

exhaustividad del campo representado. Pero a pesar de esta tendencia no parece posible, y ni siquiera deseable, que todo lo que se publica en un campo del conocimiento pueda ser recogido en una única base de datos; de lo que no se desprende, aunque pudiera ser el caso, la necesidad de consultar varias bases de datos, sino precisamente aquellas que contengan una muestra suficientemente representativa y autorizada del campo objeto de estudio. Y en segundo lugar mediante la exhaustividad del perfil de búsqueda utilizado. Un perfil de búsqueda exhaustivo será un perfil en el que los términos de la consulta sean términos genéricos, no ponderados ni asociados a otros términos más específicos con los que la búsqueda ganaría en precisión lo que perdería en exhaustividad. Naturalmente una búsqueda exhaustiva contiene una elevada tasa de ruidos, es decir de documentos no relevantes. En este caso, cuando lo que se persigue es la exhaustividad en detrimento de la precisión, la búsqueda, que debe hacerse siempre utilizando el vocabulario controlado de la base de datos consultada, puede completarse con algunas estrategias complementarias susceptibles de ampliar los resultados. Una estrategia complementaria podría consistir, en algunos casos, en hacer la pregunta en lenguaje natural, es decir, buscar los términos, independientemente de su aceptación, en cualquiera de los campos en que está dividido un registro bibliográfico. Sin embargo, en la mayoría de los casos, y siempre y cuando la base de datos consultada posea una herramienta terminológica sólida y fiable (un tesoro de descriptores), esta estrategia distorsionará inevitablemente los resultados de la búsqueda.

¿Y la precisión?

Si para calcular la exhaustividad de una búsqueda bibliográfica necesitaríamos conocer previamente el número total de documentos relevantes (es decir adecuados a la

necesidad de información del usuario) que contiene la base de datos consultada, no ocurre lo mismo con la precisión. Para calcular la precisión de una búsqueda partimos del número total de documentos recuperados, de los cuales unos serán pertinentes y otros no. La precisión es precisamente esa proporción de documentos pertinentes en relación al número total de documentos recuperados. En este caso el perfil de búsqueda deberá hacerse utilizando términos específicos, ponderados o asociados a otros términos relacionados. Naturalmente aquí lo que se gana en precisión se pierde en exhaustividad. Cuantas más relaciones establezcamos entre los términos, más asociaciones entre los modificadores (modificador, como su propio nombre indica, es un término que modifica el sentido de otro más general, normalmente introduciendo algún matiz), o más los restringamos a campos específicos, mayor será la precisión que obtengamos.

La exhaustividad y la precisión de una búsqueda bibliográfica no son por tanto categorías fijas aplicables a cualquier tipo de consulta. Dependen, como hemos visto, por un lado de la selección de la base de datos, y por otro del perfil de búsqueda utilizado en la consulta; pero también, y principalmente, de la hipótesis de trabajo y necesidades de información de los usuarios.

En la investigación biomédica, las bases de datos bibliográficas consultadas, son una herramienta equiparable en muchos aspectos a los métodos estadísticos utilizados, y del mismo modo que a nadie se le ocurriría omitir en el apartado Material y métodos de un artículo una descripción detallada de estos últimos (mediciones, modelos, procesos, etc.), esperemos que algún día esta práctica tan obvia y necesaria se extienda a las búsquedas bibliográficas.

M. Arranz

Instituto Valenciano de Estudios en Salud Pública,
Valencia

Medio penitenciario, VIH/SIDA y promoción de la salud

Sr. Director:

Hemos leído con mucho interés la editorial «Infección por VIH y SIDA en las prisiones españolas: ¿un reto insuperable para la salud pública?»¹ y el artículo de Carrasco y Sánchez-Cruz aparecido en el mismo número y sobre el mismo tema². Al igual que los autores, consideramos la situación un problema importante de salud pública y uniéndonos a su propuesta de potenciar programas de promoción de salud, y partiendo de nuestro trabajo en ese ámbito, nos gustaría aportar algunas opiniones y experiencias al respecto.

Partimos del principio de que la privación de libertad, en la que se basa el sistema penitenciario en un estado de derecho, no debería suponer un menoscabo de ningún otro derecho para las personas, incluido entre otros el derecho a la pro-

tección de la salud. Por ello, el medio penitenciario no sólo no debería interrumpir programas que se lleven a cabo en la comunidad, sino que se deberían aprovechar las oportunidades que éste medio ofrece (acceso y receptividad), para conseguir objetivos de reducción de desigualdades y de ganancia en salud, convirtiéndolo en un enclave estratégico de inicio o continuación de las acciones de salud comunitarias³.

Por otro lado, parece que las actuaciones frente al problema del VIH/SIDA en el medio penitenciario serán más efectivas si se plantearan en el marco de la promoción de salud⁴, y no sólo como los programas preventivos y educativos tradicionales que se vienen realizando⁵. Esto significa que se debe facilitar el desarrollo de procesos participativos en los que los propios internos e internas definan sus necesidades y problemas y aporten sus propios análisis y soluciones desde su contexto

sociocultural. El objetivo es que estas personas sean capaces de adquirir la información, las actitudes y las habilidades que les permitan mejorar el control sobre su propia salud, aumentar su autoestima, motivación y competencia en autocuidados y autoapoyo, y así sustituir prácticas de riesgo por prácticas más seguras. Para esto, el entorno penitenciario deberá favorecer las elecciones más saludables y ofertar posibilidades de prevención, tratamiento, rehabilitación y ayuda mutua. La necesidad de aplicar estos principios se hace más evidente en un país como España en el que la epidemia de SIDA alcanza las mayores proporciones de la región europea, evidenciando la ineffectividad relativa de nuestras políticas⁶.

Partiendo de estos valores e hipótesis de trabajo, desde 1992 se desarrolla en el Centro de Cumplimiento del Establecimiento Penitenciario de Valencia una experiencia de formación de mediadores, el *Taller de Salud*. En dicho taller, 12 internos e internas caracterizados por su capacidad de liderazgo y sus habilidades de comunicación, planifican y ejecutan acciones de salud a través de un método grupal de investigación-acción que parte de sus necesidades y centro de interés sobre la salud⁷. En la tabla aparecen las intervenciones realizadas hasta Junio de 1996. De entre ellas, las acciones de prevención y control de la infección por VIH/SIDA han tenido un peso importante por haber sido elegidos espontáneamente por los internos/as como problemas prioritarios de investigación y actuación.

Nos llama la atención que en los artículos^{1,2} no exista ninguna referencia específica a la situación de las mujeres, siendo que la población femenina penitenciaria ha aumentado un 800% entre 1980-1994 y que sus prácticas de riesgo en relación al SIDA (consumo de drogas por vía parenteral, relaciones sexuales con parejas portadoras, número de contactos sexuales) son mayores⁸. Por todo ello, más la posibilidad de transmisión vertical del virus, las hemos considerado una población prioritaria en nuestras intervenciones. Además, nuestra experiencia nos dice que es un colectivo con elevada receptividad, que cumple condenas cortas y posee una alta capacidad de influencia en el entorno familiar y de pareja. En un estudio que realizamos en 1993 (sin publicar) para orientar el diseño de un programa de educación para la salud dirigido a la prevención del SIDA entre las mujeres penadas del centro, observamos que los conocimientos sobre los mecanismos de transmisión del VIH y su prevención coinciden con los expuestos en el trabajo del centro de Granada², destacando el escaso uso del preservativo (4 de las 25 mujeres que afirmaban tener relaciones sexuales). La comunicación de experiencias en grupo sobre prácticas de prevención y adquisición de habilidades para desinfectar jeringas con lejía, así como para negociar con las parejas el uso del preservativo, fueron los ítems más valorados como posibles contenidos del futuro programa. A partir de estos resultados y en colaboración con la asociación anti-SIDA «AVACOS» se implantó el *Programa Luna*⁹ con *Talleres de Sexo Más Seguro* dirigidos fundamentalmente a parejas que comunican en el centro y en el que han participado ya más de 70 parejas.

Según nuestra experiencia, es posible realizar acciones contra el SIDA en el medio penitenciario aplicando los principios y herramientas de la promoción de salud, y esto produce satisfacción en los internos e internas y en los profesionales. Aunque todavía no tenemos suficiente evidencia científica sobre su efectividad, pensamos que la estrategia de formación de mediadores puede resultar útil en un medio en que el lenguaje y los canales para la transmisión de mensajes saludables

Tabla 1. Intervenciones realizadas por el Taller de Salud del Centro de Cumplimiento del Establecimiento Penitenciario de Valencia y número de participantes en éstas (1992-1996)

Denominación	Descripción	Número participantes
Stop al SIDA en el Talego	Sesiones de grupo informativo-demostrativas sobre uso correcto de preservativo y desinfección con lejía de jeringa y agujas contaminadas.	20 internos.
Salud bucodental	Sesiones informativo-demostrativas en gran grupo y juegos sobre cepillado y cuidado de la boca.	200 internos e internas.
En busca de la vacuna del SIDA	Juego participativo en grupos dirigido a fomentar una actitud positiva frente a las prácticas preventivas y el autoapoyo frente al SIDA.	150 internos e internas.
Úsame y a gozar seguro	Sesiones informativas-demostrativas a través de juegos de rol para promocionar las prácticas sexuales más seguras.	500 internos e internas.
Calendario Saludable 1995	Elaboración y difusión de 1.500 ejemplares de un calendario con mensajes saludables.	1.300 internos e internas. (Se distribuyeron ejemplares a otros centros penitenciarios).
Expresa, Exprésate: Día Mundial del SIDA 1996	Recogida de propuestas de cómo luchar contra el SIDA desde la prisión. Difusión de un cartel de elaboración propia.	600 internos e internas.
Calendario 1996: Tírate a la Vida	Elaboración y distribución de 2.000 ejemplares de un calendario invitando al uso del preservativo	1.300 internos. (Se distribuyeron ejemplares a otros centros penitenciarios).
Salud y Mujer en la prisión	Autoexploración, debate autocuidados. Tómbola saludable. Elaboración y distribución de 100 carteles con el decálogo de los cuidados de la mujer en prisión.	100 internas.

son condicionantes fundamentales del rechazo o aceptación del mismo y de la posibilidad de cambios saludables. Este tipo de programas permiten también que nos hayamos planteado la inserción laboral de los propios internos e internas del Taller, verdaderos expertos/as en «peer education», en programas de promoción de salud comunitarios una vez salgan en libertad.

Estamos de acuerdo con las propuestas planteadas en la editorial, algunas de las cuales ya se están realizando gracias al esfuerzo diario de los profesionales de sanidad penitenciaria y que además han sido potenciadas desde la Subdirección de Sanidad Penitenciaria¹⁰, pero vemos imprescindible que para que el SIDA deje de ser un problema insuperable en la población penitenciaria española se establezcan políticas de promoción de salud en las prisiones y se facilite su puesta en marcha, con lo que esto supone de cambios organizacionales y de reorientación de los servicios sanitarios penitenciarios.

**J. Paredes
C. Colomer**
IVESP, Valencia