir un utensilio o una práctica con palabras sencillas que utilizar un término que puede ser bien entendido por algunos entrevistados pero no por otros. Tampoco use jerga para nombrar prácticas sexuales. Utilice siempre que sea posible los **términos propuestos en el cuestionario**. Ej. para las vías de consumo:

Oral, comida o bebida	01
Fumada (cigarrillo, pipa, papel aluminio, vaso, botella, etc)	02
Inyectada	03
Por la nariz, en polvo	04
Otra	05

Tenga en cuenta que el término "**vía inhalada**", puede confundir y limitar de forma importante el análisis de los resultados, pues puede usarse para referirse a dos vías bien distintas. Se puede "inhalarse" el vapor desprendido al calentar una droga, que posteriormente se absorbe por mucosa broncopulmonar (vía fumada o pulmonar), o

se puede “inhalar” por la nariz clorhidrato de cocaína u otra droga en polvo, que luego se absorbe por la mucosa nasofaríngea (vía intranasal o esnifada). Tampoco es recomendable usar el término “**vía aspirada**”, porque “aspirar” plantea los mismos problemas de ambigüedad que “inhalar”. Revise siempre la **definición de los términos** en el *Cuaderno 2: Manual de entrevista y aplicación del cuestionario*.

- Los **cambios en la redacción de las preguntas** pueden introducir elementos que hacen muy difícil la interpretación y comparación de los resultados.
- El cuestionario está redactado utilizando el trato de “usted”. Éste puede ser modificado por **tratamientos menos formales**, dependiendo del contexto.
- Las preguntas están redactadas empleando el género masculino para referirse a la persona entrevistada. El entrevistador/a deberá **cambiar el género** directamente al leer las preguntas cuando se entreviste a una mujer.
- No todas las preguntas en el cuestionario incluyen la opción *No sabe*. Se ha pretendido acortar la longitud del instrumento así como promover que el encuestado haga un esfuerzo por recordar y elegir una de las opciones. La opción *No quiere responder* o *Rechusa* se ha eliminado de aquellas preguntas sobre aspectos menos sensibles, también para no alargar el cuestionario.

La elaboración de una propuesta ajustada a la diversidad de la Región que no requiera una mínima adaptación es prácticamente imposible. Cuestiones relacionadas por ej. con las variaciones en el léxico o en los patrones de consumo hacen necesaria cierta **flexibilidad** en la herramienta de medición. Ello no debe alterar, sin embargo, su validez y fiabilidad.

Modifique el cuestionario con mucha cautela y si está emprendiendo un estudio multicéntrico o internacional, consensúe siempre las definiciones de las variables y su codificación.

Se aconseja que la versión local del cuestionario conserve un **formato similar** al original y que los **cuadros o tablas**, sobre todo el d1C1, se editen con líneas divisorias entre las categorías para evitar la confusión, el salto de líneas y la marcación en línea incorrecta. Además,...

Deberá **conservarse la estructura del cuestionario** en lo referente a:

1. Orden consecutivo de los módulos. Garantiza el flujo lógico de la entrevista.
2. Texto de las preguntas. Garantiza que el sentido de la pregunta no se modifica.

Es posible complementar y no reemplazar los textos originales con “expresiones” o “términos” locales, pero es aconsejable ceñirse siempre al fraseo original.

3. Numeración original de los módulos, preguntas y categorías. Facilita la comparación de diversas bases de datos.

Observe como, por ejemplo, en la versión reducida o extra-reducida del C-CODAR las preguntas que permanecen conservan su numeración original. **No renumere su instrumento ni en los módulos, ni en las preguntas ni en las categorías de respuesta.**

4. Períodos de referencia. Garantiza la comparación de los resultados.
5. Preguntas clave.

➤ Se recomienda que en la versión local del cuestionario no aparezcan las preguntas opcionales o módulos “desechados” **para evitar confusiones al aplicarlo.**

➤ Deberán **ajustarse los saltos y filtros** a las preguntas que finalmente se apliquen. La prueba piloto del instrumento permitirá detectar posibles “problemas” que habrán de ajustarse en la versión final. En las versiones reducidas y extra-reducidas de C-CODAR ya se encuentran ajustados los filtros y saltos tras la eliminación de ciertas preguntas.

- El diseño del cuestionario permite la inclusión de **nuevas** preguntas de relevancia local en un módulo adicional o al final del módulo respectivo continuando la lógica de numeración
- En todos los casos se recomienda hacer los ajustes locales de acuerdo con las instrucciones contenidas en el *Cuaderno 2: Manual de entrevista y aplicación del cuestionario, de acuerdo con la edición final del instrumento*

[6.2] SIGNIFICADO DE LOS CÓDIGOS

- a) Los códigos de las categorías de respuestas pre-determinadas en el cuestionario corresponden, por lo general, a dos dígitos organizados de forma consecutiva según el número de categorías posibles en cada ítem. Van desde el **01** hasta el número total de categorías incluidas y podría llegar hasta el **94/994**.
- b) Las **categorías locales** se identifican como " categoría local ##" , y deberá asignarse un nombre y un número a las que se incorporen en la versión definitiva del instrumento. Es importante que en la definición de estas categorías locales se mantenga la exclusividad, es decir que la categoría que se agregue sea única y excluyente con las pre-existentes y con las otras locales que se añadan. Si tiene dudas sobre la definición de alguna categoría del C-CODAR, consulte *el Cuaderno 2: Manual de entrevista y aplicación del cuestionario*.
- c) El código **95/995** significa que la pregunta **no aplica o no procede**.
- d) Los códigos **96/996 y 97/997 se han reservado** para registrar las respuestas corresponden con las categorías **"Otra/otro"**. Estos dos códigos son de registro, es decir que no corresponden al código que identifica la respuesta. Así, las respuestas escritas textualmente en los espacios correspondientes y expresadas por el entrevistado deben ser codificadas posteriormente. Se recomienda también mantener la exclusividad de las categorías. Deberá crearse y alimentarse un listado propio de códigos.
- e) Los códigos **98/998 y 99/999 han sido reservados** para registrar cuando el entrevistado " *no quiere contestar*" o " *no sabe*" .

[6.3] CREACIÓN DE CÓDIGOS DE CUESTIONARIO Y ENTREVISTA

En la versión local del cuestionario será necesario crear los siguientes códigos:

- Número de identificación del cuestionario (bC1): en la versión original se ha diseñado un código múltiple;
 - 3 dígitos para designar al sujeto según el orden consecutivo del mismo o la entrevista. El número de dígitos deberá aumentarse si la muestra supera los 999 sujetos.
 - Código de la ciudad/municipio en el que se realiza la entrevista. Es útil cuando participan varias ciudades o municipios del mismo país.
 - Código del país. Útil cuando participan varios países.

En la parte que corresponde a los dígitos correlativos debe determinarse un sistema de asignación de códigos que **evite duplicidades**. Una alternativa recomendable es la preasignación de estos códigos mejor mediante una etiqueta autoadhesiva preimpresa.

- Código del **reclutador, entrevistador** y código del **supervisor** (bO3, bC4, bC5): son códigos de interés local, podrán utilizarse números de dos dígitos, excepto los códigos *reservados* (95-99).
- Forma de **reclutamiento, escenario, lugar de la entrevista** (bO2, bO8, bO9): las categorías se determinarán de acuerdo con lo que aplique según el protocolo local. En el primer caso las opciones han de ser limitadas y predefinidas, y en los otros dos podría existir la categoría " otro/a" .

Revise en el *Cuaderno 2: Manual de entrevista y aplicación del cuestionario* las definiciones que se dan para cada una de estas variables.

[6.4] SUSTITUCIÓN DE CATEGORÍAS LOCALES

Las categorías se encuentran claramente marcadas en el cuestionario con el símbolo y la leyenda: *Categoría local (mantener exclusividad de las categorías) ##*.

Antes de agregar una **opción local** revise en el *Cuaderno 2: Manual de entrevista y aplicación del cuestionario* las definiciones de las categorías cerradas de la pregunta y valore si la nueva que va a introducir está ya incluida en alguna de las opciones existentes.

- Si no está incluida; es decir, si se trata de una categoría completamente diferente a las preexistentes en el cuestionario, añádala como se muestra en los ejemplos 1 y 2a.
- Si está incluida en una categoría más general, deberá modificarla señalando qué característica de la misma se excluye (por constituir una nueva opción) y luego añadir la nueva categoría. Vea el ejemplo 2b.

Ejemplo n° 1:

Versión original:

bC9 <i>TODOS</i>	Lugar de la entrevista	Categoría local ##
		Categoría local ##
<i>Completar hasta el número de opciones necesarias</i>		

Versión de sustitución local:

bC9 <i>TODOS</i>	Lugar de la entrevista	Recinto/consultorio privado 01
		Lugar público (calle, parque, plaza, etc.) 02
		Centro de tratamiento ambulatorio 03
		Centro de tratamiento residencial 04

- En el ejemplo n° 1 se hizo la sustitución de 4 de los 5 ítems posibles, dejando sólo aquellos de relevancia local según las alternativas de un supuesto protocolo de muestreo. Se eliminaron las categorías locales *sobrantes* para evitar confusión durante la aplicación. En el *manual de entrevista* deberían incluirse las definiciones de las nuevas categorías.

Ejemplos n° 2a y 2b:

Versión original (2a):

c014 <i>TODOS</i>	Dígame, por favor, con qué personas ha vivido la mayor parte del tiempo durante los últimos 12 meses. No lea las opciones. Marque TODAS las que mencione. Pruebe preguntando "¿Alguna más?"	Ha vivido sólo/a 01
		Pareja sexual o esposo/a 02
		Padre, madre o tutor 03
		Hijos/as (biológicos o adoptados, propios o no) 04
		Otros familiares, no parejas sexuales 05
		Amigos/as 06
		Categoría local (mantener exclusividad de las categorías) ##
		Otras personas, <i>especif:</i> /_/_/ No escriba en las casillas 96
		No quiere responder 98

Versión de sustitución local (2a):

cC14 <i>TODOS</i>	Dígame, por favor, con qué personas ha vivido la mayor parte del tiempo durante los últimos 12 meses. No lea las opciones. Marque TODAS las que mencione. Pruebe preguntando "¿Alguna más?"	Ha vivido sólo/a	01
		Pareja sexual o esposo/a	02
		Padre, madre o tutor	03
		Hijos/as (biológicos o adoptados, propios o no)	04
		Otros familiares, no parejas sexuales	05
		Amigos/as	06
		Otros adultos (no parejas sexuales ni amigos ni familiares)	07
		Otras personas, <i>especif:</i>	/ _ / _ / No escriba en las casillas 96
			No quiere responder 98

👉 En el ejemplo nº 2a se aplicó como categoría local la opción "Otros adultos..." y a ella se le asignó el código "07".

Versión original (2b):

hC34 	Piense en los lugares en donde se ha inyectado en estos últimos 12 meses y dígame, por favor, los 3 lugares donde se ha inyectado más frecuentemente. No lea las opciones.	Casa o departamento de quien le vende la droga	01
		Casa o departamento (propia/o, de su esposo/a, de su novio/a, o amigos/as)	02
		Casa o departamento de sus padres o parientes	03
		Lugares de trabajo	04
		Locales o patios de escuela, colegio, universidad	05
		Bares, tabernas, discotecas, lugares de fiesta, casinos	06
		Baño público	07
		Automóvil o carro	08
		Calle, baldío, parque, callejón, azoteas	09
		Picadero o lugar cerrado donde se reúne gente para inyectarse (shooting gallery)	10
		Cárcel, centros de reforma, internamiento para menores, centros de acogida para huérfanos	11
		Categoría local (mantener exclusividad de las categorías)	##
		Categoría local (mantener exclusividad de las categorías)	##
		Otro/a, <i>especif:</i>	/ _ / _ / No escriba en las casillas 96
		Otro/a, <i>especif:</i>	/ _ / _ / No escriba en las casillas 97
			No quiere contestar 98
	No sabe 99		

Versión de sustitución local (2b):

hC34 	<p>Piense en los lugares en donde se ha inyectado en estos últimos 12 meses y dígame, por favor, los 3 lugares donde se ha inyectado más frecuentemente. No lea las opciones.</p>	
	Casa o departamento de quien le vende la droga	01
	Casa o departamento (propia/o, de su esposo/a, de su novio/a, o amigos/as)	02
	Casa o departamento de sus padres o parientes	03
	Lugares de trabajo	04
	Locales o patios de escuela, colegio, universidad	05
	Bares, tabernas, discotecas, lugares de fiesta, casinos	06
	Baño público	07
	Automóvil o carro	08
	Calle, baldío, parque, callejón, azoteas	09
	Picadero o lugar cerrado dónde se reúne gente para inyectarse (shooting gallery), excluidas alcantarillas	10
	Cárcel, centros de reforma, internamiento para menores, centros de acogida para huérfanos	11
	Espacios subterráneos, en general alcantarillas, donde se reúne gente para inyectarse	12
	Otro/a, <i>especif:</i> /_/_/ No escriba en las casillas	96
	Otro/a, <i>especif:</i> /_/_/ No escriba en las casillas	97
No quiere contestar	98	
No sabe	99	

➡ En el ejemplo n° 2b añadió una categoría porque en esa ciudad hay lugares con características específicas donde se reúne gente muy joven para inyectarse, habitualmente espacios subterráneos dentro del sistema de alcantarillado. Así, se modificó la categoría 10 para mantener la exclusividad de las opciones: Picadero o lugar cerrado dónde se reúne gente para inyectarse (shooting gallery), excluidas las alcantarillas. Y se añadió una categoría nueva (12): Espacios subterráneos, generalmente alcantarillas, donde se reúne gente para inyectarse. Nótese que a esa categoría se le asignó el código 12 por ser el inmediatamente posterior a las opciones pre-existentes.

Ejemplo n° 3:

Versión original (3)

gC4 TODOS	<p>¿Alguna vez ha dejado de acudir a alguno de los centros o servicios que le voy a leer por temor a la policía u otras autoridades? Marque TODAS las que mencione.</p>	
	Médico general, atención primaria de salud	01
	Servicio de emergencia médica	02
	Centro para dejar o controlar las drogas	03
	Centro de tratamiento para el VIH o sida	04
	Centro de tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS)	05
	Ginecólogo u obstetra (no en centro de ITS)	06
	Programa de intercambio de jeringas	07
	Centro o servicio para hacerse la prueba de VIH	08
	Psiquiatra o psicólogo (que no trabajan en los centros arriba citados)	09
	Categoría local (mantener exclusividad de las categorías)	##
	Categoría local (mantener exclusividad de las categorías)	##
	Otro, <i>especif:</i> /_/_/ No escriba en las casillas	96
	Otro, <i>especif:</i> /_/_/ No escriba en las casillas	97
	No quiere contestar	98
No sabe	99	

Versión de sustitución local (3)

gC4 TODOS	¿Alguna vez ha dejado de acudir a alguno de los centros o servicios que le voy a leer por temor a la policía u otras autoridades? <i>Marque TODAS las que mencione.</i>	
		Médico general, atención primaria de salud 01
		Servicio de emergencia médica 02
		Centro para dejar o controlar las drogas 03
		Centro de tratamiento para el VIH o sida 04
		Centro de tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS) 05
		Ginecólogo u obstetra (no en centro de ITS) 06
		Centro o servicio para hacerse la prueba de VIH 08
		Psiquiatra o psicólogo (no se refiere a los que trabajan en los centros arriba mencionados) 09
		Otro, <i>especif.</i> /_/_/ No escriba en las casillas 96
		No quiere contestar 98
		No sabe 99

- En el ejemplo n° 3 no se hizo ninguna sustitución, por el contrario, se eliminó la categoría “Programa de intercambio de jeringas” 07, porque en el país no aplica esa opción, dado que no existe ningún programa de ese tipo. Nótese que las categorías no se renumeraron y se pasa de la 06 a la 08.

De igual forma, se eliminaron las opciones de categorías locales, pues las categorías pre-determinadas comprenden la totalidad de las opciones posibles en el país. Se dejó una opción “otra” ante la posibilidad de encontrar respuestas que no correspondan a las categorías pre-determinadas.

[7] LA CODIFICACIÓN POSTERIOR DEL C-CODAR

(7.1) CATEGORÍAS “OTRO/A”

Antes de la digitación de los datos, durante el proceso de revisión y codificación deben comprobarse las preguntas con categorías “Otro/a”:

Ejemplo n° 1 de Codificación opciones “Otro/a”

cC11 TODOS	En los últimos 12 meses, de las fuentes de ingreso que le voy a leer, dígame cuáles le han proporcionado algún dinero. <i>Marque TODAS las que mencione. Pruebe preguntando “¿Alguna más?”.</i>	
		Trabajo con contrato formal (medio tiempo o completo) 01
		Trabajo sin contrato formal, trabajos temporales o changas 02
		Seguro de desempleo 03
		Asistencia Pública, beneficencia o similar 04
		Ingresos de pareja, amigos o familia 05
		Pedir limosna, mendigar 06
		Recolectar latas, cartones, buscar en basuras, limpiar parabrisas o similar 07
		Venta ambulante (calle, buses) 08
		Relaciones sexuales por dinero 09
		Venta de drogas 10
		Robo, hurto 11
		Categoría local (mantener exclusividad de las categorías) ##
		Categoría local (mantener exclusividad de las categorías) ##
		Otro/a, <i>especif:</i> Artista que vende su trabajo (cuadros)...../1/2/ No escriba en las casillas 96
	Otro, <i>especif:</i> /_/_/ No escriba en las casillas 97	
	No quiere contestar 98	

- En el ejemplo n° 1, el código 96 deberá ser marcado con un redondel por el entrevistador/a, pero **este código no es el que se va a introducir en la base de datos.**

El código "12" se coloca durante el **proceso de "revisión y codificación"**, nótese que es el inmediatamente posterior a la última categoría propuesta en el instrumento original (robo, hurto). De esta forma, cada vez que salga la respuesta "artista que vende su trabajo" se le asignará el código 12, y ese será el código a ingresar en la captura o digitación de ese cuestionario. Si en otra entrevista se obtiene otra respuesta "exclusiva" y no equivalente a ninguna de las ya existentes, se le asignará el código 13 y así sucesivamente (hasta el código 94). Por esto es fundamental que **se construya y alimente un listado de códigos** para cada una de las preguntas que contienen la opción "Otro/a". En cualquier caso, se recomienda que el listado de códigos adicionales no sea excesivamente largo, pues ello podría dificultar el trabajo de análisis posterior. Un código adicional debería crearse sólo cuando es estrictamente necesario porque **la respuesta es única, representativa, repetitiva o muy peculiar**. Posteriormente, en el momento del análisis algunos de los códigos añadidos pueden agregarse.

Si se tratase de una versión local del cuestionario con sustitución de alguna o ambas categorías locales (##), el listado de códigos para la opción "Otro/a" debería iniciarse con el número que sigue a la última categoría local incluida en la versión final del instrumento.

Algunas preguntas, como la del ejemplo 1, van seguidas de otra que solicita que se elija la opción más frecuente en el periodo de referencia. Debe anotarse el **código predeterminado** de la opción señalada por el entrevistado. Si el entrevistado menciona que fue la categoría: "Artista que vende su trabajo (cuadros)", el entrevistador debe anotar 96:

<p>c012 TODOS</p>	<p>¿Y cuál fue la que le proporcionó más ingresos? <i>Anote el código de una categoría de la pregunta anterior.</i></p>	<p>No sabe 99 <i>Anote el código de una categoría de la pregunta anterior</i> <i>Si la respuesta corresponde a lo registrado en la categoría "Otro" escriba 96 o 97 según aplique.</i> Código /_9_/_6_/</p> <p><i>No rellenar, dejar para codificación posterior:</i> CODIGO CONFIRMADO /__/_/</p>
------------------------------	---	--

Posteriormente, durante el **proceso de "revisión y codificación"**, deberá anotarse el código que se le haya otorgado a esa opción concreta de "Otro/a" en el lugar correspondiente. Para el ejemplo 1:

<p>c012 TODOS</p>	<p>¿Y cuál fue la que le proporcionó más ingresos? <i>Anote el código de una categoría de la pregunta anterior.</i></p>	<p>No sabe 99 <i>Anote el código de una categoría de la pregunta anterior</i> <i>Si la respuesta corresponde a lo registrado en la categoría "Otro" escriba 96 o 97 según aplique.</i> Código /_9_/_6_/</p> <p><i>No rellenar, dejar para codificación posterior:</i> CODIGO CONFIRMADO /_1_/_2_/_/</p>
------------------------------	---	---

[7.2] CÓDIGOS DE PAÍS Y CIUDAD

Los códigos correspondientes a las ciudades o países en las preguntas cC4, cO5 cC6, hO2, hO7, kO2, deben diligenciarse durante la **revisión y codificación**. En el anexo del *Cuaderno 2: Manual de entrevista y aplicación del cuestionario* se encuentra el listado de códigos.

Este listado incluye 215 países del mundo con sus ciudades capitales. Deberá completarse un listado de códigos de otras ciudades, municipios o pueblos, de acuerdo con las respuestas que se vayan obteniendo.

[8] LA PRUEBA PILOTO

En un instrumento como C-CODAR, que pretende ser una herramienta de uso en distintos países, hay que prever que el lenguaje y los patrones culturales pueden variar considerablemente entre los lugares donde podría aplicarse. Por ello, **es muy recomendable realizar una prueba piloto** para valorar la **comprensión** de las preguntas (de acuerdo a las definiciones en el *Manual de entrevista y aplicación del cuestionario*) y la **aceptación cultural de la versión local de C-CODAR**.

Se aconseja realizar en primer lugar una **aproximación cualitativa**. Es decir, organizar, por ejemplo, un grupo focal con la participación de organizaciones comunitarias del lugar (barrio, ciudad ...) que trabajen con consumidores de drogas ilegales. La integración de consumidores puede ser muy útil para introducir el tema en la comunidad y dar a conocer el proyecto, además de obtener una aproximación general de cómo presentar el cuestionario y plantear la prueba piloto.

La prueba piloto puede hacerse seleccionando unas cuantas personas con el mismo perfil de la muestra prevista para el estudio. Puede ser suficiente con un 10% del tamaño (n) de la muestra prevista. Al analizar la prueba piloto debe repasarse cada pregunta para ver si ha sido comprendida, si se ha variado el significado de las que fueron modificadas. Además, también puede servir para probar el sistema de **revisión y codificación** que se piensa aplicar, así como para ajustar el plan de análisis.

Es aconsejable escribir, aunque sea muy brevemente, las características generales de la prueba piloto que se va a realizar, aclarando:

- Objetivos.
- Metodología.
 - Diseño.
 - Ámbito geográfico.
 - Sujetos de estudio. Criterios de selección. Presentación de la prueba a los informantes.
 - Tamaño y distribución de la muestra según variables relevantes para la prueba (ej, sexo, inyección en los últimos 6 meses). Forma de selección de la muestra.
 - Metodología. Presentación de la prueba a los informantes y forma de recogida de la información para valorar la comprensión y adecuación cultural.
 - Análisis de los resultados de la prueba.

También es posible pedir opinión a colegas que trabajen en el ámbito del consumo de drogas sobre determinados términos o planteamientos del cuestionario. **En cualquier caso, recuerde que sólo debe cambiarse lo imprescindible.**

Si se hace un grupo focal, es conveniente pedir la colaboración de algún profesional especializado.

Si ha eliminado preguntas del C-CODAR, la prueba piloto le permitirá comprobar que las indicaciones de salto para el entrevistador son correctas.

[9] PRECISIONES SOBRE ALGUNOS MÓDULOS

[9.1] INFORMACIÓN SOBRE LA ENTREVISTA Y RECLUTAMIENTO (*Módulo b*)

El *submódulo 3* incluye una pregunta **opcional** (bO10) para obtener el **código personalizado** del entrevistado. Además de las iniciales de nombres y apellidos, el código se construye con las variables **sexo** y **fecha de nacimiento** (día/mes/año).

Tenga muy presente que su cumplimentación puede plantear problemas que afecten a su fiabilidad.

- Algunos entrevistados pueden desconocer su fecha de nacimiento.
- En ocasiones por recelo no dan las iniciales de su nombre o apellidos reales.
- Con los nombres o apellidos compuestos (que contienen varias palabras, incluyendo en ocasiones, artículos, preposiciones o conjunciones) puede haber confusión con las letras que se recogen. Por otra parte, pueden dar en una ocasión uno de sus nombres y en otra ocasión el otro.
- No deben utilizarse tampoco los apodos, moteos o alias, pues también pueden llevar a confusión.

No use nunca este código para ligar el cuestionario con la muestra biológica. Es mejor utilizar el número de identificación del cuestionario (ver pág. 27), preferiblemente pegando etiquetas preimpresas idénticas en el cuestionario (bC1), en la muestra (bC13) y en el consentimiento informado.

Si se pretende utilizar el código personalizado, es importante probarlo en la prueba piloto para valorar los posibles problemas y elaborar unas normas detalladas de cómo cumplimentarlo.

Si se cumplimenta adecuadamente, es útil para descartar repetidos o para estimar el solapamiento de esta muestra con la de otros estudios y realizar estimaciones de la prevalencia de uso problemático de drogas por el método de captura-recaptura. No es adecuado para realizar estudios de seguimiento. Si se pretende realizar un estudio transversal como fase basal de un estudio de cohortes hay que utilizar el nombre y apellidos completos, tomados de una fuente fiable que ha de mostrar al participante (documento nacional de identidad, pasaporte, etc.).

[9.2] DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS (*Módulo c*)

No se ha incluido una propuesta para la medición de la clase social.

Para facilitar las comparaciones nacionales con otras poblaciones específicas o con población general se recomienda utilizar las mismas categorías que las instituciones nacionales que realizan el censo o padrón de habitantes.

[9.3] PATRONES DE CONSUMO DE DROGAS (*Módulo d*)

Tenga en cuenta que en la versión íntegra del cuestionario (C-CODAR-VI), el *Módulo d: Patrones de consumo de drogas*, contiene dos propuestas de las que cabe sólo aplicar una. Es decir, debe elegir entre el *submódulo 1* ó el *2*. Elija el **submódulo d1**, que se encuentra estructurado en forma de tabla, en las siguientes condiciones:

- La muestra es sólo de inyectores.
- Dispone de pocos recursos.
- Las condiciones de aplicación son muy difíciles (por ejemplo, en la calle).

El **submódulo d2** no ha sido diseñado en forma de tabla por dificultades de presentación. Su desarrollo como preguntas individuales la hace parecer bastante más larga que la versión reducida. Sin embargo, tenga en cuenta que la tabla da una visión engañosa de la longitud de un módulo o sección, pues puede integrar, de una forma comprimida, un alto número de preguntas.

[9.4] ESTADO DE SALUD (*Módulo f*)

Se ha diseñado un **módulo muy escueto** que no incluye preguntas sobre **dependencia, intentos de suicidio, accidentes, sobredosis o salud mental** (comorbilidad), aunque estos problemas suelen ser prevalentes en esta población. Puede encontrar información sobre estos temas en:

- OEDT. Drogas en el punto de mira. Sobredosis: una de las principales causas de muerte evitable entre los jóvenes. Luxemburgo, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas; 2004. En: <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=439>
- WHO. Neuroscience of psychoactive substance use and dependence. Geneva: World Health Organization; 2004. En: http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience.pdf
- WHO. Preventing violence: a guide to implementing the recommendations of the World Report on Violence and Health. Geneva: World Health Organization; 2004. En: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241592079.pdf>
- OEDT. Drogas en el punto de mira. Comorbilidad: el consumo de drogas y los trastornos mentales. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas; 2004. En: <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=439>

Además, puede ser interesante complementar este módulo con la medición de la **calidad de vida**¹².

Hay varias escalas validadas en español para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud, y existe una cierta experiencia en la aplicación de algunas de ellas a poblaciones de consumidores de drogas:

- **Perfil de Salud de Nottingham.** Disponible en <http://iryss.imim.es/iryss/BiblioPRO.asp> o solicitándolo a biblioPRO@imim.es (Institut Municipal d'Investigació Mèdica-IMIM, Barcelona, España). Se puede encontrar información al respecto en:
 - Puigdollers E, Cots F, Brugal MT, Torralba L, Domingo-Salvany A, Costas F. Programas de Mantenimiento con Metadona con servicios suplementarios: un estudio de coste efectividad. *Gac Sanit* 2003;17(2):123-130. En: <http://db2.doyma.es/pdf/138/138v17n02a13046569pdf001.pdf>
 - Torrens M, Domingo-Salvany A, Alonso J, San L. Methadone and quality of life. *Lancet*. 1999 Mar 27;353(9158):1101.
 - Torrens M, San L, Martínez A, Castillo C, Domingo-Salvany A, Alonso J. Use of the Nottingham Health Profile for measuring health status of patients in methadone maintenance treatment. *Addiction*. 1997 Jun;92(6):707-16.
 - Alonso J, Angó JM, Moreno C. Spanish version of the Nottingham Health Profile: translation and preliminary validity. *Am J Public Health*. 1990 Jun;80(6):704-8.
- **Cuestionario de Salud SF-36 y la versión reducida, el SF-12.** Ambos en <http://iryss.imim.es/iryss/biblioPRO.asp> Para más información consultar:
 - Badia X, Salameró M, Alonso J. La Medición de la Salud. Guía de escalas de medición en español. Cuestionario de Salud SF-36. A: Edimac. Barcelona 1999: 155-162.
 - Alonso J, Regidor E, Barrio G, Prieto L, Rodríguez C, de la Fuente L. Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Med Clin* 1998; 111:410-416.
 - Ware JE, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey. Construction of scales and preliminary tests of reliability and Validity. *Med Care* 1996; 34: 220-233.
 - Para información sobre el uso del cuestionario en ALC, visite <http://iryss.imim.es/iryss/BiblioPRO-latino.htm>

[9.5] ALTERNATIVAS PARA INCLUIR EN EL MÓDULO E PARA ESTIMAR LA PREVALENCIA DE CODAR

Existen diversos métodos para hacer estimaciones de la prevalencia de consumo problemático de drogas: encuestas, método multiplicativo, captura-recaptura, nominación o análisis de redes. Todas ellas requieren una planificación previa meticulosa.

12 Velarde-Jurado MC, Ávila-Figueroa C. Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. *Salud Pública de México* 2002;44:448-463. En <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v44n5/14035.pdf>

Cuando se va a realizar una encuesta de comportamiento en CODAR debe tenerse en cuenta que el reclutamiento de la muestra puede ser lo más costoso y que la introducción de 2 ó 3 preguntas bien planificadas puede proporcionar, por ejemplo, una información clave para obtener un multiplicador para la estimación indirecta del número de usuarios en una ciudad determinada. Sin embargo, también debe tenerse en cuenta que:

- En caso de recursos limitados esta tarea nunca debe anteponerse o sustituir a la puesta en marcha de programas de prevención de VIH y otras ITSS.
- Aunque los resultados pueden llevar a la puesta en marcha de servicios de salud, es también posible que la estimación de inyectores de drogas o consumidores de drogas ilegales como heroína, cocaína o anfetaminas/metanfetaminas conlleve una actuación policial, cuyas consecuencias podrían entrar en contradicción con los objetivos originales del trabajo.
- La mayoría de los métodos para una estimación indirecta lo suficientemente precisa necesita de registros o sistemas de información de calidad (registros de mortalidad, registros de tratamiento de la dependencia, registros de VIH, etc.); por ello a veces puede ser más rentable invertir en la mejora de los mismos, antes de acometer una nueva tarea.

El método multiplicativo que es quizás el más usado, requiere disponer de dos fuentes de datos. La primera es generalmente institucional, a partir de los centros, servicios, programas o dispositivos con los que contactan los consumidores de drogas, y la segunda es la propia encuesta. **La estimación se obtiene multiplicando, por ejemplo, el número de personas que acuden a los centros de tratamiento de la dependencia en un determinado período por el inverso de la proporción de los que contestaron en la encuesta que habían acudido a esos centros en ese período.**

Para seleccionar y elaborar las preguntas que se van a introducir conviene recordar que es necesario:

- Decidir qué población queremos estimar. ¿CODAR = personas entre 15-64 años que en los últimos 6 meses se han inyectado droga o han consumido cocaína, heroína, anfetaminas o metanfetaminas más de 25 días? ¿Inyectores = personas que se han inyectado cualquier droga en los últimos 6 meses? ¿O estamos interesados en otra población distinta, como por ej. inyectores = personas que se han inyectado alguna vez en la vida? La definición precisa de la población es imprescindible.
- Tener claro el objetivo de la estimación. Ello está directamente relacionado con el punto anterior. Si el objetivo es valorar las necesidades de tratamiento de la dependencia, entonces la definición deberá ajustarse a la de los posibles clientes. Si el objetivo es orientar acerca de la necesidad de implementar programas de intercambio de jeringas, entonces la población probablemente deberá ser distinta.
- Para la selección y definición de la población también deberá tenerse en cuenta que todos sus miembros han de tener una probabilidad similar de entrar en contacto con los centros o servicios que se van a utilizar como fuente de información.
- Seleccionar el ámbito geográfico. Debería ser el mismo o de características similares a donde se va a aplicar la encuesta.
- Si se va a utilizar como fuente de información el contacto con los centros de tratamiento de la dependencia, deberá explorarse si existe un sistema de registro sobre personas en tratamiento. Será necesario investigar la cobertura de ese registro, (si cubre sólo un centro o son varios centros que notifican a una unidad de coordinación), cuáles son los criterios de notificación o inclusión en el registro, qué ámbito geográfico cubre (listado de centros que notifican), qué identificadores utiliza, qué métodos para descartar casos repetidos, etc. Pueden utilizarse otras fuentes como centros para hacerse la prueba del VIH, registro de detenidos por la policía, etc. Para obtener estimaciones precisas se requieren registros de calidad (precisos y fiables).

Es también importante saber si un “registro de tratamiento” significa el inicio de una persona en tratamiento (incidencia) o casos en tratamiento en un período dado (prevalencia). Si sólo va a obtener datos de los nuevos casos que inician tratamiento en los centros de su ciudad, tendrá que preguntar también en la encuesta por inicios de tratamiento. La definición de la unidad de cálculo para la estimación de la prevalencia de CODAR ha de ser la misma en la información que le proporcionen los registros de tratamiento que la que usted investigue en su encuesta.

- Cuando en una ciudad existen muchos centros o servicios de tratamiento de la dependencia, pero no todos tienen buenos registros, las preguntas incluidas en la encuesta pueden hacerse de forma específica sobre el contacto o la asistencia en los centros que sabemos tienen buenos registros, o bien deberá conocerse la proporción que los centros con buenos registros representan del total de centros.
- Que el período de referencia sea claro y el mismo para la encuesta y la otra fuente de información. Si en la encuesta se pregunta por personas tratadas en los últimos 12 meses, este debe ser exactamente el período utilizado para obtener el número de personas en contacto con los centros o servicios correspondientes.
- Es fundamental que la unidad de cálculo sea la misma en el/los registro/s de centro/s que en la encuesta, para ello hay que disponer de una definición clara y precisa de lo que significa “tratamiento para dejar o controlar el consumo de drogas” o “tratamiento de la dependencia” ¿Incluye cualquier tipo de tratamiento? ¿También los programas de ayuda? ¿Y la medicina tradicional? ¿Incluye haber estado cualquier período en tratamiento, es suficiente con un día? ¿Incluye también haber estado en tratamiento en otra ciudad del país? ¿Incluye haber estado en tratamiento en la prisión?, etc.

Discuta con un experto las características de las fuentes de datos disponibles en su ciudad o área geográfica y defina con su colaboración las preguntas a incluir en el cuestionario. Podría ser suficiente con tres preguntas.

eC7 TODOS	¿Ha recibido en los últimos 12 meses alguno de los tratamientos para dejar o controlar el uso de drogas, como la desintoxicación o la comunidad terapéutica o los otros que le nombré antes? Por favor, incluya si está en tratamiento actualmente o si hizo sólo una parte del tratamiento y no incluya los intentos por su cuenta, sin ayuda de profesionales.	No	01
		Sí	02
		No quiere contestar	98
		No sabe	99

Pregunte además en cuántos centros recibió tratamiento en los últimos 12 meses e identifique en cuáles ha sido para comprobar si están dentro de la red de centros de su ciudad o área de estudio.

Puede preguntar por centros residenciales o ambulatorios. Tenga en cuenta que el tipo de centros por los que se pregunte dependerá de cuál sea el registro de referencia que se vaya a utilizar.

Si en su ciudad o área no existe un registro de personas en tratamiento de la dependencia, es difícil utilizar este método de estimación de la prevalencia. Si, aún así quiere explorar las posibilidades de hacerlo, consulte con un experto y considere que éstos serían de forma muy general los pasos a dar:

1. Disponer de un listado de los centros que en su ciudad realizan tratamiento de la dependencia. Si dicho listado no existe, puede ser una buena idea mapear el área de estudio. El resultado puede ser un buen registro de centros de tratamiento.
2. Contrastar con los centros el tipo de información que le pueden proporcionar:
 - a. Un listado de nombres (es probablemente difícil*).
 - b. El número total de individuos tratados en los últimos 12 meses.
 - c. El número total de episodios de tratamiento en los últimos 12 meses.

* En cualquier caso, usted no va a recoger los nombres de los entrevistados en su encuesta. Sin embargo, puede tener en cuenta esta opción si va a recoger códigos (ver pregunta bO10) que luego pueden ser usados en el método de captura-recaptura

3. Si es posible, después de contrastar la información que le pueden proporcionar, considere pedirles:
 - a. Número total de personas tratadas en los últimos 12 meses (exactamente el mismo período de calendario que usted tendrá en su encuesta). Habrá que confirmar si fuese posible que son personas distintas y que se han eliminado los repetidos dentro de un mismo centro o entre centros distintos.
 - b. Una estimación de la proporción de pacientes no locales (procedentes de otras ciudades). Deberá también preguntar por la proporción de pacientes con características que conlleven una menor probabilidad de ser incluidos en la muestra de su encuesta.

Recuerde que es posible que sólo puedan proporcionarle el número de tratamientos por primera vez en la vida o el número de inicios de tratamiento anuales. Usted deberá preguntar en su encuesta por tratamientos alguna vez en la vida o por inicios de tratamiento en el año calendario correspondiente. Si solo le pueden proporcionar un registro de episodios de tratamiento, podrá hacer un cálculo preguntando en la encuesta por episodios de tratamiento en los últimos 12 meses.

Si tiene para algunos centros registros de individuos y para otros sólo episodios, entonces deberá pedirles una estimación, lo más precisa posible, de la proporción de individuos a la que corresponderían esos episodios.

El método multiplicativo usa como base un recuento o *benchmark* (B), que es el nº total de CODAR que ha sufrido un evento en un período (por ejemplo, admisión a tratamiento), y un multiplicador (M), que es el inverso de la probabilidad de los CODAR de sufrir el evento, y se estima con encuestas comunitarias de CODAR, estudios de cohortes o técnicas nominativas. Prevalencia estimada=B*M. Asumen que la muestra para obtener M es representativa de B, que B es válido, y que el evento tiene la misma definición en B que en el estudio para obtener M.

Encontrará información más detallada:

- UNODC. Estimating Prevalence: Indirect Methods for Estimating the Size of Drug Problem. Toolkit Module 2. New York: United Nations; 2003. En: http://www.unodc.org/pdf/gap_toolkit_module2.pdf
- Home Office. Estimating the prevalence of problematic and injecting drug use for Drug Action Team areas in England: a feasibility study using the Multiple Indicator Method. Home Office Online Report 34/04. En: http://www.unodc.org/pdf/bulletin/bulletin_2002_01_01_Art2.pdf
- Hickman M, Taylor C, Chatterjee A et al. Estimating the prevalence of problematic drug use: a review of methods and their application. Bulletin on Narcotics 2002; vol. LIV, Nos 1 y 2: 15-32. En: http://www.unodc.org/pdf/bulletin/bulletin_2002_01_01_Art2.pdf
- EMCDDA. Estimating the prevalence of Problem Drug Use in Europe. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 1997. Solicitar en <http://www.emcdda.eu.int/>
- EMCDDA. Methodological guidelines to estimate the prevalence of problem drug use on the local level. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction ; 1999. En: <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1372>
- UNAIDS/FHI. Estimating the Size of Populations at Risk for HIV. Issues and Methods. Arlington: FHI; 2003. En: http://data.unaids.org/Publications/External-Documents/EstimatingPopSizes_en.pdf

[9.6] PRÁCTICAS DE INYECCIÓN DE RIESGO (*Módulo h*)

Existen en el *módulo h* del cuestionario tres bloques de **preguntas sobre prácticas de inyección de riesgo** que son imprescindibles para obtener los Indicadores Básicos para CODAR, basados en los indicadores de ONUSIDA, FHI y OEDT/EMCDDA:

- I) **hC11, hC12, hC13** ➤ Referidas a la última inyección en su vida, que puede haber ocurrido hace horas o hace años. Aplicables a inyectores recientes o ex-inyectores.
- II) **hC17, hC19, hC25, hC27** ➤ Referidas a los últimos 12 meses. Aplicables sólo a inyectores recientes.
- III) **hC36, hC37, hC38** ➤ Referidas a los últimos 30 días. Aplicables sólo a inyectores recientes que se hayan inyectado en ese período.

Se recomienda la aplicación de todas esas preguntas para poder obtener los mencionados indicadores. Sin embargo, en caso que sea necesario reducir el cuestionario en aspectos tan fundamentales, se sugiere la aplicación de al menos dos de estos grupos de preguntas, dependiendo del tipo de población de estudio:

- Si son todos inyectores recientes ➤ aplicar los grupos de preguntas II) y III)
- Si hay inyectores recientes y ex-inyectores. ➤ aplicar los grupos de preguntas I) y II)

[INDICADORES PARA CODAR]

10.	INDICADORES BÁSICOS CODAR	59
10.1	Prácticas de inyección de riesgo	59
10.2	Prácticas sexuales de riesgo	61
10.3	Características sociodemográficas	63
10.4	Prevalencia de infección por VIH, VHB o VHC.	63
11.	OTROS INDICADORES PARA CODAR.	64
11.1	Características sociodemográficas.	64
11.2	Patrones de consumo de drogas y de inyección	65
11.3	Tratamiento para dejar o controlar el consumo de drogas.	68
11.4	Acceso y uso de otros servicios de salud	69
11.5	Acceso a material de inyección estéril	70
11.6	Estancia en centros de reforma o prisión e inyección de drogas	70
11.7	Prácticas sexuales de riesgo e infecciones de transmisión sexual (ITS)	71
11.8.	Conocimientos sobre prevención del VIH y del VHC.	73

Según ONUSIDA un buen sistema de monitoreo y evaluación debe contar, ente otras características, con¹³:

- *Un conjunto de **indicadores prioritarios e indicadores adicionales** que sean **comparables a lo largo del tiempo**.*
- *Varios indicadores clave que sean **comparables con los de otros países**.*

En este capítulo se sugieren **indicadores para su uso en consumidores de drogas con alto riesgo (CODAR)** basados en la utilización del C-CODAR.

No se proponen indicadores para todas y cada una de las preguntas clave incluidas en el cuestionario ya que dicho instrumento permite un estudio más amplio y profundo de los CODAR. Recuerde que los objetivos de las encuestas en CODAR incluyen la vigilancia de segunda generación de VIH, así como el estudio de otros aspectos para la comprensión de las epidemias de ITSS en estas poblaciones (ver pág. 11-12).

Todos los indicadores propuestos pueden calcularse separadamente para **las dos principales poblaciones que constituyen los CODAR** (inyectores y consumidores de drogas por otras vías). Los indicadores que tienen que ver con el uso inyectado de drogas sólo podrán calcularse para los inyectores.

Se han dividido en dos apartados:

INDICADORES BÁSICOS para CODAR

De prácticas de inyección de riesgo:

- *Se proponen 4 indicadores, incluidos los dos Indicadores Fundamentales y Adicionales de ONUSIDA para inyectores de drogas¹⁴.*

De prácticas sexuales de riesgo:

- *Se proponen 3 indicadores, incluidos algunos de los Indicadores Fundamentales y Adicionales sobre comportamiento sexual propuesto por ONUSIDA¹⁵ y un indicador propuesto por FHI¹⁴.*

De características sociodemográficas:

- *Se proponen 2 indicadores, uno de ellos se corresponde con el indicador B2 de la tabla estándar n° 9 del OEDT/EMCDDA¹⁵.*

De prevalencia de infección del VIH, VHB o VHC:

- *Se proponen 3 indicadores, uno para cada tipo de virus, así como su desagregación por otras variables de interés.*

OTROS INDICADORES para CODAR

- *Características sociodemográficas.*
- *Patrones de consumo de drogas y de inyección.*
- *Tratamiento de la dependencia de drogas.*
- *Acceso y uso de otros servicios de salud.*
- *Acceso a material de inyección estéril.*

13 ONUSIDA. Programas Nacionales de Sida. Guía para el monitoreo y la evaluación. Ginebra: ONUSIDA; 2000. En: http://www.epired.org/media/files/AIDS_guide_fin.pdf

14 FHI. Encuestas de vigilancia del comportamiento. Directrices para encuestas del comportamiento repetidas en poblaciones de riesgo al VIH. Arlington: FHI; 2000

15 OEDT/EMCDDA. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Drug Related Infectious Diseases. En: <http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1375>

- *Estancia en centros de reforma/prisión e inyección de drogas.*
- *Infección por VIH o VHC.*
- *Prácticas sexuales de riesgo e infecciones de transmisión sexual.*
- *Conocimientos sobre prevención del VIH y del VHC.*

Para la obtención correcta de los indicadores es muy importante usar el cuestionario C-CODAR.

Para realizar cambios en el cuestionario consulte el capítulo anterior “Trabajando con el cuestionario: hacia una versión local”. Tenga en cuenta que modificaciones en los períodos de referencia, la formulación de las preguntas, las opciones o categorías de respuesta pueden limitar de forma importante la comparabilidad.

La lectura de este capítulo con la consulta en paralelo del C-CODAR facilita la adecuada comprensión de los indicadores.

[10] INDICADORES BÁSICOS CODAR

Todos los indicadores **sombreados en rojo** están relacionados con el consumo inyectado. El resto de los indicadores, **sobre fondo blanco**, pueden calcularse en su mayoría para inyectores o no inyectores⁴.

[10.1] PRÁCTICAS DE INYECCIÓN DE RIESGO

10.1.1 CODAR-inyectores que en un periodo dado se inyectaron con una jeringa usada por otros

Definición	<p>Porcentaje de CODAR-inyectores que en un periodo dado se inyectó con jeringas con las que se habían inyectado antes otras personas.</p> <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ La palabra <i>jeringa</i> se refiere a la aguja, al émbolo o al conjunto. ■ En el C-CODAR se han incluido dos períodos de referencia para el estudio de estas prácticas: <ul style="list-style-type: none"> □ Últimos 30 días (30 días previos a la fecha de la entrevista o de la entrada a tratamiento). □ Últimos 12 meses (12 meses previos a la fecha de la entrevista o de la entrada a tratamiento). <p>Darán lugar a dos indicadores, cada uno comparable sólo consigo mismo.</p>
Numerador	<p>Número de entrevistados que en un período dado se inyectó con jeringas con las que se habían inyectado antes otras personas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Módulo Prácticas de inyección de riesgo (h): <ul style="list-style-type: none"> □ Pregunta hC19 (últimos 12 meses). □ Pregunta hC36 (últimos 30 días).
Denominador	<p>Todos los CODAR-inyectores (recientes) (➤ Módulo Tipo de CODAR y selección (a): Pregunta aC3 -entrevistados cuya última inyección fue hace 6 meses o menos-), que proporcionaron una respuesta válida a las preguntas correspondientes al numerador. Se excluirán los “No sabe” (99) o “No quiere contestar” (98).</p> <p>Si va a utilizar el período de referencia de los últimos 30 días, el denominador deberá ser los inyectores que se inyectaron en ese período.</p>

10.1.2 CODAR-inyectores que la última vez que se inyectaron usaron material de inyección usado antes por otros

Definición	<p>Porcentaje de CODAR-inyectores que en su última inyección utilizó algún material (jeringas, cucharas, tapones, filtros, líquido para limpiar las jeringas...) que había usado antes otras personas, incluyendo también la práctica de inyectarse droga disuelta en jeringas o recipientes utilizados antes por otras personas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Notas: La palabra <i>jeringa</i> se refiere se refiere a la aguja, al émbolo o al conjunto.
Numerador	<p>Número de entrevistados que en su última inyección utilizó jeringas, agujas, recipientes (cucharas, latas, tapones...), filtros o líquido para limpiar la jeringa usados previamente por otros, o se inyectó droga disuelta en jeringas o recipientes usados antes por otra persona.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Módulo Prácticas de inyección de riesgo (h): <ul style="list-style-type: none"> □ Preguntas hC11, hC12, hC13.
Denominador	<p>Todos los CODAR-inyectores (recientes) y ex-inyectores entrevistados (➤ Módulo Tipo de CODAR y selección (a): Pregunta aC2 -entrevistados que se han inyectado alguna vez en la vida-), que proporcionaron una respuesta válida a las preguntas correspondientes al numerador. Se excluirán los "No sabe" (99) o "No quiere contestar" (98).</p>
Comentarios	<p>Las conductas de inyección de riesgo varían de unos lugares a otros. Este indicador deberá incluir aquellas prácticas de inyección que implican un intercambio de fluidos con riesgo para la transmisión del VIH, VHC o VHB. Si se identificasen prácticas locales con ese riesgo, deberían ser incluidas en el cuestionario y luego en este indicador.</p> <p>Tenga en cuenta que en este indicador puede estar incluyendo eventos ocurridos hace más de 6 meses, incluso años.</p> <p>Ver el indicador fundamental de uso de drogas inyectables N° 1. <i>Usuarios de drogas inyectables que compartieron equipo la última vez que se inyectaron</i>. En: ONUSIDA. Programas Nacionales de Sida. Guía para el monitoreo y la evaluación. Ginebra: ONUSIDA; 2000. pág. 107.</p>

10.1.3 CODAR-inyectores que en un período dado NO usaron ni una sola vez material de inyección previamente usado por otros

Definición	<p>Porcentaje de CODAR-inyectores que en un período dado NO usó ningún material (jeringas, cucharas, latas, tapones, filtros, líquido para limpiar la jeringa...) que hubiera sido utilizado antes por otras personas ni se inyectó droga disuelta en jeringas o recipientes usados antes por otros. Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ La palabra <i>jeringa</i> se refiere a la aguja, al émbolo o al conjunto. ■ En el C-CODAR se han incluido dos períodos de referencia para el estudio de estas prácticas: <ul style="list-style-type: none"> □ Últimos 30 días. □ Últimos 12 meses. <p>Darán lugar a dos indicadores, cada uno sólo comparable consigo mismo.</p>
Numerador	<p>Número de entrevistados que en un período dado NO utilizó ni una sola vez jeringas, agujas, recipientes (cucharas, latas, tapones...), filtros o líquido para limpiar la jeringa previamente usados, y tampoco se inyectó droga disuelta en una jeringa ajena usada.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Módulo Prácticas de inyección de riesgo (h): <ul style="list-style-type: none"> □ Preguntas hC19, hC26, hC27 (últimos 12 meses). □ Preguntas hC36, hC37, hC38 (últimos 30 días).
Denominador	<p>Todos los CODAR-inyectores (recientes) (➤ Módulo Tipo de CODAR y selección (a): Pregunta aC3 -entrevistados cuya última inyección fue hace 6 meses o menos-), que proporcionaron una respuesta válida a las preguntas correspondientes al numerador. Se excluirán los "No sabe" (99) o "No quiere contestar" (98). Si va a utilizar el período de los últimos 30 días, el denominador deberá ser los inyectores que se inyectaron en ese mismo período.</p>
Comentarios	<p>Al igual que en el indicador anterior, deberán incluirse en el cuestionario preguntas sobre prácticas o categorías que se hayan identificado localmente.</p> <p>Ver indicador fundamental de uso de drogas inyectables N° 2. <i>Usuarios de drogas inyectables que no compartieron el equipo ni una vez en el mes anterior</i>. En: ONUSIDA. Programas Nacionales de Sida. Guía para el monitoreo y la evaluación. Ginebra: ONUSIDA; 2000. Pág. 109.</p>

10.1.4 CODAR-inyectores que en un período dado SÓLO realizaron prácticas indirectas de compartir material para inyectarse

Definición	<p>Porcentaje de CODAR-inyectores que en un período dado NO se inyectó con jeringas usadas antes por otras personas pero SÍ usó otros materiales de inyección (recipientes, como cucharas, latas o tapones, filtros, líquido para limpiar la jeringa, etc) previamente usados por otros o droga disuelta en jeringas o recipientes usados por otros. Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ La palabra <i>jeringa</i> se refiere a la aguja, al émbolo o al conjunto. ■ En el C-CODAR se han incluido dos períodos de referencia para el estudio de estas prácticas: <ul style="list-style-type: none"> □ Últimos 30 días. □ Últimos 12 meses. <p>Darán lugar a dos indicadores, cada uno sólo comparable consigo mismo.</p>
Numerador	<p>Número de entrevistados que en un período dado NO se inyectó con jeringas usadas por otras personas, pero SÍ usó otros materiales de inyección (recipientes, como cucharas, latas o tapones, filtros, líquido para limpiar la jeringa, etc) previamente usados por otros o droga que había sido diluida en una jeringa ajena usada.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Módulo Prácticas de inyección de riesgo (h): <ul style="list-style-type: none"> □ Preguntas hC19, hC26, hC27 (últimos 12 meses). □ Preguntas hC36, hC37, hC38 (últimos 30 días).
Denominador	<p>Todos los CODAR-inyectores (recientes) (➤ Módulo Tipo de CODAR y selección (a): Pregunta aC3 -entrevistados cuya última inyección fue hace 6 meses o menos-), que proporcionaron una respuesta válida a las preguntas correspondientes al numerador. Se excluirán los "No sabe" (99) o "No quiere contestar" (98).</p> <p>Si va a utilizar el período de los últimos 30 días, el denominador deberá ser los inyectores que se inyectaron en ese mismo período.</p>
Comentarios	<p>Además de la forma más simple consistente en recibir una jeringa vacía ya usada, las prácticas que presentan riesgo potencial de transmisión de infecciones incluyen multitud de variantes generalmente relacionadas con la forma en que se diluye y reparte la droga entre los miembros de un grupo. Entre estas prácticas se cuentan: el uso de una jeringa usada para diluir la sustancia y repartirla luego a los miembros del grupo utilizando las marcas del émbolo de la jeringa, utilizar el mismo filtro para varios miembros de un grupo, compartir toallitas para limpiarse la piel, enjuagar las jeringas usadas en el líquido que otros han usado para lavar las suyas, etc. Denominamos a todas ellas prácticas indirectas de compartir material de inyección.</p> <p>Al igual que en los indicadores anteriores deberán incluirse en el cuestionario preguntas o categorías sobre prácticas que se hayan identificado localmente.</p>

[10.2] PRÁCTICAS SEXUALES DE RIESGO

10.2.1 CODAR que tuvieron relaciones sexuales con al menos una pareja no principal en los últimos 12 meses

Definición	Porcentaje de CODAR que tuvo relaciones vaginales o anales con alguna pareja <i>no principal</i> en los últimos 12 meses.
Numerador	<p>Nº de entrevistados que tuvo relaciones vaginales o anales con alguna pareja <i>no principal</i> en los últimos 12 meses.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Módulo Prácticas sexuales de riesgo (m): <ul style="list-style-type: none"> □ Pregunta mC20.
Denominador	Nº total de CODAR entrevistados que proporcionó una respuesta válida a la pregunta correspondiente del numerador.
Comentarios	Ver Indicador fundamental de comportamiento sexual Nº 1. <i>Relaciones sexuales de mayor riesgo durante el año anterior</i> . En: ONUSIDA. Programas Nacionales de Sida. Guía para el monitoreo y la evaluación. Ginebra: ONUSIDA; 2000. Pág. 85.

10.2.2 CODAR que vendieron las relaciones sexuales en los últimos 12 meses

Definición	Porcentaje de CODAR que cobró dinero, droga u otra mercancía a cambio de relaciones sexuales vaginales o anales en los 12 meses anteriores.
Numerador	Nº de inyectores entrevistados que cobró dinero, droga u otra mercancía a cambio de relaciones sexuales vaginales o anales en los 12 meses anteriores. ➤ Módulo Prácticas sexuales de riesgo (m): <input type="checkbox"/> Pregunta mC27.
Denominador	Nº total de CODAR entrevistados que proporcionó una respuesta válida a la pregunta correspondiente del numerador.
Comentarios	Ver <i>Indicador nº 7 de Usuarios de Drogas Intravenosas</i> . En: FHI. Encuestas de vigilancia del comportamiento. Directrices para encuestas del comportamiento repetidas en poblaciones de riesgo al VIH. Arlington: FHI; 2000. pág. 174. El uso del indicador de FHI que utiliza el período de referencia del “último mes” necesita una muestra más numerosa, pues un porcentaje relevante de los consumidores puede no haber tenido relaciones sexuales en ese período y no podrá ser utilizado para el cálculo del indicador.

10.2.3 CODAR que usaron condón en su última relación sexual (según tipo de pareja)

Definición	<ul style="list-style-type: none"> ■ Porcentaje de CODAR que usó condón en la última relación sexual anal o vaginal con la <i>pareja principal</i>, en los últimos 12 meses. ■ Porcentaje de CODAR que usó condón en la última relación sexual anal o vaginal con <i>parejas sexuales ocasionales (no comerciales)</i>, en los últimos 12 meses. ■ Porcentaje de CODAR que usó condón en la última relación sexual anal o vaginal con <i>parejas comerciales</i>, en los últimos 12 meses.
Numerador	<ul style="list-style-type: none"> ■ Nº de entrevistados que tuvieron relaciones sexuales en los últimos 12 meses y usaron el condón en su última relación con su <i>pareja sexual principal</i>. ➤ Módulo Prácticas sexuales de riesgo (m): Pregunta mC18. ■ Nº de entrevistados que tuvieron relaciones sexuales en los últimos 12 meses y usaron el condón en su última relación con <i>pareja sexual comercial</i>. ➤ Módulo Prácticas sexuales de riesgo (m): Pregunta mC25, mC29. ■ Nº de entrevistados que tuvieron relaciones sexuales en los últimos 12 meses y usaron el condón en su última relación con <i>pareja sexual ocasional (no comercial)</i>. ➤ Módulo Prácticas sexuales de riesgo (m): Pregunta mC35.
Denominador	<ul style="list-style-type: none"> ■ Nº de entrevistados que tuvieron relaciones sexuales vaginales o anales en los últimos 12 meses con una <i>pareja sexual principal</i>. ➤ Módulo Prácticas sexuales de riesgo (m): Pregunta mC16. ■ Nº de entrevistados que tuvieron relaciones sexuales vaginales o anales en los últimos 12 meses con <i>parejas sexuales comerciales</i>. ➤ Módulo Prácticas sexuales de riesgo (m): Pregunta mC22, mC27. ■ Nº de entrevistados que tuvieron relaciones sexuales vaginales o anales en los últimos 12 meses con <i>parejas sexuales ocasionales (no comerciales)</i>. ➤ Módulo Prácticas sexuales de riesgo (m): Pregunta mC32. <p>En cada indicador por tipo de pareja, se excluirán los “No sabe” (99) o “No quiere contestar” (98).</p>
Comentarios	Ver Indicador adicional de ONUSIDA: Uso de drogas inyectables Nº 3. <i>Usuarios de drogas inyectables que usaron condón en su relación sexual más reciente según tipo de pareja</i> . ONUSIDA. Programas Nacionales de Sida. Guía para el monitoreo y la evaluación. Ginebra: ONUSIDA; 2000. Pág. 110. Nota: En realidad son tres indicadores, uno por cada tipo de pareja. En el caso de las parejas comerciales por las que pagó o por las que cobró, debe hacerse un indicador combinando las respuestas a ambos tipos de preguntas. Por otra parte, si no hubiese muestra suficiente podrían colapsarse las categorías pareja sexual ocasional (no comercial) y parejas sexuales comerciales en una sola. En este caso, los indicadores serían dos: uso del condón en la última relación con la pareja sexual principal y uso de condón con las parejas no principales.

[10.3] CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

10.3.1 Edad media actual de los CODAR-inyectores

Definición	Edad media en el momento de la entrevista de todos los CODAR-inyectores entrevistados.
Módulo/preguntas	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Módulo Tipo de CODAR y selección (a): Preguntas aC1 y aC3 (entrevistados cuya última inyección fue hace 6 meses o menos). ➤ Módulo Información sobre entrevista y reclutamiento (b): bC6. Se excluirán los “No sabe” (99) o “No quiere contestar” (98).

10.3.2 Edad media actual de los nuevos CODAR-inyectores

Definición	Edad media en el momento de la entrevista de los CODAR-inyectores que se inyectaron por primera vez hace menos de 2 años.
Módulo/preguntas	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Módulo Tipo de CODAR y selección (a): Preguntas aC1 y aC3 (entrevistados cuya última inyección fue hace 6 meses o menos). ➤ Módulo Prácticas de inyección de riesgo (h): Pregunta hC1. ➤ Módulo Información sobre entrevista y reclutamiento (b): bC6. Se excluirán los “No sabe” (99) o “No quiere contestar” (98).
Comentarios	Ver indicador B2 de la tabla estándar nº 9 del OEDT/EMCDDA. http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1375

[10.4] PREVALENCIA DE INFECCIÓN POR VIH, VHB O VHC

10.4.1 CODAR con serología positiva frente al VIH

10.4.2 CODAR con serología positiva frente al VHB

10.4.3 CODAR con serología positiva frente al VHC

Definición	Porcentaje de CODAR con muestras biológicas positivas frente al VIH (o VHB o VHC, según el indicador) en el momento de la entrevista.
Numerador	Nº de CODAR entrevistados con muestras biológicas positivas frente al VIH (o VHB o VHC, según el indicador) en el momento de la entrevista.
Denominador	Nº de CODAR entrevistados con resultado de la prueba disponible. Se excluirán los que no tienen resultado o es indeterminado.
Módulo/preguntas	Ninguna Este indicador NO se refiere al autoinforme o autoreporte por el entrevistado sino a los resultados de las pruebas que se practiquen durante la encuesta.
Comentarios	Este indicador debe hacerse prioritariamente para los CODAR-inyectores . Ver indicador fundamental de impacto N° 3. <i>Prevalencia de VIH en grupos de población con comportamientos de alto riesgo</i> . En: ONUSIDA. Programas Nacionales de Sida. Guía para el monitoreo y la evaluación. Ginebra: ONUSIDA; 2000. pág. 145. La utilización del autoinforme es muy poco fiable en aquellos países donde la tasa de inyectores o de consumidores por otras vías que se han realizado la prueba es muy bajo.

Los datos de **prevalencia de infección** es aconsejable proporcionarlos separados siempre para los mismos grupos. La selección de éstos puede variar dependiendo del contexto epidemiológico del país o región. En términos generales se **aconseja desagregar por**:

- Edad:
 - < 25 años.
 - ≥ 25 años.
- Sexo:
 - Hombre.
 - Mujer.
- Tiempo desde la primera inyección de drogas:
 - < 24 meses.
 - ≥ 24 meses.
- Patrón de consumo de drogas:
 - CODAR que se han inyectado alguna vez en la vida.
 - CODAR que se han inyectado en los últimos 12 meses.
 - CODAR que se han inyectado en los últimos 30 días.
 - CODAR que nunca se han inyectado.

[11] OTROS INDICADORES PARA CODAR

[11.1] CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

11.1.1 Proporción de mujeres CODAR

Definición	Proporción de mujeres CODAR entre el total de entrevistados.
Numerador	Nº de entrevistados correspondientes a la categoría 2 del: ➤ Módulo Datos sociodemográficos (c): Pregunta cC1.
Denominador	Nº total de CODAR entrevistados que proporcionaron una respuesta válida a la pregunta correspondiente del numerador.
Comentarios	Ver indicador B2 de la tabla estándar nº 9 del OEDT/EMCDDA. http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1375

11.1.2 Edad media de los CODAR

Definición	Edad media de los CODAR en el momento de aplicación de la encuesta.
Módulo/ preguntas	➤ Módulo Tipo de CODAR y selección (a): Pregunta aC1. ➤ Módulo Información sobre entrevista y reclutamiento (b): bC6.

11.1.3 Proporción de CODAR sin domicilio fijo

Definición	Porcentaje de CODAR sin domicilio fijo en los últimos 12 meses.
Numerador	Número de entrevistados que ha vivido la mayor parte de los últimos 12 meses en refugio, albergues, dormitorio o casa para indigentes, en edificio o auto abandonado, en la calle, estación de tren o autobús o sin dirección fija. ➤ Módulo de características sociodemográficas (c): <ul style="list-style-type: none"> ◦ Pregunta cC13 (categorías 05, 07, 11).
Denominador	Numero de CODAR entrevistados que respondió a la pregunta cC13. Se excluirán los "No sabe" (99) o "No quiere contestar" (98).

Comentarios	Este indicador debe calcularse prioritariamente para los CODAR-inyectores. Si se ha modificado esta pregunta, en el numerador deberán añadirse las categorías locales pertinentes. Similar al indicador B17 de la tabla estándar nº 9 propuesto por el OEDT/EMCDDA para inyectores. http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1375
--------------------	--

[11.2] PATRONES DE CONSUMO DE DROGAS Y DE INYECCIÓN

11.2.1 CODAR con consumo diario o casi diario de sustancias psicoactivas durante los últimos 12 meses (según tipo de droga)

Definición	<ul style="list-style-type: none"> ■ Porcentaje de CODAR que consumió <i>cada una de las drogas enumeradas a continuación</i> al menos 260 días durante los últimos 12 meses: <ul style="list-style-type: none"> □ <i>heroína.</i> □ <i>cocaína en polvo.</i> □ <i>crack.</i> □ <i>pasta base.</i> □ <i>éxtasis u otras drogas de diseño.</i> □ <i>anfetaminas o metanfetaminas.</i> □ <i>marihuana, cannabis o hachís.</i> □ <i>popers o nitritos.</i> □ <i>otros inhalables volátiles.</i> □ <i>opiáceos distintos a la heroína.</i> □ <i>tranquilizantes, sedantes o pastillas para dormir.</i> □ <i>ketamina.</i> □ <i>alucinógenos.</i>
Numerador	<ul style="list-style-type: none"> ■ Número de CODAR entrevistados que consumieron <i>cada una de las sustancias investigadas</i> al menos 260 días durante los últimos 12 meses. Para cada droga se utilizará la correspondiente pregunta del <i>submódulo d2</i>: ■ Pregunta dC4 (<i>heroína</i>). ■ Pregunta dC14 (<i>cocaína en polvo</i>). ■ Pregunta dC24 (<i>crack</i>). ■ Pregunta dC34 (<i>pasta base</i>). ■ Pregunta dC43 (<i>éxtasis u otras drogas de diseño</i>). ■ Pregunta dC48 (<i>anfetaminas o metanfetaminas</i>). ■ Pregunta dC63 (<i>marihuana, cannabis o hachís</i>). ■ Pregunta dC66 (<i>popers o nitritos</i>). ■ Pregunta dO68 (<i>otros inhalables volátiles</i>). ■ Pregunta dC70 (<i>opiáceos distintos a la heroína</i>). ■ Pregunta dC73 (<i>tranquilizantes, sedantes o pastillas para dormir</i>). ■ Pregunta dO76 (<i>ketamina</i>). ■ Pregunta dC79 (<i>alucinógenos</i>).

Denominador	<ul style="list-style-type: none"> ■ Número de CODAR entrevistados que consumieron <i>cada una de las drogas investigadas</i> durante los últimos 12 meses. Para cada droga se utilizará la correspondiente pregunta del <i>submódulo d2</i>: ■ Pregunta dC3 (<i>heroína</i>). ■ Pregunta dC13 (<i>cocaína en polvo</i>). ■ Pregunta dC23 (<i>crack</i>). ■ Pregunta dC33 (<i>pasta base</i>). ■ Pregunta dC42 (<i>éxtasis u otras drogas de diseño</i>). ■ Pregunta dC47 (<i>anfetaminas o metanfetaminas</i>). ■ Pregunta dC62 (<i>marihuana, cannabis o hachís</i>). ■ Pregunta dC65 (<i>popers o nitritos</i>). ■ Pregunta dO67 (<i>otros inhalables volátiles</i>). ■ Pregunta dC69 (<i>opiáceos distintos a la heroína</i>). ■ Pregunta dC72 (<i>tranquilizantes, sedantes o pastillas para dormir</i>). ■ Pregunta dO75 (<i>ketamina</i>). ■ Pregunta dC78 (<i>alucinógenos</i>). <p>Para cada indicador se excluirán los "No sabe" (99) o "No quiere contestar" (98).</p>
Comentarios	<p>Si el consumo ha sido regular, el haber consumido una determinada sustancia 260 días en los últimos 12 meses implica un consumo de al menos 5 días por semana durante ese periodo.</p> <p>Puede ser recomendable incluir un indicador sobre el consumo diario de <i>alcohol</i>. Su cálculo se haría siguiendo el mismo esquema que se ha visto para las otras drogas, integrando en el numerador los que suman un total de 260 días de consumo entre las respuestas de las preguntas dO56 y dO58. El denominador incluirá los casos con respuestas válidas para la pregunta dC55.</p>

11.2.2 CODAR-no inyectores que se relacionaron en los últimos 12 meses con personas que se inyectan

Definición	Porcentaje de CODAR-no inyectores que se ha relacionado personalmente durante los últimos 12 meses con inyectores de drogas.
Numerador	<p>Nº de CODAR-no inyectores que se ha relacionado personalmente durante los últimos 12 meses con inyectores de drogas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Módulo de patrones de consumo de drogas (d2): <ul style="list-style-type: none"> □ Pregunta dC80.
Denominador	<p>Nº de CODAR-no inyectores entrevistados que proporcionó una respuesta válida a la pregunta correspondiente al numerador. Se excluirán los "No sabe" (99) o "No quiere contestar" (98).</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Módulo de tipo de CODAR y selección (a): <ul style="list-style-type: none"> □ Pregunta aC3 (personas que no se han inyectado en los últimos 6 meses).
Comentarios	Ver definición de DC80 en <i>Cuaderno 2</i> , pág. 40.

11.2.3 CODAR-no inyectores que consumieron drogas en los últimos 12 meses en lugares donde alguien se inyectaba

Definición	Porcentaje de CODAR-no inyectores que ha consumido drogas en los últimos 12 meses en el mismo lugar donde otras personas se inyectaban
Numerador	<p>Nº de CODAR-no inyectores que ha consumido drogas en los últimos 12 meses en el mismo lugar donde otras personas se inyectaban.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Módulo de patrones de consumo de drogas (d2): <ul style="list-style-type: none"> □ Pregunta dC83.

Denominador	Nº de CODAR-no inyectores entrevistados que proporcionó una respuesta válida a la pregunta correspondiente al numerador. Se excluirán los “No sabe” (99) o “No quiere contestar” (98). <ul style="list-style-type: none"> ➤ Módulo de tipo de CODAR y selección (a): <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pregunta aC3 (personas que no se han inyectado en los últimos 6 meses).
--------------------	--

11.2.4 Edad media de primera inyección de drogas de los CODAR-inyectores

Definición	Edad media de primera inyección de drogas.
Módulo/preguntas	Módulo prácticas de inyección de riesgo (h): Pregunta hC1.

11.2.5 CODAR-inyectores que usaron preferentemente la vía inyectada en los últimos 12 meses (según tipo de droga)

Definición	<ul style="list-style-type: none"> ■ Porcentaje de CODAR-inyectores cuya vía más frecuente para el consumo de las siguientes drogas: <i>cocaína en polvo (clorhidrato de cocaína)</i>, <i>heroína</i>, <i>anfetaminas</i> o <i>metanfetaminas</i> durante los últimos 12 meses fue la vía inyectada.
Numerador	<ul style="list-style-type: none"> ■ Número de inyectores-CODAR entrevistados cuya vía más frecuente durante los últimos 12 meses para el consumo de <i>cada droga investigada</i> fue la inyectada. Para cada droga se utilizará la correspondiente pregunta del <i>submódulo d2</i>: ■ Pregunta dC16 (<i>cocaína en polvo -clorhidrato de cocaína-</i>). ■ Pregunta dC6 (<i>heroína</i>). ■ Pregunta dC50 (<i>anfetaminas</i> o <i>metanfetaminas</i>).
Denominador	<ul style="list-style-type: none"> ■ Número de inyectores-CODAR entrevistados que ha consumido <i>cada droga investigada</i> en los últimos 12 meses. Para cada droga se utilizará la correspondiente pregunta del <i>submódulo d2</i>: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pregunta dC13 (<i>cocaína en polvo -clorhidrato de cocaína-</i>). <input type="checkbox"/> Pregunta dC3 (<i>heroína</i>). <input type="checkbox"/> Pregunta dC47 (<i>anfetaminas</i> o <i>metanfetaminas</i>). <p>En cada indicador, por tipo de drogas, se excluirán los “No sabe” (99) o “No quiere contestar” (98).</p>
Comentarios	A la vía más frecuente de consumo de una sustancia se le suele denominar vía principal.

11.2.6 Número de inyecciones que se administró un CODAR-inyector en los últimos 12 meses

Definición	Número de inyecciones que se administró un CODAR en los últimos 12 meses.
Numerador	<p>Numerador y denominador deberán calcularse a partir de las respuestas válidas a dos preguntas: el número total de días que se ha inyectado y el número medio de inyecciones que se administró cada día que se inyectó.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Módulo Prácticas de riesgo de inyección (h): <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Preguntas hC14, hC17.
Denominador	Nº de CODAR entrevistados que proporcionó una respuesta válida a las preguntas correspondientes al numerador. Se excluirán los “No sabe” (99) o “No quiere contestar” (98).
Comentarios	Similar al indicador B9 de la tabla estándar nº 9 del OEDT/EMCDDA. http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1375

11.2.7 CODAR que reutilizaron la misma jeringa en los últimos 12 meses en más de 5 ocasiones

Definición	Porcentaje de CODAR que reutilizó la misma jeringa en más de 5 ocasiones antes de deshacerse de ella (tirándola, vendiéndola, regalándola, devolviéndola a un PIJ, etc.).
Numerador	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Módulo Prácticas de inyección de riesgo (h): <ul style="list-style-type: none"> □ Pregunta hC25: (categorías 4 ó 5).
Denominador	<p>Todos los CODAR-inyectores (recientes)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Módulo Tipo de CODAR y selección (a): Pregunta aC3 -entrevistados cuya última inyección fue hace 6 meses o menos-, que proporcionaron una respuesta válida a las preguntas correspondientes al numerador. Se excluirán los "No sabe" (99) o "No quiere contestar" (98).

[11.3] TRATAMIENTO PARA DEJAR O CONTROLAR EL CONSUMO DE DROGAS**11.3.1 CODAR que nunca han recibido tratamiento para dejar o controlar el consumo de drogas**

Definición	Porcentaje de CODAR que nunca ha recibido ningún tipo de tratamiento para abandonar o modificar el consumo de drogas, ni en régimen ambulatorio ni de internamiento. No se consideran en esta categoría los intentos por su cuenta. Tampoco, las intervenciones dirigidas exclusivamente a reducir el daño como los programas de intercambio de jeringas. En cambio SÍ se consideran como tales los tratamientos de mantenimiento con metadona, que pretenden reducir el daño mediante la modificación o el control del consumo de opiáceos de comercio ilegal.
Numerador	<p>Nº de CODAR entrevistados que nunca ha recibido ningún tipo de tratamiento para dejar o modificar el consumo de drogas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Módulo de acceso y uso de tratamiento de la dependencia (e): <ul style="list-style-type: none"> □ Pregunta eC1.
Denominador	Nº de CODAR entrevistados que proporcionó una respuesta válida a la pregunta correspondiente al numerador. Se excluirán los "No sabe" (99) o "No quiere contestar" (98).

11.3.2 CODAR que han recibido tratamiento para dejar o controlar el consumo de drogas en los últimos 12 meses

Definición	Porcentaje de CODAR que ha recibido algún tipo de tratamiento para abandonar o modificar el consumo de drogas, ambulatorio o de internamiento. No se consideran en esta categoría los intentos por su cuenta. Tampoco, las intervenciones dirigidas exclusivamente a reducir el daño como los programas de intercambio de jeringas. En cambio SÍ se consideran como tales los tratamientos de mantenimiento con metadona, que pretenden reducir el daño mediante la modificación o el control del consumo de opiáceos de comercio ilegal. Se incluye también si continúa o está en tratamiento en el momento de la entrevista.
Numerador	<p>Nº de CODAR entrevistados que ha recibido tratamiento para dejar o modificar el consumo de drogas en los últimos 12 meses.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Módulo de acceso y uso de tratamiento de la dependencia (e): <ul style="list-style-type: none"> □ Pregunta eC7.
Denominador	Nº de CODAR entrevistados que proporcionó una respuesta válida a la pregunta correspondiente al numerador. Se excluirán los "No sabe" (99) o "No quiere contestar" (98).

11.3.3 CODAR que han recibido algún tipo de servicio o consejería relacionado con VIH, VHC o VHB estando en tratamiento para dejar o controlar el consumo de drogas

Definición	Porcentaje de CODAR que recibió algún tipo de servicio o consejería relacionado con el VIH, VHC o VHB en los centros donde recibieron tratamiento para dejar o controlar el consumo de drogas.
-------------------	--

Numerador	Nº de CODAR que recibió algún tipo de servicio o consejería relacionado con el VIH, VHC o VHB en los centros donde recibieron tratamiento para dejar o controlar el consumo de drogas. ➤ Módulo de acceso y uso de tratamiento de la dependencia (e): <input type="checkbox"/> Pregunta eC6 (los que han señalado al menos una categoría).
Denominador	Nº de CODAR entrevistados que ha recibido alguna vez tratamiento para dejar o controlar el consumo de drogas y que proporcionó una respuesta válida. Se excluirán los “No sabe” (99) o “No quiere contestar” (98). ➤ Módulo de acceso y uso de tratamiento de la dependencia (e): <input type="checkbox"/> Pregunta eC1.
Comentarios	Si se ha modificado la pregunta, en el numerador deberán añadirse las categorías locales pertinentes.

[11.4] ACCESO Y USO DE OTROS SERVICIOS DE SALUD

11.4.1 CODAR que no han sido atendidos por un profesional de la salud en los últimos 4 años

Definición	Porcentaje de CODAR que no ha sido atendidos por un médico u otro profesional de la salud en los últimos 4 años.
Numerador	Nº de CODAR entrevistados que no ha sido atendidos por un profesional de la salud en los últimos 4 años. ➤ Módulo de acceso y uso de servicios de salud (g): <input type="checkbox"/> Pregunta gC1 (categoría 02).
Denominador	Nº de CODAR entrevistados que proporcionó una respuesta válida a la pregunta correspondiente al numerador. Se excluirán los “No sabe” (99) o “No quiere contestar” (98).

11.4.2 CODAR que no han acudido a un servicio de salud por temor a la policía o las autoridades

Definición	Porcentaje de CODAR que no ha acudido a un servicio de salud por temor a la policía o a otras autoridades.
Numerador	Nº de CODAR entrevistados que no ha acudido a un servicio de salud por temor a la policía o a otras autoridades. ➤ Módulo de acceso y uso de servicios de salud (g): <input type="checkbox"/> Pregunta gC4 (los que han señalado al menos una categoría).
Denominador	Todos CODAR entrevistados que proporcionaron una respuesta válida a la pregunta correspondiente al numerador. Se excluirán los “No sabe” (99) o “No quiere contestar” (98).
Comentarios	Este indicador debe calcularse prioritariamente para los CODAR-inyectores En el numerador deberán añadirse las categorías locales pertinentes.

11.4.3 CODAR que nunca se han hecho la determinación serológica frente al VIH

11.4.4 CODAR que nunca se han hecho la determinación serológica frente al VHC

Definición	Porcentaje CODAR que nunca se ha hecho la determinación serológica frente al VIH o al VHC (según el indicador).
Numerador	Nº CODAR entrevistados que nunca se ha realizado la determinación serológica frente al VIH o VHC. ➤ Módulo de infección por VIH (n): <input type="checkbox"/> Pregunta nC1. ➤ Módulo de infección por VHC y conocimientos sobre transmisión de hepatitis (o): <input type="checkbox"/> Pregunta oC1.

Denominador	Nº de CODAR entrevistados que proporcionó una respuesta válida a la pregunta correspondiente al numerador. Se excluirán los "No sabe" (99) o "No quiere contestar" (98).
Comentarios	Este indicador debe calcularse prioritariamente para los CODAR-inyectores

[11.5] ACCESO A MATERIAL DE INYECCIÓN ESTÉRIL

11.5.1 CODAR-inyectores que en los últimos 12 meses consiguieron de forma gratuita la mitad o más de las jeringa estériles utilizadas

Definición	Porcentaje de CODAR-inyectores que en los últimos 12 meses consiguió de forma gratuita el 50% o más de las jeringas estériles utilizadas.
Numerador	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Módulo Acceso y eliminación de material de inyección (j): □ Preguntas jC3.
Denominador	<p>Nº de CODAR- inyectores entrevistados que proporcionó una respuesta válida a la pregunta correspondiente al numerador. Se excluirán los "No sabe" (99) o "No quiere contestar" (98).</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Módulo Tipo de CODAR y selección (a): □ Preguntas aC3 (entrevistados cuya última inyección fue hace 6 meses o menos).

11.5.2 CODAR-inyectores a quienes les fueron confiscadas jeringas en los últimos 12 meses

Definición	Porcentaje de CODAR-inyectores a quien la policía u otras autoridades les confiscó alguna jeringa en los últimos 12 meses.
Numerador	<p>Nº de CODAR-inyectores a quien la policía u otras autoridades les confiscó alguna jeringa en los últimos 12 meses.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Módulo de acceso y eliminación de material de inyección (j): □ Preguntas jC10.
Denominador	<p>Nº de CODAR- inyectores entrevistados que proporcionó una respuesta válida a la pregunta correspondiente al numerador. Se excluirán los "No sabe" (99) o "No quiere contestar" (98).</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Módulo Tipo de CODAR y selección (a): □ Preguntas aC3 (entrevistados cuya última inyección fue hace 6 meses o menos).

[11.6] ESTANCIA EN CENTROS DE REFORMA O PRISIÓN E INYECCIÓN DE DROGAS

[11.6.1] CODAR-inyectores que se inyectaron drogas en centros de reforma o prisión

Definición	Porcentaje de CODAR-inyectores que alguna vez en su vida se inyectó drogas en el interior de la prisión o de centros de reforma.
Numerador	<p>Nº de CODAR-inyectores entrevistados que se inyectó drogas en el interior de la prisión o de centros de reforma.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Módulo de estancia en centros de reforma o prisión (I): □ Preguntas IC3, IC6.
Denominador	<p>Nº de CODAR-inyectores entrevistados que ha estado en alguna ocasión en centros de reforma o prisión que proporcionó una respuesta válida Se excluirán los "No sabe" (99) o "No quiere contestar" (98).</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Módulo de estancia en centros de reforma o prisión (I): □ Preguntas IC2, IC4.

Comentarios	Teniendo en cuenta que no es sencilla la aplicación de cuestionarios sobre conductas de riesgo en prisión, este indicador es una aproximación a las prácticas de inyección de riesgo dentro de la cárcel. Sin embargo, además de sus limitaciones de validez, hay que tener en cuenta que el denominador debe contar con un número suficiente de participantes.
--------------------	---

[11.7] PRÁCTICAS SEXUALES DE RIESGO E INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

11.7.1 CODAR que usaron el condón en su última relación sexual con una pareja *no principal*

Definición	Porcentaje de CODAR que usó el condón en la última relación vaginal o anal con alguna pareja <i>no principal</i> , en los 12 meses anteriores.
Numerador	Nº de entrevistados que tuvo relaciones sexuales en los últimos 12 meses y usó el condón en la última relación vaginal o anal con alguna pareja <i>no principal</i> . ➤ Módulo Prácticas sexuales de riesgo (m): <input type="checkbox"/> Pregunta mC21.
Denominador	Nº de entrevistados que tuvo relaciones sexuales vaginales o anales en los últimos 12 meses con una pareja <i>no principal</i> . ➤ Módulo Prácticas sexuales de riesgo (m): <input type="checkbox"/> Pregunta mC20. Se excluirán los “No sabe” (99) o “No quiere contestar” (98).
Comentarios	Ver Indicador fundamental de comportamiento sexual Nº 2. <i>Uso del condón en la última relación sexual de mayor riesgo</i> . En: ONUSIDA. Programas Nacionales de Sida. Guía para el monitoreo y la evaluación. Ginebra: ONUSIDA; 2000. pág. 86.

11.7.2 CODAR que utilizaron condón la última vez que vendieron una relación sexual

Definición	Porcentaje de CODAR que utilizó un condón la última vez que cobró dinero, droga u otra mercancía a cambio de relaciones sexuales vaginales o anales en los 12 meses anteriores.
Numerador	Nº de entrevistados que utilizó condón la última vez que cobró dinero, droga u otra mercancía a cambio de relaciones sexuales vaginales o anales en los 12 meses anteriores. ➤ Módulo Prácticas sexuales de riesgo (m): <input type="checkbox"/> Pregunta mC29.
Denominador	Nº de entrevistados que cobró dinero, droga u otra mercancía a cambio de relaciones sexuales vaginales o anales en los 12 meses anteriores. ➤ Módulo Prácticas sexuales de riesgo (m): <input type="checkbox"/> Pregunta mC27. Se excluirán los “No sabe” (99) o “No quiere contestar” (98).
Comentarios	Ver Indicador fundamental de comportamiento sexual Nº 5. <i>Uso del condón en la relación sexual comercial más reciente, información de la trabajadora sexual</i> . En: ONUSIDA. Programas Nacionales de Sida. Guía para el monitoreo y la evaluación. Ginebra: ONUSIDA; 2000. Pág. 89. ONUSIDA lo propone sólo para población de trabajadoras sexuales.

11.7.3 CODAR con conductas sexuales seguras en los últimos 12 meses

Definición	Porcentaje de CODAR que usó siempre el preservativo en sus relaciones sexuales de penetración (vaginales o anales) en los últimos 12 meses.
Numerador	El numerador deberá calcularse a partir de varias preguntas sobre uso de condón en distintas prácticas sexuales, incorporando al numerador a todos los casos que han contestado SIEMPRE en todas y cada una de ellas. Número de entrevistados que en los últimos 12 meses usó SIEMPRE preservativo en todas sus relaciones sexuales de penetración (vaginales o anales) con todas sus parejas (principal, comerciales, ocasionales no comerciales). <ul style="list-style-type: none"> ➤ Módulo Prácticas sexuales de riesgo (m): <ul style="list-style-type: none"> □ Preguntas mC17, mC24, mC28, mC34.
Denominador	Todos los entrevistados que tuvieron relaciones sexuales en los últimos 12 meses con los tipos de parejas investigados: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Módulo Prácticas sexuales de riesgo (m): <ul style="list-style-type: none"> □ Preguntas mC16, mC22, mC27, mC32. Se excluirán los “No sabe” (99) o “No quiere contestar” (98) de todas estas preguntas.

11.7.4 CODAR con relaciones sexuales antes de los 15 años

Definición	Porcentaje de CODAR que tuvo relaciones sexuales anales o vaginales antes de cumplir los 15 años.
Numerador	Nº de entrevistados tuvo relaciones sexuales anales o vaginales antes de los 15 años. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Módulo Prácticas sexuales de riesgo (m): <ul style="list-style-type: none"> □ Pregunta mC5.
Denominador	Todos los CODAR entrevistados que tuvieron relaciones sexuales anales o vaginales. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Módulo Prácticas sexuales de riesgo (m): <ul style="list-style-type: none"> □ Pregunta mC4. Se excluirán los “No sabe” (99) o “No quiere contestar” (98).
Comentarios	Ver <i>Indicador n° 1 de ONUSIDA/OMS para poblaciones jóvenes</i> . En: OMS. Programas Nacionales contra el Sida. Una guía de indicadores para monitorear y evaluar los programas de prevención del VIH/Sida para jóvenes. Ginebra: OMS; 2005. pág. 51. En: http://www.iica.org.uy/redlat/informa198.pdf

11.7.5 CODAR que informan de síntomas de ITS en los últimos 12 meses

Definición	Porcentaje de CODAR que ha tenido flujo, goteo anormal, úlceras, granos o verrugas en el pene, vagina o ano en los últimos 12 meses.
Numerador	Nº de CODAR entrevistados que ha tenido flujo, goteo anormal, úlceras, granos o verrugas en el pene, vagina o ano en los últimos 12 meses. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Módulo de prácticas de riesgo sexuales (m): <ul style="list-style-type: none"> □ Pregunta mC45.
Denominador	Nº de CODAR que proporcionó una respuesta válida a la pregunta correspondiente al numerador. Se excluirán los “No sabe” (99) o “No quiere contestar” (98).
Comentarios	Tenga en cuenta que la validez y fiabilidad de este indicador posiblemente sea baja.

11.7.6 CODAR que informaron haber sido diagnosticados de ITS en los últimos 12 meses

Definición	Porcentaje de CODAR que informó haber sido diagnosticado de alguna ITS en los últimos 12 meses.
Numerador	Nº de CODAR entrevistados que informó haber sido diagnosticado de ITS en los últimos 12 meses. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Módulo de prácticas sexuales de riesgo (m): <ul style="list-style-type: none"> □ Pregunta mC46 (entrevistados que han señalado alguna categoría).
Denominador	Nº CODAR entrevistados que proporcionó una respuesta válida a la pregunta correspondiente al numerador. Se excluirán los “No sabe” (99) o “No quiere contestar” (98).
Comentarios	Tenga en cuenta que la validez y fiabilidad de este indicador posiblemente sea baja. En el numerador deberán añadirse las categorías locales pertinentes.

11.7.7 CODAR que recibieron tratamiento la última vez que le diagnosticaron una ITS o tuvieron síntomas

Definición	Porcentaje de CODAR que recibió tratamiento médico en centro de ITS, clínicas de planificación familiar, hospital, o atención primaria de salud (donde se presupone que existe personal adiestrado según las pautas nacionales de atención a ITS) la última vez que le diagnosticaron una ITS o tuvo síntomas.
Numerador	Nº de CODAR entrevistados que recibió tratamiento médico en centro de ITS, clínicas de planificación familiar, hospital, o atención primaria de salud (donde se presupone que existe personal adiestrado según las pautas nacionales de atención a ITS) la última vez que le diagnosticaron una ITS o tuvieron síntomas. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Módulo de prácticas sexuales de riesgo (m): <ul style="list-style-type: none"> □ Pregunta mO48 (entrevistados que han señalado alguna categoría).
Denominador	Nº de CODAR entrevistados que le fue diagnosticada una ITS o tuvo síntomas en los 12 meses anteriores que proporcionó una respuesta válida. Se excluirán los “No sabe” (99) o “No quiere contestar” (98). <ul style="list-style-type: none"> ➤ Módulo de prácticas de riesgo sexuales (m): <ul style="list-style-type: none"> □ Preguntas mC45, mC46 (entrevistados que han señalado alguna categoría).
Comentarios	Tenga en cuenta que la validez y fiabilidad de este indicador posiblemente sea baja. En el numerador deberán añadirse las categorías locales pertinentes.

[11.8] CONOCIMIENTOS SOBRE LA PREVENCIÓN DEL VIH Y DEL VHC

11.8.1 CODAR con creencias o conocimientos correctos sobre el VIH, el VHC y su transmisión

Definición	Porcentaje de CODAR con creencias o conocimientos correctos sobre el VIH, el VHC y su transmisión.
Numerador	Número de CODAR entrevistados que ha respondido correctamente a todas las preguntas sobre creencias o conocimientos sobre VIH, el VHC y su transmisión. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Módulo de infección por VHC y conocimientos sobre la transmisión de hepatitis (o): <ul style="list-style-type: none"> □ Preguntas oC10, oC11, oC12, oC13, oC14. ➤ Módulo de conocimientos, opiniones y actitudes hacia el VIH y el SIDA (p): <ul style="list-style-type: none"> □ Preguntas desde pC3 hasta pC14.
Denominador	Todos los CODAR entrevistados que proporcionaron una respuesta válida a todas las preguntas correspondientes al numerador. Se excluirán los “No sabe” (99) o “No quiere contestar” (98).

Comentarios	<p>Basado en el indicador 2 de UDI de FHI <i>Creencias correctas sobre la transmisión del VIH</i>, pero incluye además una pregunta sobre VHC. Algunas de las preguntas de este indicador podrían modificarse según la realidad local y los mitos o creencias de los inyectores en una determinada área geográfica. Se trata de conocer el porcentaje de inyectores que rechaza los conceptos equivocados que están más difundidos en la comunidad.</p> <p>Ver FHI. Encuestas de vigilancia del comportamiento. Directrices para encuestas del comportamiento repetidas en poblaciones de riesgo al VIH. Arlington: FHI; 2000.</p>
--------------------	--

Para mayor información sobre las características de los indicadores seleccionados se recomienda la consulta de

- ONUSIDA. Programas Nacionales de Sida. Guía para el monitoreo y la evaluación. Ginebra: ONUSIDA; 2000. En http://www.epired.org/media/files/AIDS_guide_fin.pdf

Este documento contiene todos los indicadores propuestos por ONUSIDA para vigilar y monitorizar la epidemia en sus distintos estadios, concentrada, de bajo nivel y generalizada.

- FHI. Encuestas de vigilancia del comportamiento. Directrices para encuestas del comportamiento repetidas en poblaciones de riesgo al VIH. Arlington: FHI; 2000. Disponible en la pág. web sólo en inglés, aunque se puede pedir electrónicamente el pdf en español a: <http://www.fhi.org/en/Publications/index.htm>.
- OMS. Guías prácticas para poner en marcha la vigilancia de segunda generación. Ginebra: OMS; 2002. En: <http://www.epired.org/media/files/OMS,%20SGS,%20guias%20practicas,%202002,%20ESP.pdf>
- OMS. Guía para hacer uso eficaz de los datos generados por la vigilancia del VIH. Ginebra: OMS; 2004. En: http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/useofdata_sp.pdf
- OMS. Programas Nacionales contra el Sida. Una guía de indicadores para monitorear y evaluar los programas de prevención del VIH/SIDA para jóvenes. Ginebra: OMS; 2005. En: <http://www.iica.org.uy/redlat/informa198.pdf>
- OEDT/EMCDDA. Drug Related Infectious Diseases: Annual Report. Standar Table 9. Statistical Bulletin. En: <http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1375>

Cuando esté usted **diseñando su estudio**, tanto si es una investigación local como si forma parte de un estudio multicéntrico o internacional, consulte si en su país o región existe un plan de indicadores.

Si es necesario, elabore su **plan de indicadores**.

[ANEXO]

I.	ABREVIATURAS Y ADVERTENCIAS AL LECTOR.....	76
II.	FUENTES CONSULTADAS.....	77
III.	ÍNDICE ALFABÉTICO.....	78

[I] ABREVIATURAS Y ADVERTENCIAS AL LECTOR

ALC	América Latina y el Caribe
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
C-CODAR	Cuestionario para ser aplicado a CODAR
C-CODAR-VI	Versión íntegra del cuestionario
C-CODAR-VR	Versión reducida del cuestionario
C-CODAR-VXR	Versión extra-reducida del cuestionario
CDC	Centros para el Control y Prevención de Enfermedades. Atlanta. USA
CENSIDA	Centro Nacional para el Control y Prevención del VIH/SIDA. México
CONICET	Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Argentina
CODAR	Consumidores de drogas con alto riesgo
CSB	Criterios de selección básicos
DGPNSD	Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. España
EIA	En inglés, Enzyme Immunoassay
ELISA	En inglés, Enzyme Linked Immune Sorvent Assay
FHI	Family Health International
IDES	Instituto de Investigación y Desarrollo. Montevideo. Uruguay
IMIM	Instituto Municipal de Investigaciones Médicas. Barcelona. España
ITS	Infecciones de transmisión sexual
ITSS	Infecciones de transmisión sanguínea o sexual
MI	Módulo imprescindible
OEDT	Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (en inglés, EMCDDA)
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONUSIDA	Programa conjunto de las Naciones Unidas para el VIH/SIDA
PC	Preguntas clave (en C-CODAR)
PIJ	Programa de intercambio de jeringas
PO	Preguntas opcionales (en C-CODAR)
PR	Período de referencia
VHB	Virus de la hepatitis B
VHC	Virus de la hepatitis C
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana
VPP	Valor predictivo positivo
WB	Western blot
Inyector	Es una persona que consume sustancias psicoactivas administrándoselas mediante inyección parenteral, generalmente intravenosa, pero que también puede ser de otro tipo (intramuscular, subcutánea, etc). A veces también se denomina "inyector de drogas", "inyector", "consumidor de drogas inyectadas", "usuario de drogas por vía parenteral (UDVP)", "usuario de drogas intravenosas (UDI)" o de formas similares.

En todo el documento se utiliza el género masculino para hacer su lectura más ágil, pero donde dice el entrevistador, entrevistado, supervisor etc., debe leerse el/la entrevistador/a, el/la entrevistado/a, el/la supervisor/a, etc.

[II] FUENTES CONSULTADAS (por orden alfabético)

- DANE, Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Manual de recolección y conceptos básicos: Encuesta de calidad de vida 2003. Bogotá: Dirección de Metodología y Producción Estadística; 2003. En: www.dapd.gov.co/www/resources/coj_manualrecoleccionalbta.pdf
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas. Encuesta a consumidores de heroína o cocaína en tratamiento (2ª ECHCT): Manual de instrucciones para el trabajo de campo. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas; 2003. (Material de trabajo del proyecto ECHCT. Sin publicar).
- EMCDDA. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Drug Related Infectious Diseases. En: <http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1375>
- EMCDDA. Estimating the prevalence of Problem Drug Use in Europe. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 1997. Solicitar en <http://www.emcdda.eu.int/>
- FHI. Encuestas de vigilancia del comportamiento. Directrices para encuestas del comportamiento repetidas en poblaciones de riesgo al VIH. Arlington: FHI; 2000.
- Heckathorn DD, Semaan S, Broadhead R, Hughes JJ. Extensions of Respondent-Driven Sampling: A New Approach to the Study of Injection Drug Users Aged 18-25. AIDS and Behavior 2002; vol 6 n°1: 55-67.
- INEGI, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Guía de codificación de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México: ENASEM-2003. En: <http://www.ssc.upenn.edu/mhas/espanol/documentos/Manuales/Manual-Codificador.pdf>
- Instituto de Salud Carlos III. Itinere. Cocaína, manual del entrevistador: normas de administración del cuestionario y toma de muestras. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003. (Material de trabajo del proyecto Itinere. Sin publicar).
- ONUSIDA/OMS. Pautas para aplicar las técnicas de los exámenes de detección del VIH a la vigilancia de la infección: Selección, evaluación y uso. Ginebra: ONUSIDA/OMS; 2001. En: http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_CDS_CSR_EDC_2001.16_spa.pdf
- ONUSIDA. Programas Nacionales de Sida. Guía para el monitoreo y la evaluación. Ginebra: ONUSIDA; 2000. En http://www.epired.org/media/files/AIDS_guide_fin.pdf
- Pompidou Group, Group of Epidemiology Experts in Drug Problems. Handbook on Snowball Sampling. Strasbourg: Council of Europe; 1997.
- Protto JC, Plasschaert S, Sartor F, Walckiers D. Biological Testing for HIV, Hepatitis B and C Infections. Brussels: Scientific Institute of Public Health. Unit of Epidemiology. Federal Public Service. EPI/REPORTS N° 2004-011; 2004. En: <http://www.iph.fgov.be/epidemio/epien/birn/biotest.pdf>
- WHO. Cost and effects of treatment for psychoactive substance use disorders: a framework for evaluation. Geneva: World Health Organization; 1996. En: http://www.who.int/substance_abuse/publications/psychoactives/en/index.html
- WHO. HIV ASSAYS. Operational Characteristics. Report 14. Simple/rapid test. Geneva: World Health Organization; 2004. En http://www.who.int/diagnostics_laboratory/publications/hiv_assays_rep_14.pdf
- WHO. Laboratory biosafety manual (Second edition). Geneva: World Health Organization; 1993.
- WHO. Rapid HIV tests: Guidelines for use in HIV testing and counselling services in Resource-constrained settings. Geneva: World Health Organization; 2004. En: <http://www.unicef.org/aids/files/rapidhivtestsen.pdf>

Además, se han consultado materiales de trabajo (cuestionarios, protocolos, manuales de entrevista) empleados en encuestas realizadas en usuarios de drogas en Argentina, Brasil, Colombia, Chile, México, Paraguay, Uruguay, España, Holanda, Reino Unido, EEUU y Australia.

[III] ÍNDICE ALFABÉTICO

- Abreviaturas, 75
- Argot, jerga en el cuestionario, 41
- Categorías locales del cuestionario, 38
- CODAR, definición, 10
 - critérios de selección básicos (CSB), 12, 14
 - drogas de consumo (otras drogas), 13
 - edad, 13
 - frecuencia de consumo, 13, 14
- Códigos en el cuestionario, 43, 49
 - de país o ciudad, 48
 - código personalizado, 27, 49, 50
 - sustitución de códigos en categorías locales, 44-48
- Consejería pre y post prueba, 24, 26, 27, 33, 68
- Consumidores de alcohol u otras drogas, 16
- Cuestionario C-CODAR, estructura, 36, 42, 49
 - preguntas clave, preguntas opcionales, módulos indispensables, 37
 - versión íntegra, versión reducida, versión extrareducida, 38
 - versión local, instrucciones básicas para su preparación, 41-43
- Cuestionarios de calidad de vida, 50
 - SF-36, SF-12, 51
 - perfil de salud de Nottingham, 51
 - subgrupos (grupos en el estudio), 15-16
- Datos sociodemográficos, cuestionario, 50
- Encuestas de comportamiento, objetivos, 11
 - periodicidad, 16
 - zonas geográficas, 16
- Estimación de la prevalencia de CODAR, 51
- Indicadores, 7, 20, 21, 29, 31, 37, 38, 54
 - básicos para CODAR, 59-63
 - prácticas de inyección de riesgo, 59
 - prácticas sexuales de riesgo, 61
 - prevalencia de infección por VIH, VHB o VHC, 63
 - otros indicadores para CODAR, 64-73
 - acceso y uso de otros servicios de salud (aparte de tratamiento), 69
 - acceso a material de inyección estéril, 70
 - estancia en centros de reforma o prisión, 70
 - características sociodemográficas, 64
 - conocimientos sobre la prevención del VIH y del VHC, 73
 - patrones de consumo de drogas y de inyección, 65
 - prácticas sexuales de riesgo e infecciones de transmisión sexual, 71
 - tratamiento para dejar o controlar el consumo, 67
- Modificación cuestionario, 29, 41, 42, 59
- Módulos, cuestionario, 36, 37
- Monitorización, 15

- Muestras biológicas, tipos, 24
 - codificación y etiquetaje, 27
 - sangre capilar en papel secante, 25
 - saliva, 25
 - toma de muestras, 24, 32,
- Muestreo, reclutamiento, 17
 - procedimiento, 18
 - tamaño muestral, 19
- Patrones de consumo de drogas, cuestionario, 15,16, 50, 65
- Periodicidad encuestas, 17
- Periodos de referencia, 39
 - en CODAR, 40
 - prácticas de inyección de riesgo, 55
- Protocolo, elaboración, 28-34
 - manual de entrevista, ... consultar Cuaderno 2.
 - operativo de campo, 33
 - plan de análisis, 31
 - recursos humanos, 32
 - toma de muestras, 32
- Pruebas serológicas 21
 - diagnóstico, 24
 - estrategias ONUSIDA/OMS para detección de VIH, 22
 - rápidas, 26
 - screening, 21-23
 - vigilancia epidemiológica, 21, 22, 27
- Prueba piloto de versión local del cuestionario, 49
- Versión local cuestionario,41, 42, 49,
- Vía inhalada, 41
- Vigilancia de segunda generación, 11, 12, 15, 16
 - comparabilidad, 20



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

525 23rd St. NW
Washington, DC. 20037

www.paho.org